

## ASTIMLI HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ASTHMA

**Tansu YAKAR**<sup>1</sup>      **Ateş BARAN**<sup>2</sup>      **Murat YALÇINSOY**<sup>2</sup>      **Onur ÇELİK**<sup>3</sup>  
**Sinem GÜNGÖR**<sup>1</sup>      **Günay CAN**<sup>4</sup>      **Esen AKKAYA**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> T.C.S.B. Osmaniye Devlet Hastanesi, Osmaniye

<sup>2</sup> T.C.S.B. Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

<sup>3</sup> T.C.S.B. Nihat Kitapçı Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Erzurum

<sup>4</sup> İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

**Anahtar sözcükler:** Astım, yaşam kalitesi

**Key words:** Asthma, quality of life

#### ÖZET

Astım, hayatı fiziksel, emosyonel ve sosyal açılardan etkileyen kronik bir hastalıktır. Son yıllarda hastalığın bu yönünü de değerlendirmek amacı ile yaşam kalitesi ölçüm formları geliştirilmiştir. Çalışmamızda astımlı hastalarda yaşam kalitesi değerlendirildi. Merkezimiz astım ve allerji polikliniğinde en az bir yıldır takip edilmekte olan ve Toraks Derneği uzlaşma raporları doğrultusunda daha önce astım tanısı almış 120 hasta çalışmaya alındı. Hastaların K/E oranı 98/22 olup, yaş ortalaması 38.19±10.99 idi. Hastalara AQ 20 ve Q Score yaşam kalitesi anket formları dolduruldu. Formlarda; soru sayısı, puan değişimi ve ölçütleri zaman süresi, sırasıyla; 20 soru/4 soru; 0-20 puan/0-8 puan; 30 gün- 7 gün idi. AQ 20 ortalaması 8.49±4.26, Q Score ortalaması 3.14±2.02 olarak bulundu. Hastalar yaşam kalitelerine göre düşük, orta, yüksek olarak sınıflandırıldığında bu değerler AQ 20 de sırası ile %20, %32.5, %47.5; Q Score da %25, %48.33, %26.66 olarak bulundu. Gece ve gündüz semptom skorları, FEV1 % değer değişimi, PEF değer değişimi ile yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p<0.05). Hastalar eğitim, medeni durum ve gelir düzeylerine göre değerlendirildiğinde grup-

#### SUMMARY

Asthma is chronic disease that affects life physically, socially and emotionally. Recently, to evaluate this aspect of the disease, life quality assessment forms are developed. In the present study, life quality of asthmatic patients are evaluated. 120 asthmatic patients that we followed in asthma and allergy clinic in our center was included in the study. The diagnosis of asthma was based on Turkish Thoracic Society recommendations. F/M was 98/22, mean age was 38.19±10.99; AQ 20 and Q score life quality questionnaire forms were filled. The forms consists of 20 questions/4 questions; 0-20 points and 0-8 points range; 30 days-7 days respectively. AQ mean score was 8.49± 4.26, Q mean score was 3.14±2.02. Patients were categorized into three groups according to quality of life as low, intermediate and high in AQ 20 as 20%, 32.5%, 47.5% and in Q as 25%, 48.33%, 26.66% respectively. There was a significant relation between life quality scores and night and daytime symptoms, % FEV1 and PEF values (p<0.05). No significant difference between life quality of groups concerning

lar arasında yaşam kalitesi açısından fark saptanmadı ( $p > 0.05$ ).

Sonuç olarak; astımlı hastalarda tedaviden amaç sadece akciğer fonksiyonlarının düzelmesi olmayıp, hastalığın fiziksel, emosyonel ve psikolojik boyutunu da gösteren yaşam kalitesi ölçüm sonuçlarının düzelmesi de dikkate alınmalıdır.

