

Doç. Dr. Ayşın Noyan

E.Ü.T.F Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,

Konsültasyon Liyezon Bilim Dalı , Bornova , İzmir

GSM: 0532 747 06 55

## SOLUNUM HASTALIKLARINDA PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

### BİLGİ HEDEFLERİ

#### 1. Solunum hastalıklarının neden olduğu psikolojik belirti ve bozuklukları bilmek

##### ***Astım***

Ani ve beklenmedik astım atakları ve/veya astım tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri **anksiyeteye** yol açar veya mevcut anksiyeteyi artırır diğer taraftan da emosyonel ve psikolojik durumlarda (stres, anksiyete, depresyon ve telkin) astım ataklarını tetikler. Anksiyete astım hastalarında hastanın atağa yanıtını, ilaç uyumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

Astım semptomları ile anksiyete bozuklukları semptomları çok benzer. Bundan dolayı astım hastaları yanlışlıkla anksiyete bozukluğu (özellikle panik anksiyete ve sosyal anksiyete bozuklukları) tanısı alabilirler. Bir araştırma astım tanısı konmuş hastaların %31'nin negatif metakolin inhalasyon testi sonucuna sahip olduklarını ortaya koymuştur. Bu hastalarda bronşial reaktivitesi olan astım hastalarına kıyasla sosyal fobi 10 kat daha fazla bulunmuştur. Bu yüzden hastalarda astım semptomlarının hangi durumlarda ortaya çıktığı mutlaka sorulmalıdır. Özellikle belirli sosyal ortamlarda ortaya çıkan ataklarda bunun bir anksiyete bozukluğu olduğu akla gelmelidir.

Ancak hastalar sıklıkla hem astım hem de anksiyeteye sahiptir. Bu olgularda her iki durumun birbirini olumsuz etkileyebildiği unutulmamalıdır.

Astım ile sıklıkla karışan bir diğer ruhsal durum da "**vokal kord disfonksiyonu**"dur. Bir psikolojik stresör sonrası hastada bilinç-dışı ve istemsiz olarak ortaya çıkar. Günümüzde konversif bir semptom olarak kabul edilmektedir. Konversif semptomlar yaşam boyu herkeste en az bir kez ortaya çıkar. Yaşamda sıkıntı, gerginlik oluşturan, dile getirilemeyen, halledilemeyen bir stres karşısında kişi bedensel bir semptom çıkarır. İşyeri gerginliğine yanıt olarak baş ağrısı, mide ağrısı, ses kısıklığı gibi. Konversif semptomlar yalnızca, kişi psikolojik stres altındayken ya da depresyon sırasında ortaya çıkıyorsa bu bir semptomdur, konversiyon bozukluğundan farklıdır. Konversiyon bozukluğunda ise kişi, yaşamı boyunca karşılaştığı her çatışma veya stres sonrasında motor (ses kısıklığı, ekstremitelerde tutmama, düşüp bayılma, pseudonöbetler gibi) veya duysal (uyuşma, karıncalanma vb) semptomlar gösterir.

Vokal kord disfonksiyonu olan hastalarda ilk semptomun genellikle bir alerji, astım, reflü, dispne sonrası ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu nedenle bu semptomla gelen hastada gerçek fiziksel bir nedene bağlı olup olmadığı araştırılmalı ve fiziksel bir neden yoksa semptom ruhsal olarak kabul edilmelidir.

##### ***Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)***

Düşük gradeli kronik enflamatuar hastalıklardan olan KOAH, AC dışı çok sayıda komorbiditeye sahiptir. Diyabet, anemi, kalp-damar hastalıkları gibi, depresyon da KOAH'a eşlik eden komorbiditelerden biridir.

Strese uzun süreli maruz kalma sonucunda hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) döngüde uzun süreli aktivasyon birçok metabolik yolda etkin kritik genlerin ekspresyonunda değişikliklere yol açar. Sonuç olarak uzun süreli strese maruz kalma kronik HPA aktivasyonu demektir ve anti-gonadal, anti-reproduktif, anti-tiroid, immünsüpresif, katabolik ve santral sempatik aktivasyon anlamına gelir. Bu değişiklikler düşük gradeli diğer kronik enflamatuar hastalıklarda da (diyabet, obezite, KOAH, depresyon gibi) ortaktır. Olasılıkla benzer etiyolojik nedenler söz konusudur, çünkü depresyona eşlik eden hastalıklar ile KOAH'ın AC dışı görünüşleri aynıdır. Kardiyo-vasküler riskte artış, diyabet ve glikoz intoleransı, anemi, osteoporoz, tiroid hastalıkları gibi klinik durumlar hem KOAH hem depresyonda aynıdır. Bu benzerlik nedeniyle ilk veriler KOAH ve depresyon komorbiditesinin %20'den fazla olduğunu iletirken, günümüzde KOAH hastalarının %40'ında depresif belirtiler/depresyon bulunduğu belirtilmektedir.

