

Astımda semptom kontrolü ve yaşam kalitesi ilişkisi

Relationship between symptom control and life quality in asthma

Nurgül Bozkurt¹, Ali İhsan Bozkurt²

ÖZET

Amaç: Astımda ana hedef, semptom kontrolünün sağlanmasıdır. Bu çalışmada astımlı hastalarda semptom kontrolü ile "yaşam kalitesi" ilişkisi incelenmiş ayrıca ek kronik hastalık varlığı ve eğitimin etkisi araştırılmıştır.

Yöntemler: Denizli Devlet Hastanesinde Göğüs Hastalıkları Kliniğinde takip edilen 125 astımlı hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların demografik verileri, solunum fonksiyon testi, yaşam kalitesi anketi (SF-36) ve Astım Kontrol Testi (AKT) sonuçları kaydedildi. Hastaların tedaviden bir ay sonra 'AKT' ve solunum fonksiyon testleri tekrarlandı. Tedavi öncesi-sonrası değişimler istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan astımlı hastaların yaş ortalaması 46,8 yıl olup, %77,6'sı kadın idi. Astımlı hastaların %12,8'i sigara içiciliği, %34,4'ünde ek kronik hastalık saptandı. Astımlıların ilk AKT puanı 18,4±5,3 idi ve %13,6'sında "tam kontrol" sağlanmıştı. Yaşam kalitesi anketine göre sosyal fonksiyon puanı 67,9, mental sağlık puanı 67,7, genel sağlık puanı 62,7 olarak bulundu. SF-36 ve AKT puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptandı. Ek kronik hastalığı olanlarda (anksiyete/depresyon, hipertansiyon) yaşam kalitesi puanı ve solunum fonksiyonları daha düşük saptandı. Tedavi ve eğitimlerden bir ay sonra yapılan ikinci AKT'de 5,3 puanlık artış gözlemlendi (23,7±2,4) ve tam kontrol oranı %59,8'e yükseldi (p=0.001).

Sonuç: AKT puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında yakın ilişki saptandı. Semptom kontrolündeki düzelme, yapılan tedavi ve eğitimin etkili olduğunu göstermektedir. Ek kronik hastalık varlığı astım kontrolünü, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşam kalitesi, astım, semptom kontrolü, eğitim

ABSTRACT

Objective: The aim of the asthma treatment is to have full symptom control. In this study, Interaction between life quality and symptom control on asthma patients were investigated. Also patient training and the other factors on asthma control are researched.

Methods: Asthma patients (125) who were followed Chest Clinics of Denizli State hospital were included to the study. The questionnaire related with socio-demographic characteristics, Asthma Control Test (ACT) and life quality questionnaire (LQQ-SF36) were applied to the patients. Pulmonary function tests (PFT) were measured. Approximately one month later; ACT and PFT were repeated and pre and post treatment changes were statistically analyzed.

Results: The mean age of the patients was 46.8 years and 77.6% of them were females. 12.8 % of the patients were smoker, and 34.4 % of them had at least one chronic disease/disorder. The initial ACT point was 18.4±5.3 and 13.6% of the patients had "complete symptom-control". According to the LQQ; social function point was found as 67.9, mental health point as 67.7, and overall health point as 62.7. Significant positive correlations were found between life quality and ACT. Positive changes in the second ACT were determined. It was found as 23.7±2.4 and the increasing of ACT point was 5.3. The rate of the patients with "complete control" was 59.8%

In addition, LQQ point and some PFT parameters was found significantly lower in patients with additional diseases (anxiety/depression, diabetes etc.).

Conclusion: Significantly positive correlations were found between life quality and ACT. Our findings clearly show that the trainings of patients are effective in asthma control. It was seen that the presence of co-morbidity has a negative effect on asthma control and psychological status.