### GİRİŞ

Astım, hastaların hayatını fiziksel, emosyonel ve sosyal açılarından etkileyen kronik bir hastalıktır. Son yıllarda hastalığın bu yönünü de değerlendirmek amacı ile yaşam kalitesi ölçüm formları geliştirilmiştir (1-4). Yaşam kalitesi (YK), günlük yaşamda hastalığın, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarına olan etkisini içeren bir terimdir (5). YK ölçümleri hastanın hastalığa olan tepkisini daha iyi anlamının yanı sıra hastanın tedaviye uyumunu artırarak, destekleyici bir yaklaşım da sağlamaktadır. Örneğin verilen tedavi yaşam kalitesini düzeltiyorsa bunu fark eden hasta tedavisine daha titizlikle uyacaktır (1). Tedavi girişimlerinin etkinliğini değerlendirmekte de yaşam kalitesi ölçümleri değerli olmaktadır. Jüniper ve ark. (6)'nın salbutamol, salmeterol ve plasebo ile yaptıkları bir çalışmalarında FEV1'de küçük değişiklikler olurken, YK'de önemli düzelmeler görülmüştür. Yaşam kalitesi ölçekleri; genel sağlık skalası, genel yaşam kalitesi anketleri ve hastalığa spesifik anketler olmak üzere üç grupta toplanır. Genel sağlık skalası, mükemmel sağlıktan ölüme doğru değişen değerler üzerinden genel iyilik halini veren fayda skalalarıdır. 'Standart Comble' bunlara bir örnektir. SF-36 (The MOS 36 Item Short Health Survey, kısa form 36 yaşam kalitesi ölçeği) genel yaşam kalitesi anketidir, çok boyutlu bir yapıya sahip olması nedeniyle tüm kronik hastalıklara uygulanabilir. AQ ise astımlı hastalarda uygulanan özel bir testtir (1-4)

education level, marital status and economical status was obtained ( $p > 0.05$ ).

In conclusion, treatment aim of asthmatic patients must be not only improving of respiratory functions but also improving of quality of life measurements reflecting physical, emotional and psychological side of illness.

(Ek-1). Çalışmamızda astımlı olgularda yaşam kalitesini ve bunu etkileyen parametreleri araştırdık.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Şubat 2002- Ağustos 2002 tarihleri arasında Astım ve Allerji polikliniğinde takip edilmekte olan ve Toraks Derneği uzlaşısı raporları doğrultusunda daha önce astım tanısı almış 120 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastaların seçiminde, sigara kullanmamış olması, bronşektazi, diğer pulmoner veya kardiyak ek hastalığının olmaması ve çalışmayı kabul etmiş olması dikkate alındı.

### Çalışma Planı

Kontrole gelen hastaların demografik özellikleri kayıt edildi. PEF ve spirometri ölçümleri yapıldı, hastalara ayrıca Gece ve Gündüz semptom skoru, Q skoru, BECK depresyon ölçeği (BDI) formu dolduruldu. Tüm parametrelerdeki sonuçlar hafif, orta ve ağır olmak üzere 3 grupta değerlendirildi.

### Görüşmede kullanılan parametreler

#### • Semptom skorları

**Gece semptom skoru:** Görüşmeden hemen önceki gece görülen semptomlar sorgulanarak gece semptom skoru saptandı (Tablo 1) (7).

**Gündüz semptom skoru:** Görüşmeden bir gün önce gündüz görülen semptomlar sor-

gulanarak gündüz semptom skoru saptandı (Tablo 2) (7).

**Q skoru (QS):** Görüşmeden önceki son bir haftalık döneme ait semptomlar, aktivite durumu ve beta-2 agonist ihtiyacı sorgulanarak Q skoru saptandı (Tablo 3) (8).

**Tablo 1.** Gece Semptom Skoru Değerlendirilmesi.

0. Gece boyunca semptom yok
1. Bir defa veya erken uyanmaya yol açan semptomlar
  2. İki veya daha fazla uyanmaya yol açan semptomlar (erken uyanma dahil)
  3. Gecenin büyük kısmını uyanık geçirmeye neden olan semptomlar
  4. Uyumayı engelleyecek kadar şiddetli semptomlar

Hafif: 0-1 Orta: 2 Ağır: 3-4

**Tablo 2.** Gündüz Semptom Skoru Değerlendirilmesi.

0. Gün boyunca hiç semptom yok
1. Gün boyunca sadece kısa bir dönem semptomlar var
  2. Gün boyunca 2 ya da daha fazla kısa sürede semptomlar
  3. Günün büyük kısmını kapsayan ancak normal günlük aktiviteleri etkilemeyen semptomlar
  4. Günün büyük kısmını kapsayan ve normal günlük aktiviteleri etkileyen semptomlar
  5. İşe girmeyi veya normal günlük aktiviteleri engelleyecek şiddetli semptomlar.