Kronik hipoksemi nedeniyle KOAH'da depresyon dışında en sık görülen ruhsal tablolar; uyku bozuklukları (özellikle uyku-apne sendromu), sigara bağımlılığı ve uzun vadede kognitif bozukluklardır.(Hipoksik demans gibi)

### ***Kistik Fibrozis, Sarkoidoz, Pulmoner Fibrozis, Tüberküloz***

Bu hastalıkların neden olduğu özel ruhsal durumlar tanımlanmamıştır. Kronik, yeti yitimine yol açan diğer bedensel hastalıklarda da görüldüğü üzere bu hastalıklarda en sık ortaya çıkan ruhsal tablo depresyondur. Ayrıca tedavide kullanılan bazı ilaçlara (steroidler, immünsüpresifler vb) bağlı olarak ruhsal tablolar görülebilir.

Özellik gösteren durumlar:

1. Sarkoidozda beyin tutulumu ve buna bağlı deliryumdan psikotik bozukluklara kadar geniş bir aralıkta her tür ruhsal tablo ortaya çıkabilir.
2. Tüberküloz tedavisinde İzoniazid'in depresyon yapma özelliği unutulmamalıdır.
3. Tüberküloz hastalarında alkol kullanma öyküsü mutlaka sorulmalıdır. Alkol ve başka madde bağımlılıkları tüberküloza yatkınlık oluşturmaktadırlar.

## **2. Solunum hastalıklarında en sık görülen psikolojik ve psikiyatrik belirti ve bozuklukları bilmek**

**Depresyon:** Olağan duygudurum (mood) halinin daha aşağıya düşmesi ile seyreden duygudurum durumudur. Olasılıkla en yaygın psikiyatrik yakındır. Depresyon özellikle dispnenin algılanmasını ve değerlendirilmesini zorlaştırır.

**Anksiyete:** Bilişsel, bedensel, emosyonel ve davranışsal komponentlerden oluşan psikolojik ve fizyolojik bir durumdur. Bu komponentler bir araya gelerek bireyde sıkıntı, endişe ve korku gibi hoş olmayan duygu halleri oluştururlar. Anksiyetenin bedensel belirtilerinden biriside dispnedir. Dispne solunum hastalıkları ve anksiyete bozuklukları tarafından ortak birincil belirti olarak paylaşılmaktadır. Sıklıkla eş-zamanlı olmakta ve karşılıklı olarak birbirlerini kötü etkilemektedirler. Dispnenin tek başına varlığı anksiyeteyi tetikler, anksiyetenin varlığı solunum düzensizliği ve zorluğuna yol açar. Hiperventilasyon sendromu buna örnektir.

**Panik atak:** Ani ve aşırı bir korku veya rahatsızlıkla seyreden anksiyete halidir. Birden başlar, 10 dakika içerisinde en yüksek düzeye ulaşır. Otonomik hiperaktivasyon belirtileri (çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, soluk kesilmesi, göğüs ağrısı, gibi) tabloya egemendir.

### **3.Psikolojik faktörlerin hangi mekanizmalarla solunum hastalıklarına katkıda bulunabileceğini bilmek**

Hava akımı algısının hangi psikolojik faktörlerden etkilendiği halen kuramsaldır. Psikolojik faktörlerin 2 perspektiften (fizyolojik ve psikolojik) solunum yolları üzerine etkide bulunduğu düşünülmektedir. Fizyolojik bakış açısına göre hava yolları emosyonlara duyarlıdır ve buna aracılık eden sinir Nervus vagus'tur. Kolinerjik nöronlar tarafından innerve edilen üst hava yolları telkin ve emosyonlara küçük hava yollarından daha duyarlıdır. Güncel bir araştırma çeşitli emosyon ve stres tiplerinin astımda solunum direncini arttırabildiğini ortaya koymuştur.

Psikolojik faktörler doğrudan davranışsal değişiklikler yaparak da solunum hastalıkları üzerine etki ederler. Hastalığın inkarı bunlardan biridir. Hastalık kabul edilmez ve yardım davranışı aranmaz. Sonuç yaşamı tehdit edici astım krizi veya solunum yetmezliği olabilir. Ayrıca ruhsal bozukluklar dikkat dağınıklığı veya konsantrasyon güçlüğü gibi davranışsal belirtilerle de etkin tedavi almama, tedavi önerilerine, ilaç tedavilerine uyamama aracılığıyla hastalığın seyri, kontrolü, morbidite ve mortalite üzerine etkide bulunurlar..

### **4.Solunum hastalıklarında sıklıkla görülen ruhsal bozuklukları bilme ve tanıma**

#### **Major depresyon**

En önemli eş-zamanlığı kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ile birlikte bulunmasıdır. KOAH hastalarının neredeyse %40'ında depresyon bulunduğu bildirilmesine karşın bu hastaların yalnızca %20'sinin antidepresan tedavi alabildiği belirtilmektedir.