Key words: Life quality, symptom, asthma, training

¹ Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Denizli, Türkiye

² Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Denizli, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Ali İhsan Bozkurt,
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Denizli, Türkiye Email: abozkurt@pau.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 09.04.2015, Kabul Tarihi / Accepted: 02.06.2015

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2015, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

GİRİŞ

Günümüzde astım tedavisinin ana amacı astımda semptom kontrolünün sağlanması ve astımlı kişilerin yaşam kalitesini arttırmaktır. Astımda semptom kontrolü “fizyolojik çevresel, davranışsal” birçok faktörden etkilenmektedir [1,2]. Astımlı kişinin ve astım kontrolünün değerlendirilebilmesi için çeşitli anket formları geliştirilmiştir [3]. Bu anketler aracılığıyla astımlı kişilerin daha iyi değerlendirilerek rehberdeki yeri saptanabilir ve tedavileri daha doğru düzenlenebilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda; astım semptomlarının aynı zamanda kişinin yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği bildirilmektedir [1,2,4-7].

Çalışmamızda kliniğimizde takip edilen astımlı hastalarda semptom kontrolü ile “yaşam kalitesi” ilişkisi incelenmiş, astım kontrolünün sağlanmasında etkili olabilecek faktörlerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

YÖNTEMLER

Öncelikle kurumsal izinler ve hasta onamları alınmıştır. Nisan-Haziran 2014 tarihleri arasında hafif-orta düzey astım tanısıyla takip edilen 125 astımlı hasta çalışmaya alındı. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile sigara kullanımı, ek kronik hastalık (anksiyete/depresyon, diyabet, hipertansiyon, reflüks gibi) varlığı gibi bilgiler anket ile toplandı. Anket yüz yüze görüşme yöntemiyle hekim tarafından dolduruldu.

Hastanın yaşam kalitesi hakkında bilgi edinmek için hastalara SF-36 ve semptom kontrol düzeyini belirleyebilmek için AKT uygulandı.

Yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 anketinin (Medical Outcomes Survey Short Form-36) Fidan ve ark tarafından Türkçe versiyonu çevrilmiş olan formu kullanıldı [8]. SF-36 anketi hastalara verilerek muayene öncesi kendilerinin doldurmaları sağlandı. SF-36 hastanın kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. SF-36 anketinde Fiziksel Fonksiyonlar, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Ağrı, Genel Sağlık, Vitalite (enerji), Sosyal Fonksiyonlar, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Mental Sağlık olmak üzere 8 alt başlık vardır ve toplamda 36 sorudan oluşmaktadır. Her alt ölçek için ayrı puanlar elde edilerek kişinin o alandaki sağlık durumu değerlendirilmektedir. Alt ölçek puanları 0 ile 100 arasında değişir ve yüksek puan iyi sağlık durumunun göstergesidir.

AKT geçerli ve güvenilirliği çalışılmış bir testtir [4,9,10]. AKT'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği Uysal ve ark tarafından gösterilmiştir [11]. Çalışmamızda AKT yüz yüze görüşme yöntemiyle hekim tarafından uygulandı. AKT hastaların astım nedeniyle günlük aktivitelerinde etkilenme düzeyi, gündüz ve gece astım semptomlarının sıklığı, kurtarıcı ilaç gereksinimi ve hastalık kontrolünü kendisinin değerlendirmesini sağlayan beş ana başlıktan oluşan bir ankettir ve bu çalışmada Türkçe validasyonu yapılmış formu uygulanmıştır [11]. Toplam puan 25 ise tam kontrol, 20-24 ise kısmi kontrol, 19 ve altı ise kontrolsüz olarak değerlendirildi [12].

Hastaların solunum fonksiyon parametreleri(SFT) deneyimli bir personel tarafından MIR-MiniSpiro marka spirometre ile ölçülmüştür.

Uygulanan anket sonuçları, solunum parametreleri ve muayene bulguları göğüs hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilerek hastaya astım hakkında bilgi verilmiş, hastalığı ile birlikte nasıl yaşayacakları anlatılmıştır. Hasta uyumu açısından tedavide önemli olan cihaz seçimi hasta ile birlikte yapıp sonrasında cihaz eğitimi verildi. Hastaların tedavileri, Türk Toraks Derneğinin 2014 rehberine göre düzenlendi [13]. Eğitimlerde ek kronik hastalığı olanlara (anksiyete /depresyon, diyabet, hipertansiyon, reflüks vb) ek hastalığı için gerekli konsültasyonlar yapılarak öneriler doğrultusunda tedaviler düzenlendi.