Hafif: 0-1 Orta: 2-3 Ağır: 4-5

**Tablo 3.** Q Skoru Değerlendirilmesi.

Son hafta içinde kaç gün	0	1	2
Nefes darlığı / tıkanıklığı veya hışıltılı solunum yakınmanız oldu	0-1	2-4	5-7
Astım nedeniyle geceyi uyanık geçirdiniz veya uykudan uyandınız	0-1	2-4	5-7
Astım normal günlük aktivitenizi yapmanızı engelledi	0-1	2-4	5-7
Nefes açıcı ilaç kullanmanız gerekti	0-1	2-4	5-7

Hafif: 0-1 Orta: 2-4 Ağır: 5-8

### • Yaşam kalitesi

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde AQ 20 anket formu kullanıldı. Yirmi sorudan oluşan anket formunda her "evet" yanıtı için 1 ve her "hayır" cevabı için 0 puan verilerek 0 ile 20 arasında değişen skorlar (Yaşam kalitesi skoru; YKS) elde edildi (2). Skorun artması yaşam kalitesinde kötüleşmeyi gösteriyordu.

Hafif: <4 Orta: 5 ≥9 Ağır: >9

### • PEF ölçümü

PEF değerlerinin saptanmasında "Personal Best Peak Flow Meter, Healthscan Products Inc. USA" cihazları kullanıldı. Ölçümler, hasta Astım ve Allerji polikliniğine başvurduğu gün, muayene sırasında yapıldı. Üç kez tekrarlanarak ölçümlerden en iyisi değerlendirilmeye alındı. Standart PEF değerleri olarak Nunn AJ'ye ait nomogram kullanıldı (9).

Hafif: >80 Orta: 80 ≥60 Ağır: <60

### • Solunum fonksiyon testleri

Solunum fonksiyon testleri ATS'nin kabul edilebilirlik ve tekrar edilebilirlik kriterlerine uygun olarak gerçekleştirildi (10). Vitelograf cihazı kullanılarak yapılan ölçüm üç kez tekrarlandı ve en iyi ölçüm değerlendirmeye alındı. Standart değerler olarak Knudson ve arkadaşlarına ait nomogram kullanıldı (11). Ölçülen FEV1 % değerlerine göre;

Hafif: >80 Orta: 80 ≥60 Ağır: <60

### • Gelir düzeyi

Gelir düzeyine bakıldığında hastalar Türk-İş Mayıs 2001 verilerine göre; düşük (<220 milyon), orta (221-676 milyon) ve yüksek (>676 milyon) olarak değerlendirildi.

### İstatistiksel Yöntemler

İstatistik programı olarak SPSS for Windows 10.0 kullanıldı. Kullanılan istatistik yöntem-

leri; Student's t testi, Pearson Korelasyon Analizi, Mann Whitney U, Anova-Tukey's, Kruskal Wellis, Ki-kare, Fisher Exact Testi idi.

### BULGULAR

98 kadın (%81.7), 22 erkek (%18.3) olmak üzere toplam 120 hasta değerlendirilmeye alındı. Bu hastaların %85.0 (n: 102)'i evli, %12.5 (n: 15)'i bekar, %2.5 (n: 3)'i dul idi.

Yaş ortalaması  $38.19 \pm 10.99$  (minimum 14, maksimum 67) idi. Hastaların büyük bir bölümü (%54.2 n: 65) ilkökul mezunu idi. Hastaların demografik bazı özellikleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Hastalık süresi, 1 ile 20 yıl arasında değişmekte olup ortalama  $8.71 \text{ yıl} \pm 4.77 \text{ yıl}$  olarak saptandı.

Hastaların semptom ve hastalık dereceleri Tablo 5'te, ölçüm değerleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Hastaların Demografik Özellikleri.