Solunum fonksiyon testi ölçümleri hariç hasta başına ayrılan zaman kayıt altına alındı. Hastalar eğitimleri verilip tedavileri düzenlendikten bir ay sonra kontrole çağrıldı. Yaklaşık 4-8 hafta sonra yapılan kontrollerde AKT ve SFT tekrarlandı ve iki ölçüm arasındaki değişimler incelendi.

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 10.0 programında değerlendirildi, SF-36, AKT ve SFT parametreleri arasında ilişki korelasyon analizi ile araştırıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare, t-testi ve ANOVA testi kullanıldı. Eğitim ve gerekli tedavilerin öncesi ve sonrası değişimlerin incelenmesinde “bağımlı gruplarda t-testi” ve “bağımlı gruplarda ki-kare testi” kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya 97'si kadın 28'i erkek toplam 125 astımlı hasta alındı. Astımlıların yaş ortalaması $46,8 \pm 14,1$ yıl idi ve %12,8'i sigara içmekteydi. Astımlıların bazı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Astımlıların %65,6'sı ilk-ortaokul mezunu, %29,6'sı bir işte çalışmaktaydı. Astımlıların ek kronik hastalıkları incelendiğinde; %54'ünde alerjik rinit, %34,4'ünde ise en az bir kronik hastalığı vardı. Anksiyete/depresyon, diyabet ve hipertansiyon 13'er kişi ile en fazla görülen ek kronik hastalıklardı (%10,4). Bunları %7,2 ile kardiyovasküler hastalıklar izlemektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Astımlı hastaların bazı özelliklere göre dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Erkek	28	22,4
	Kadın	97	77,6
Eğitim düzeyi	Okuryazar	11	8,8
	İlk-ortaokul	82	65,6
	lise	24	19,2
	Yüksekokul	8	6,4
Çalışma durumu	Ev hanımı	73	58,4
	Çalışıyor	37	29,6
	Emekli	9	7,2
	Öğrenci	5	4,0
	İşsiz	1	0,8
Sigara	İçiyor	16	12,8
	İçmiyor	109	87,2
Alerjik rinit	Var	67	54,0
	Yok	57	46,0
Ek hastalık	Yok	82	65,6
	Bir ek hast. var	29	23,2
	≥2 ek hast	14	11,2
Toplam		125	100,0

Uygulanan SF-36 yaşam kalitesi anketinin değerlendirilmesine göre astımlıların Fiziksel Fonksiyon puanı 72,9, Fiziksel Rol Kısıtlılığı puanı 71,2, Emosyonel Rol Kısıtlılığı puanı 70,4, Ağrı puanı 68,9, Sosyal Fonksiyon puanı 67,9, Enerji puanı 58,5, Mental Sağlık puanı 67,7, Genel Sağlık puanı 62,7 olarak bulundu (Tablo 2). Kadınlarda Fiziksel Fonksiyon ve Emosyonel Rol Kısıtlılığı puanları erkeklere göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,05$). Yine ek hastalığı olan astımlıların Emos-

yonel Rol Kısıtlılığı puanı (62,7) ek kronik hastalığı olmayanlara göre (74,4) anlamlı derecede düşüktü ($p = 0,006$). SF-36 anketinin alt başlıkları genel olarak değerlendirildiğinde; Fiziksel Fonksiyonlara göre Sosyal Fonksiyon, Enerji ve Mental Sağlık puanlarının daha düşük olduğu dikkati çekmekte idi (Tablo 2).

Tablo 2. Astımlılarda cinsiyete göre yaşam kalitesi puanları

	Kadın (Ort)	Erkek (Ort)	p	Toplam (Ort ± SS)
Fiziksel Fonksiyon	70,9	79,8	0,02	72,9 ± 17,6
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	69,5	76,8	0,14	71,2 ± 22,9
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	68,0	78,5	0,03	70,4 ± 22,7
Ağrı	67,0	75,4	0,05	68,9 ± 20,1
Sosyal Fonksiyon	66,1	74,3	0,07	67,9 ± 20,8
Genel Sağlık	63,4	60,3	0,06	62,7 ± 7,6
Vitalite-Enerji	57,5	61,9	0,22	58,5 ± 16,4
Mental Sağlık	66,7	71,0	0,17	67,7 ± 14,6