Demografik Özellikler	
Yaş	$38.19 \pm 10.99^*$
Cinsiyet (E/K)	22/98
Hastalık yaşı	$8.71 \pm 4.77^*$
Medeni hali	
Evli	102 (%85)
Bekar + Dul	18 (%15)
Eğitim	
Okur yazar değil	12 (%10)
Okur yazar	6 (%5)
İlk okul	65 (%54.2)
Orta okul	9 (%7.5)
Lise	19 (%15.8)
Üniversite	9 (%7.5)
Aylık gelir	
Düşük	27 (%22.5)
Orta	80 (%66.7)
Yüksek	13 (%10.8)

\* Aritmetik ortalama  $\pm$  SD

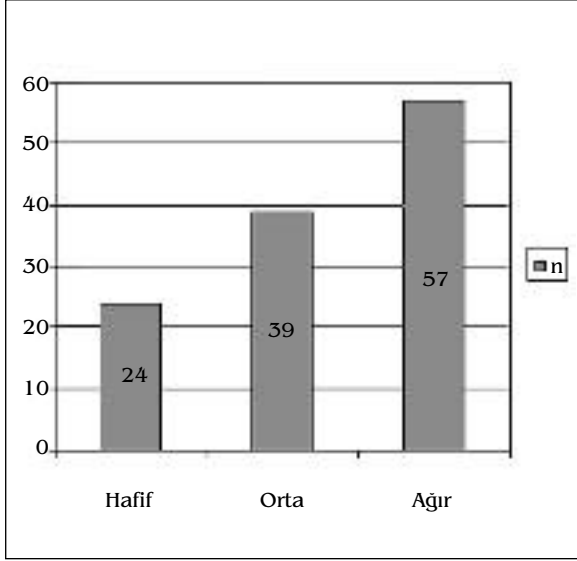
**Tablo 5.** Hastaların Semptom ve Hastalık Derecelerinin Gösterimi.

	Hafif n (%)	Orta n (%)	Ağır n (%)
Gündüz semptom skoru	63 (52.5)	48 (%40)	9 (%7.5)
Gece semptom skoru	74 (61.5)	41 (%34.3)	5 (%4.2)
FEV1 %	85 (%70.8)	23 (%19.2)	12 (%10)
PEF	34 (%28.3)	53 (%44.2)	33 (%27.5)
Q skoru	30 (%25)	58 (%48.3)	32 (%26.7)
YK	24 (20)	39 (%32.5)	57 (%47.5)

**Tablo 6.** Hastaların Akciğer Fonksiyonları ve Semptom Skorlarının Ölçüm Değerleri.

	Minimum	Maksimum	Ortalama
FEV1 %	24	124	$86.17 \pm 19.14$
FEV1 (lt)	0.65	4.23	$2.40 \pm 0.72$
PEF	150	600	$327.29 \pm 86.11$
Gündüz semptom skoru	0	4	$1.32 \pm 0.96$
Gece semptom skoru	0	4	$1.12 \pm 0.93$
Q skoru	0	8	$3.14 \pm 2.02$

Yaşam kalitesi skoru (YKS) 0 ile 20 arasında değişiyordu ve ortalama  $8,49 \pm 4,26$  olarak belirlendi. Q.O.L skoru düşük olan olgu sayısı 24, orta olan 39, yüksek olan 57 idi. Hastaların YK puanlarına göre dağılımı Grafik 1'de görülmektedir.



**Grafik 1.** Olguların Yaşam Kalitesi Skoru (YKS) Puanlarına Göre Dağılımı.

Kadın hastalarda YKS ortalaması  $8,95 \pm 4,25$ , erkek hastalarda  $6,45 \pm 3,79$  idi ve iki cinsiyet arasında gözlenen bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ( $t=2,537$ ,  $p=0,012$ ).

Evli hastaların YKS ortalaması  $3,25 \pm 1,96$ , evli olmayanların (bekar veya dul) YKS ortalaması  $2,50 \pm 2,26$  idi. Evli ve evli olmayanlar arasında YKS ortalaması açısından anlamlı bir fark yoktu ( $t=1,470$ ,  $p=0,144$ ).

Okur yazar ve okur yazar olmayan hastalarda YKS ortalaması  $9,28 \pm 3,94$  iken, ilköğretim düzeyinde eğitim almış hastalarda YKS ortalaması  $9,06 \pm 4,47$ , ortaokul ve lise düzeyinde eğitim almış hastalarda YKS ortalaması  $6,86 \pm 4,20$  idi. Üniversite eğitimi almış hastalarda YKS ortalaması  $7,89 \pm 2,03$  ola-

rak belirlendi. Eğitim düzeyine göre YKS ortalaması anlamlı bir fark göstermiyordu ( $t=2,079$ ,  $p=0,107$ ).

Gelir düzeyi ile YK arasında çok zayıf bir korelasyon bulundu. Gelir düzeyi düşük hastalarda yaşam kalitesinde herhangi bir düşüşe rastlanmadı ( $r=0,10$ ).

Gündüz semptom skoru hafif olan olgularda YKS  $7,56 \pm 4,33$  iken, orta olanlarda  $9,19 \pm 3,95$ , yüksek olanlarda  $11,33 \pm 3,77$  idi. Gündüz semptom skoru orta ve yüksek düzeyde olanlarda YK anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 7).

Gece semptom skoru hafif olan olgularda YKS  $7,72 \pm 4,18$  iken, orta olanlarda  $9,46 \pm 4,02$ , yüksek olanlarda  $12,00 \pm 4,90$  idi. Gece semptom skoru orta ve yüksek düzeyde olanlarda YK anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 7).

FEV1 % değeri hafif olan olgularda YKS  $7,87 \pm 4,26$  iken, orta olanlarda  $9,61 \pm 4,34$ , yüksek olanlarda  $10,75 \pm 3,02$  idi. FEV1 % değer değişimi yüksek olan vakalar ile YK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu ( $p:0,033$ ) (Tablo 7).

PEF değeri hafif olan olgularda YKS  $6,88 \pm 4,54$  iken, orta olanlarda  $8,81 \pm 4,11$ , yüksek olanlarda  $9,64 \pm 3,82$  idi. PEF değer değişimi orta ve yüksek olan vakalar ile YK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu ( $p: 0,022$ ) (Tablo 7).

Q skoru hafif olan olgularda YKS  $6,47 \pm 4,58$  iken orta olanlarda  $8,27 \pm 3,87$ , yüksek olanlarda  $10,81 \pm 3,59$  idi. Orta ve yüksek olan olgular ile YK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 7).

Yaş ve hastalık süresi, YK ile anlamlı bir ilişki göstermedi ( $r=0,09$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 7.** Hasta Ölçüm Değerleri İle Yaşam Kalitesi Skorları Arasındaki İlişki.

	Yaşam kalitesi skorları		
	ORT	SS	P
Gündüz Semptom Skoru			
Hafif	7.56	4.33	
Orta	9.19	3.95	0.018
Yüksek	11.33	3.77	
Gece Semptom Skoru			
Hafif	7.72	4.18	
Orta	9.46	4.02	0.017
Yüksek	12.00	4.90	
FEV1 %			
Hafif	7.87	4.26	
Orta	9.61	4.34	0.033
Yüksek	10.75	3.02	
PEF			
Hafif	6.88	4.54	
Orta	8.81	4.11	0.022
Yüksek	9.65	3.82	
Q Skoru			
Hafif	6.47	4.58	
Orta	8.26	3.87	0.000***
Yüksek	10.81	3.59	

• P<0.05, \*\*\*P<0.001

## TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçları astımlı olgularda yaşam kalitesinin etkilendiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda astımlı hastaların yaşam kaliteleri semptomsuz oldukları zaman normal popülasyona yakın değerlerde bildirilmektedir. Fakat hafif astım semptomlarına sahip olsalar bile YK etkilenmektedir (12). Çalışmamızda da hastalarımızın çoğunluğu hafif astım grubundan oluşmakla birlikte orta ve ağır grubuna giren olgular da mevcuttu.