Ort ± SS: Ortalama ± Standart sapma

Birinci vizitte astımlıların AKT puanı ortalaması $18,4 \pm 5,3$ olarak saptanmıştır. AKT puanının gruplaması Tablo 3'de verilmiştir. Astımlıların %13,6'sında "tam kontrol", %39,2'sinde "kısmi kontrol" sağlanmış iken, %47,2'sinde astım "kontrol altında değildir". Astımlıların eğitim düzeyi, çalışma durumu, sigara içme durumuna göre AKT puanı karşılaştırılmış anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 3. Astımlı Hastaların astım kontrol testi sonuçlarının değerlendirilmesi

Sınıflama	AKT1	AKT2	p
Ortalama puan	18,4±5,3	23,7±2,4	0,001
Kontrol altında değil (≤19) (%)	47,2	4,3	
Kısmi kontrol (20-24) (%)	39,2	35,9	0,014
Tam kontrol (25) (%)	13,6	59,8	

AKT: Astım kontrol testi

AKT puanı ile SF-36 arasındaki ilişki Tablo 4'de verilmiştir. Yaşam kalitesinin 8 alt başlığından Fiziksel Fonksiyon, Mental Sağlık ve Vitalite ile AKT puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif ko-

relasyon Fiziksel Rol Kısıtlaması ile negatif yönde korelasyon saptandı ($p<0.05$). Yani Fiziksel Fonksiyon, Mental Sağlık ve Vitalite puanı yükseldikçe astım kontrolünü gösteren AKT puanı yükselmektedir. Fiziksel Rol Kısıtlaması puanı yükseldikçe AKT puanı düşmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Astım kontrol testi puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi puanları arasında korelasyon

	AKT puanı (Yaşa göre düzeltilmiş)	
	r*	p
Fiziksel Fonksiyon	0,17	0.04
Fiziksel Rol Kısıtlaması	-0,23	0.01
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0,15	0.07
Ağrı	-0,07	0.25
Vitalite-Enerji	0,19	0.03
Mental Sağlık	0,19	0.03
Sosyal Fonksiyon	0,11	0.14
Genel Sağlık	0,07	0.26

AKT: Astım kontrol testi, * Pearson korelasyon katsayısı

Hastaların SFT ölçümleri yapılmıştır. Eğitim düzeyi ve cinsiyete göre SFT değerleri karşılaştırıldı ve istatistiksel bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Ek kronik hastalığı olan astımlılarda solunum fonksiyon göstergelerinden biri olan Zorlu Vital Kapasitenin anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlemlendi ($p=0.012$).

AKT puanı ile SFT ölçümleri arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Özetle AKT puanı ile SFT arasında ilişki saptanmamışken AKT puanı ile SF-36 arasında yakın ilişki görülmesi dikkati çekmektedir. İlk vizitte spirometrik ölçümler hariç hasta başına ayrılan zaman kayıt altına alınmıştır. Hasta başına ortalama 23 dakika zaman ayrılmıştır.

İkinci vizit: Yapılan tetkik ve muayene sonucunda hastaların tedavileri düzenlenmiş ve eğitim verilerek bir ay sonra kontrole çağrılmışlardır. İkinci vizite 104 kişi gelmiştir (%83,2). İki vizit arası geçen süre ortalama 38,8 ($\pm 10,0$) gündür. İkinci vizite gelenlerde SFT ve AKT yeniden yapılmıştır.

İlk ve ikinci vizitteki SFT sonuçları karşılaştırıldığında ikinci ölçümlerde tüm parametrelerde iyileşme saptandı, ancak PEF ve FEF25-75 değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzelme gözlemlendi (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışmaya alınan astımlıların solunum parametrelerinin karşılaştırılması

		Ortalama	Normal (≥ 80)	Hafif (60-79)	Orta (≤ 59)
			n (%)	n (%)	n (%)
FVC	1. ölçüm	87,7	88 (73,3)	23 (19,2)	9 (7,5)
	2. ölçüm	89,7	81 (78,6)	14 (13,6)	8 (7,8)
	p	0.09			
FEV ₁	1. ölçüm	83,0	71 (59,2)	31 (25,8)	18 (15,0)
	2. ölçüm	85,4	75 (72,8)	17 (16,5)	11 (10,7)
	p	0.06			
PEF	1. ölçüm	83,6	69 (57,5)	36 (30,0)	15 (12,5)
	2. ölçüm	89,9	76 (73,8)	18 (17,5)	9 (8,7)
	p	0.001			
FEF ₂₅₇₅	1. ölçüm	74,3	44 (36,7)	39 (32,5)	37 (30,8)
	2. ölçüm	79,6	48 (46,6)	30 (29,1)	25 (25,3)
	p	0.004			

İkinci kontrolde AKT puanı ortalaması 23,7 \pm 2,4 bulundu (Tablo 3). İlk izlemde “tam kontrol” sağlanmış hasta oranı %13,6 iken ikinci vizitte %59,8’e yükseldi ($P=0.03$) (Tablo 3). İkinci AKT’de birinciye göre 5,3 puanlık artış gözlenmiştir. Artış hem kadınlarda hem de erkeklerde anlamlı düzeydedir. Yaş, cinsiyet kullanılan ilaç tipi ve kişinin eğitim düzeyinin AKT puanında düzelme üzerine anlamlı etkisi saptanmadı ($p>0.05$).

AKT puanında düzelme ile SFT ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki incelendi. SFT parametreleri ile AKT puanında düzelme arasında anlamlı ilişki gözükmezken; yaşam kalitesi alt ölçeklerinden Fiziksel Rol Kısıtlılığı ile ters yönde ($p=0.014$, $r= -0.24$) ve Enerji ile pozitif yönde bir ilişki görüldü ($p=0.035$, $r=0.21$). Fiziksel Rol Kısıtlaması puanı düşük, Enerji puanı ise yüksek olanlarda AKT puanında düzelme anlamlı derecede yüksek bulundu.

TARTIŞMA

Astım toplumda sık görülen ve ataklarla seyreden kronik bir hastalıktır. Astım hastalığının yaşam kalitesini fazla etkilediği bildirilmiştir [3,5].

Kliniğimizde takip edilen hafif ve orta dereceli astımlı hastalarda SF-36, AKT ve spirometrik ölçümler yapılarak birbirleriyle ilişkileri incelenmiştir. Çalışmamızda astımın kontrol altında olması ile

yaşam kalitesi puanları arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır.

Çalışmamızda AKT puanı ile solunum fonksiyon parametreleri arasında ilişki saptanmazken, AKT puanı ile yaşam kalitesi parametreleri arasında yakın ilişki görülmesi dikkat çekicidir. Yaşam kalitesinin 8 alt başlığından dördü (Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Kısıtlaması, Mental Sağlık ve Enerji) ile AKT puanı arasında anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır. AKT'nin astım kontrolünü göstermesinin yanı sıra hastanın yaşam kalitesi ile yakın ilişkili olduğu görülmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da bu yönde sonuçlar rapor edilmiştir [4,5,7]. Bu da bize astım hastalarının takibinde hastanın 'Astım Kontrol Testleri'nin solunum parametrelerinin ölçümü kadar önemli belki de daha ön planda olabileceğini göstermektedir. GINA'da da astımlılarda "semptom kontrolüne" en az solunum parametreleri kadar önem verilmesine vurgu yapılmıştır [1]. Bu nedenle basit ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle astımlıların hem tedavisi hem de yaşam kalitesinin genel bir değerlendirmesini yansıtmaması açısından AKT'nin günlük pratikte uygulanması yararlı olacaktır. Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer bulgular bildirilmiştir [14-17].

Yapılan çalışmalarda astım hastalarının büyük çoğunluğunun "tam kontrol" altında olmadığı bildirilmektedir[18]. Bizim hastalarımızın da birinci vizitte sadece %13,6'sında tam kontrol sağlandığı, büyük çoğunluğunda (%47,2) kontrol altında olmaması dikkat çekicidir. Kronik bir hastalık olan astımın kontrol altında tutulmasında 'hasta eğitimi' önemli yer tutmaktadır. GINA ve Türk Toraks Derneğinin rehberinde astımlı kişinin hastalığını bilmesi, hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrenmesi, ilaçlarını doğru kullanması gibi konularda eğitim verilmesine ayrıca önem verilmiştir [1,13]. Astım hastalarına hastalık eğitimi, gerekli konsültasyonlar, ilaç eğitimi vb için daha fazla zaman ayırmak gereklidir. Kuşkusuz bunun için vizitlerde daha fazla zaman ayırmak gerekecektir. Bizim çalışmamızda nispeten uzun bir süre (23 dakika) ayrılmıştır. Ancak uzun dönemli düşünüldüğünde alevlenmelerin ve tekrarlayan hekim ziyaretlerinin azalacağı düşünülürse "eğitime zaman ayırmanın" uzun dönemde fayda sağlayacağı gözlenmektedir. Çalışmamızda astım hastalarına hastalığı hakkında bilgi verilmiş, cihaz seçimi hasta ile birlikte yapılmış ve cihaz eğitimi