Yaş ile YK'nin değişimine bakıldığında yaş ilerledikçe daha kötü YK düzeyleri saptanmıştır. Biz de çalışmamızda bulduğumuz, yaş ile YK arasındaki bu negatif ilişkide, yaşla azalan fiziksel aktivitenin yanı sıra yaşla artan depresyonun rolü olabileceğini düşündük. Bazı araştırmacılar ise ileri yaşın

astımdan kaynaklanan stresi azalttığını öne sürmüşlerdir. Daha genç hastalar için astımdan kaynaklanan semptomlar daha önemlidir ve bu durumu daha zor karşılayabilirler şeklinde yorumlamışlardır (5,13).

Marks ve Juniper çalışmalarında kadınların kişilikleri, duyguları ve ilişkileri üzerine astımın etkisini daha fazla vurguladıklarını belirtmişlerdir (14,15). Bu doğrultuda bir çok çalışma vardır (16,17). Kadınlar, anksiyete ve depresyon dahil psikososyal disfonksiyonlarını daha büyük oranda algılamaktadırlar. Benzer FEV1 oranlarına sahip olmalarına rağmen kadınlarda solunum semptomlarının ciddiyeti ve oluş hızı anlamlı derecede daha fazladır (18). Yine Osman ML (12)'nin çalışmasında kadınların erkeklerle aynı semptomlara sahip olsalar bile daha kötü YKS'na sahip oldukları gösteril-

miştir. Bizim çalışmamızda da YKS ortalaması kadın hastalarda erkek hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Kadının emosyonel, fizyolojik yapısı, sosyal statüsü, rol farkı, ev desteğinin olmayışı ve bunlara bağlı psikosomatik belirtiler YK'nin düşük olmasına neden gösterilebilir.

Hastaların medeni durumlarını değerlendirdiğimizde YK ile arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Leidy ve Coughlin (19) eğitim düzeyi yüksek kişileri daha iyi YKS'a sahip olduklarını görmüşlerdir. Astımın şiddeti kontrol altına alındığında, eğitimin semptomlar ve emosyonel faktörlerle olan ilişkisi kaybolmuştur. Bizim çalışmamız da eğitim düzeyine göre YKS ortalaması anlamlı bir farklılık göstermedi.

Gelir düzeyi ile YK arasında çok zayıf bir korelasyon mevcuttu. Daha önce yapılan birçok çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastaların daha kötü YKS ortalamasına sahip olduğu vurgulanmıştır (16). Bu farklı sonuçta; bizim olgularımızın tümünün sağlık güvencesi altında olmaları ve tıbbi ihtiyaçlarına her zaman ücretsiz ve kolay ulaşabileceklerini bilmelerinin rolü olabilir. Daha önce yaptığımız farklı bir çalışmada da; sarkoidozlu hastaların yaşam kalitelerinin gelir düzeyi ile etkilenmediğini görmüş ve benzer şekilde açıklamıştık. Bu nedenle bu konuda yapılan çalışmalarda sosyoekonomik durumun daha kapsamlı değerlendirilmesi, gelir düzeyinin yanı sıra hastaların sağlık güvenceleri ve çevre koşullarının da dikkate alınması gerektiğini düşünüyoruz.

Astımda YK ile semptomlar arasında çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Örneğin Juniper ve ark. (6) hem gündüz, hem de gece semptomları ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir

ilişki saptamışlardır. Çeşitli çalışmalarda benzer şekilde YK ile gündüz ve gece semptom skorları arasındaki korelasyonu saptamışlardır (5, 12, 16). Bizim çalışmamızda da gündüz ve gece semptom skoru orta ve yüksek düzeyde olan hastalarda YK ortalamaları anlamlı derecede yüksektir. Q skoru astımlı olgularda son 1 haftadaki semptomlar, aktivite durumu ve B2 agonist ihtiyacını değerlendiren, günlük semptom skoruna göre daha detaylı bilgi veren bir testtir (8). Çalışmamızda QS ile YK arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Rilmington da çalışmasında aynı şekilde yaşam kalitesi ile QS arasında korelasyon saptamıştır. Yine bu çalışmada HAD (Hospital Anxiety and Depression) skorları ile Q skoru, YK ve semptom skoru ile ilişkili bulunmuştur (20). Kaptein ve ark. (5) YK ile ilgili çalışmalarında FEV1% ve FEV1/ FVC ile YK arasında bir ilişki saptamazken semptom skoru, iş kaybı ve hastane yatışları arasında korelasyon bulmuşlardır. Çalışmamızda; Kaptein ve ark.'nın çalışmasının aksine FEV1 düzeylerine ve PEF değişkenliğine baktığımızda FEV1'i düşük ve PEF değer değişimi yüksek olan olgular daha kötü YKS düzeylerine sahip olarak saptandı. Rilmington'un çalışmasında da benzer şekilde FEV1 ve PEF değerleri arasında pozitif korelasyon bildirilmiştir (20).