verilmiştir. GINA kılavuzunda da eğitimin önemine vurgu yapılmıştır [1].

Çalışmamızda gözlenen başka bir önemli nokta da; astımlı hastalarda ek kronik hastalık varlığının hem astım kontrolünü zorlaştırdığı hem de yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Çalışmamızda en yaygın olarak alerjik rinit (%54,0) saptanmıştır. Bousquet ve ark. tarafından alerjik riniti olanlarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir [19]. Alerjik rinit dışında anksiyete/depresyon, diyabet ve hipertansiyon astımlı hastalarımızda en fazla görülen ek kronik hastalıklardır. Bulgularımız astıma eşlik eden bu tip ek kronik hastalık varlığında semptom kontrolünün zorlaştığını göstermektedir. Ek kronik hastalığı olan astımlılarda hem AKT'de hem de SFT ve yaşam kalitesi parametrelerinde olumsuz etkilenme gözlenmiştir. Astımlılarda ek kronik hastalık varlığında solunum fonksiyonlarından FVC'de ve SF-36 alt ölçeklerinden Emosyonel Rol Kısıtlılığı puanında anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır. İki farklı çalışmada da ek kronik hastalıkların astımlılarda morbidite ve mortaliteyi artırdığı bildirilmiştir [20,21]. Bu yüzden astım tedavisinde ek kronik hastalıkların sorgulanıp gerekli konsültasyonlarla bu hastalıkların da tedavisinin sağlanması önemlidir.

Duygu durum bozuklukları astımlılarda sık karşılaşılan hastalıklardandır. Yapılan bazı çalışmalarda astımlılarda psikolojik duygu durum bozukluklarının astım kontrolünü zorlaştırdığı bildirilmiştir [16,18]. Yapılan bazı çalışmalarda kronik hastalık nedeniyle, hastanın kendini kısıtlaması sosyal izolasyon, kişilik özellikleri ve hastalıkla birlikte yaşama düşüncesi, uzun süre tedavi alma gerekliliği, var olan semptomları daha fazla hissetmesine neden olduğu bildirilmiştir [22-27]. Yine literatürde birçok çalışmada duygu durum bozukluğunun astım prognoz ve kontrolü arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar vardır [28-31]. Çalışmamızda astımlılarda %10 dolayında anksiyete/depresyon bulunması tedavi eden hekimin hastasını ruhsal yönden de değerlendirmesi ve gerekiyorsa bu yönde tedavilerini almasına özen göstermelidir.

Sonuç olarak, AKT puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında yakın ilişki saptanmıştır, astım hastalarının yarısına yakını kontrol altında değildir. Semptom kontrolündeki düzelme, yapılan tedavi ve eğitimin etkili olduğunu göstermektedir. Ek hastalık