Sonuç olarak; astımlı hastalarda tedaviden amaç sadece akciğer fonksiyonlarının düzelmesi olmamalı, hastalığın fiziksel, emosyonel ve psikolojik boyutunu da gösteren YK ölçüm sonuçlarının düzelmesi de dikkate alınmalıdır. Birinci durum için ilaç tedavisi önemli iken, 2. durum için hastalara doğru ilaç kullanımları, tetik faktörleri gibi konuları içeren eğitim programları yapılmalı ve hastalığın sosyal boyutlarından korkmamları, utanmamaları gerektiği anlatılmalıdır.

EK-1: AQ 20 Yaşam kalitesi sorularına formları:

1- Güne boyunca oksürüs atıklarınız olur mu?

Evet Hayır

2- Göğüs ağrılarınız yüzünden akllıkla kendinizi kontrol edebilir misiniz?

Evet Hayır

3- Güçlü solumanız nedeniyle ev işleri veya iş yerinde işlerinizi düzenli olarak yapamaz kalmıyormuz?

Evet Hayır

4- Tanımladığımız emir ve yasaklarımız dışında başka bir şekilde de soluma testi geliştirebileceğini düşünüp denedikiniz mi?

Evet Hayır

5- Kuvvetli kokular, tıgırsık dumani veya partiler, kokulu sabunlar, ilaçları kullanırken yaşadığınız sorunlar var mı?

Evet Hayır

6- Uzun solumanız nedeniyle veya arkadaşlarınızın veya yakınlarınızın solumaları mı?

Evet Hayır

7- Uzun süreli nefessiz kaldığınız, hissettiğiniz misiniz?

Evet Hayır

8- Uzun solumanız nedeniyle kullandığınız ilaçların uzun vadede sağlığınızdaki etkileri sizi rahatsız ediyor mu?

Evet Hayır

9- Göğüs ağrılarınız nedeniyle dışarıda yapılan işleri yapamaz mısınız?

Evet Hayır

10- Göğüs ağrılarınız yüzünden veya diğer sorunlarınız yüzünden zamanınız olur mu?

Evet Hayır

11- Göğüs ağrılarınız nedeniyle iş yerinde verdiğiniz katkıları olur mu?

Evet Hayır

12- Güçlü solumanız nedeniyle merdiven çıkarken nefessiz kalmıyormuz?

Evet Hayır

13- Güçlü solumanız nedeniyle ev işi yaparken nefessiz kalmıyormuz?

Evet Hayır



4- Göğüs ağrınıza yazıdan önce ağrıyı hissettiğinizde daha önce ağrı almıştı mı? (Evet/Hayır)

Evet Hayır

15- Göğüs ağrınıza yazıdan önce ağrıyı hissettiğinizde daha önce ağrı almıştı mı? (Evet/Hayır)

Evet Hayır

16- Göğüs ağrınıza yazıdan önce ağrıyı hissettiğinizde daha önce ağrı almıştı mı? (Evet/Hayır)

Evet Hayır

17- Göğüs ağrınıza yazıdan önce ağrıyı hissettiğinizde daha önce ağrı almıştı mı? (Evet/Hayır)

Evet Hayır

18- Göğüs ağrınıza yazıdan önce ağrıyı hissettiğinizde daha önce ağrı almıştı mı? (Evet/Hayır)

Evet Hayır

19- Göğüs ağrınıza yazıdan önce ağrıyı hissettiğinizde daha önce ağrı almıştı mı? (Evet/Hayır)