varlığı astım kontrolünü ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

KAYNAKLAR

- GINA 2014 (Revision). Global Strategy for Asthma Management and Prevention.2014;11 http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Pocket_2015.pdf
- Abadoğlu Ö. Astım kontrolünün değerlendirme anketleri. *Asthma Allergy Immunol* 2008;6:99-104.
- Williams SA, Wagner S, Kannan H, Bolge SC. The association between asthma control and health care utilization, work productivity loss and health-related quality of life. *J Occup Environ Med* 2009;51:780-785.
- Abadoğlu Ö. Astım kontrol testi: Etkileyen faktörler ve vizüel analog skalası ile karşılaştırma. *Asthma Allergy Immunol* 2008;6:17-21.
- Lavoie KL, Bacon SL, Barone S, et al. What is worse for asthma control and quality of life depressive disorders, anxiety disorders, or both? *Chest* 2006;130:1039-1047.
- Smith A, Krisnan JA, Bilderback A, et al. Depressive symptoms and adherence to asthma therapy after hospital discharge. *Chest* 2006;130:1034-1038.
- Oh EG. The relationship between disease control, Symptom distress, functioning, and quality of life in adults with asthma. *J Asthma* 2008;45:882-886.
- Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık ve Toplum* 2003;13:25-28.
- Chippes BE, Spahn JD. What are the determinantes of asthma control? *J Asthma* 2006;113:59-65.
- Schatz M, Sorkness CA, Li JT, et al. Asthma Control Test: Reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:549-556.
- Uysal MA. Astım Kontrol Testinin Türkçe Versiyonun Geçerlilik ve Güvenilirliği. 15. Türk Toraks Derneği Yıllık Kongresi. Kongre Kitabı 2012:23.
- Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, et al. Development of the asthma control test: A survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:59-65.
- Bayram H, Kılınc O. Hasta Hekim İşbirliği, Hasta Eğitimi. *Tur Toraks Der* 2014;15:28-31.
- Bozbaş ŞS, Özyürek BA, Ulubay G. Astımda hastalık kontrolü ile demografik özellikler, yaşam kalitesi ve emosyonel durumun ilişkisi. *Tur Toraks Der* 2011;12:139-144.
- Guilbert TW, Garris C, Jhingran P, et al. That Is Not Well-Controlled Is Associated with Increased Healthcare Utilization and Decreased Quality of Life. *J Asthma* 2011;48:126-132.
- Ozoh OB, Okubadejo NU, Chukwu CC, et al. The ACT and The ATAQ are useful Surrogates for Asthma Control in Resource-Poor Countries with Inadequate Spirometric Facilities. *J Asthma* 2012;49:1086-1091.
- Alpaydın AG, Bora M, Yorgancıoğlu A, et al. Asthma Control Test and Quality of Life Questionnaire Association in Adults. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2012;11:301-307.
- Roxo JP, Ponte EV, Ramos DC, et al. Portuguese-language version of the asthma control test : validation for use in Brazil. *J Bra Pneumol* 2010;36:1806-1813.
- Bousquet PJ, Combescure C, Neukirch F, et al. Visual analog scales can assess the severity of rhinitis graded according to ARIA guidelines. *Allergy* 2007;62:367-372.
- Terzano C, Cremonesi G, Girbino G, et al. 1-year prospective real life monitoring of asthma control and quality of life in Italy. *Respir Res* 2012;13:211-217.
- Marco FD, Verga M, Santus P, et al. Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respir Med* 2010;104:22-28.
- Laforest L, Ganse EV, Devouassoux G, et al. Influence of patients characteristics and disease management on asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:1404-1410.
- Sanderg S, Paton JY, Ahola S, et al. The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *Lancet* 2000;356:982-987.
- Baiardini I, Braido F, Giardini A, et al. Adherence to treatment: assesment of an unmet need in asthma. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2006;16:218-223.
- Cluley S, Cochrane GM. Psychological disorder in asthma is associated with poor control and poor adherence to inhaled steroids. *Respir Med* 2001;95:37-39.
- Trzcinska H, Zwierzchowska B, Kozłowski B, et al. Analysis of the role of selected demographic and psychological variables (anxiety and depression) as risk factors of inadequate control of bronchial asthma. *Ann Agric Environ Med* 2013;20:504-508.
- Pietras T, Panek M, Witusik A, et al. Analysis of the correlation between level of anxiety, intensity of depression and bronchial asthma control. *Post Dermatol Alergol* 2011;28:15-22.
- Simmons DA, Broderick PA. Cytokines, stressors, and clinical depression: augmented adaptation responses underlie depression pathogenesis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005;29:793-807.
- Schiepers OJ, Wichers MC, Maes M. Cytokines and major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005;29:201-217.
- Lehrer PM. Emotionally triggered asthma: a review of research literature and some hypotheses for self-regulation therapies. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 1998;23:13-41.
- Hymie A, Zul M, Michael OP, et al. Cytokines as a precipitant of depressive illness: animal and human studies. *Curr Pharm Des* 2005;11:963-972.