Evet Hayır

20- Göğüs ağrınıza yazıdan önce ağrıyı hissettiğinizde daha önce ağrı almıştı mı? (Evet/Hayır)

Evet Hayır

İZMİR GÖĞÜS HASTANESİ

HASTA İZLEMLERİ

**KAYNAKLAR**

1. Gruffydd K. Quality-of-life measures in asthma-do they matter to the GP? Br J Gen Pract 1997; 47: 392-4.
2. Barley EA, Quirk FH, Jones PW. Asthma health status measurement in clinical practice: validity of a new short instrument. Respir Med 1998; 92: 1207-14.
3. Juniper EF, Guyatt GH, Ferrie PJ, Griffith LE. Measuring quality of life in asthma. Am Rev Respir Dis 1993; 147: 832-8.
4. Ware JE, Sherbourne CD, Davies AR, et al. A short-Form Health Survey (SF-36) I. conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473-83.
5. Kaptein AA, Brand PLP, Dekker FW, et al. Quality-of-life in a long-term multicente trial in chronic nonspecific lung disease: assessment at baseline. Eur Respir J 1993; 6: 1479-84.
6. Juniper EF, Johnston PR, Borkhoff CM, et al. Quality of life in asthma clinical trails: comparison of salmeterol and salbutamol. Am J Respir Crit Care Med 1995; 151: 66-70.
7. Ulrik CS. Efficacy of inhaled salmeterol in the management of smokers with chronic obstructive pulmonary disease: a single center randomized, double blind, placebo controlled, crossover study. Thorax 1995; 50: 750-4.
8. Rimmigton LD, Aronosffsky L, Mowatt A, et al. Use of a simple patient focused morbidity score. Eur Respir J 1997; 10(suppl 25): 194.
9. Nunn AJ, Gregg I. New regression equations for predicting peak expiratory flow in adults. BMJ 1989; 298: 1068-70.
10. American Thoracic Society. Standardization of spirometry-1987 update. Am Rev Respir Dis 1987; 139: 1285-307.
11. Knudson RJ, Lebowitz MD, Holberg CJ, et al. Changes in the normal maxial expiratory flow-volume curve with growth and aging. Am Rev Respir Dis 1983; 127: 725-34.
12. Osman ML, Calder C, Robertson R, et al. Symptoms, quality of life, and health service contact among young adults with mild asthma. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161: 498-503.
13. Dyer CAE, Hill SL, Stokley RA, Sinclair AJ. Quality of life in elderly subjects with a diagnostic label of asthma form general practice registers. Eur Respir J 1999; 14: 39-45.
14. Marks GB, Dunn SM, Woolca AJ. A scale for the measurement of quality of life inadults with asthma. J Clin Epidemiol 1992; 45: 461-72.
15. Juniper EF, Guyatt GH. evaluation of impairment of health related quality of life in asthma; Development of questionnaire for use of clinical trials. Thorax 1992; 47: 76-83.
16. Schmier JK, Chan KS, Leidy NK. The impact of asthma on health-related quality of life. J Asthma 1998; 35: 585-97.
17. Mishoe SC, Baker RR, Poole S, et al. Development of an instrument to assess stress levels and quality of life in children with asthma. J Asthma 1998; 357: 553-63.
18. Roorda RJ, Gerritsen J, Van Aalderen WMC, et al. risk factors for the persistence of the respiratory seymtoms in childhood asthma. Am Rev Respir Dis 1993; 148: 1490-5.
19. Leidy NK, Coughlin C. psychometric performance of the asthma quality of life questionnaire in a US sample. Qual Life Res 1997; 7: 127-34.
20. Rimington LD, Davies DH, Lowe D, et al. relationship between anxiety, depression, and morbity in adult asthma patients. Thorax 2001; 56: 266-71.

**Yazışma Adresi:**

Dr. Ateş BARAN  
Uzun Çayır Cad. İncirli Sok. Keten Apt. No: 7/17  
Göztepe / İSTANBUL  
Tel: 0 216 441 23 50/1437  
Fax: 0 216 459 68 59  
e-posta: dratesbaran@yahoo.com  
mrtyalcinsoy@yahoo.com