KOAH'da depresyonun tanınmamasının en önemli nedeni hastada ortaya çıkan depresyon belirtilerinin KOAH'a atfedilmesidir. Bunun nedenleri:

1. Depresyon belirtileri ile KOAH komorbiditelerinin birbiri ile örtüşmesi (depresyonun yorgunluk belirtisi ile , KOAH'ın çizgili kas atrofisi, depresyonun iştah azlığı ve kilo kaybı ile KOAH'ın istemsiz kilo kaybı belirtilerinin örtüşmesi gibi)
2. Depresyon komorbiditeleri ile KOAH komorbiditelerinin hemen hemen aynı olması (Kardiyovasküler risk artışı, diyabet ve glikoz intoleransı, anemi, otoimmün hastalık gibi durumlar her iki hastalığa da eşlik eden klinik durumlardır)
3. Depresyon belirtilerinin o sırada kullanılmakta olan ilaçların yan etkilerine (özellikle kortikosteroidler) bağlanması
4. Hekimin depresyon tanısını ihmal etmesi veya görmezden gelmesi

Depresyon tanısı koymak için; en az 2 hafta süreyle, bireyin daha önceki işlevsellik düzeyinden azalma olarak dıştan gözlenen belirti kümesinin hastada bulunması gerekir. Şekil 1'de gösterilen toplam 9 belirtiden en az 5'inin hastada gün boyu mevcut olması gerekir. Bu 5 belirtiden en az biri depresif duygudurum veya ilgi istek kaybı olmak zorundadır. Bu belirtilere sahip hastaların depresyon açısından ele alınması önemlidir. (Şekil 1)

Tanınmayan ve tedavi edilmeyen depresyonun KOAH üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bunlar; hastanın KOAH tedavisine uymaması ve sigarayı bırakma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanmasıdır. Sonuç olarak tedavi edilmeyen depresyon KOAH'ın seyrinde ve komorbiditelerinde kötüleşme, morbidite ve mortalite artışı demektir.

#### **Anksiyete Bozuklukları**

Güncel araştırmalar solunum hastalığı olan hastaların genel populyasyondan daha sık anksiyete bozukluğu tanılarına da (panik bozukluk, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu gibi) sahip olduğunu bildirmektedir. Bunun aksine panik bozukluğu olan hastalarda olmayanlara göre 3 kat fazla solunum yolu hastalıkları görüldüğu bildirilmektedir.

Akut astım atağı ve panik bozuklukta egemen semptomlar hemen hemen aynıdır (nefes alamama, boğulma hissi, göğüs ağrısı gibi) ve bazen ayırım zor olabilir. Astım yanlışlıkla anksiyete bozukluğu olarak tanı alabilir, bazı anksiyete bozuklukları da (panik, sosyal anksiyete gibi) astım olarak adlandırılabilir. Bronş reaktivitesi olmayan hastalarda, astımı olan hastalara kıyasla sosyal anksiyete (belirli sosyal durumlarda ortaya çıkan anksiyete) 10 kat daha fazla görünmektedir. Bu yüzden hastalarda belirtilerin hangi durumlarda (örneğin hangi sosyal ortamlarda) ortaya çıktığı veya hangi durumların belirtileri tetiklediği mutlaka öğrenilmelidir.

### **Panik Bozukluk**

Solunum hastalarında en sık görülen anksiyete bozukluğu panik bozukluktur. Ani beklenmedik şekilde ortaya çıkan panik atak ile karakterizedir. Özellikle astım-panik eş-zamanlılığı sıktır. Böyle olgularda ani, beklenmedik astım atakları, yeni atak beklentisi ve/veya astım tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri anksiyeteye yol açar veya mevcut anksiyeteyi artırır. Anksiyetenin varlığı da hastanın atak sayısını, atağa yanıtını, ilaç kullanımını ve yaşam kalitesini etkiler. Her iki durum birbirini daha da kötüleştirir. Her iki durumun ayırt edilememesinin en önemli sakıncası bir panik atağın astım krizi olarak değerlendirilmesi ve hastaya antiastmatik ilaç reçetelenmesi durumunda ortaya çıkar. Antiastmatik ilaçlar (özellikle 20µg/ml'nin üzerindeki kan düzeylerinde teofilin), bronkodilatatörler ve steroidler çoğu olguda panik atak başlatıcıdır.

Psikolojik faktörlerin astım üzerine olan etkileri enfeksiyon, sigara içme, daha önce hastaneye yatmış olma gibi faktörlerden daha fazladır. Bir araştırmada 533 olgu incelenmiş ve psikolojik faktörlerin ölüm riskini arttırdığı saptanmıştır. Risk artışının nedeni hastanın tedavisine ve kontrol zamanlarına uymaması olarak bulunmuştur. Üç bağımsız psiko-sosyal faktör (psikoz, maddi sorunlar ve öğrenme güçlükleri) artmış ölüm riski ile ilişkili bulunmuş, iki faktörün ise riski azalttığı saptanmıştır. Bunlar cinsel sorunlar ve antidepresan ilaç reçetelenmesidir.

Göğüs ağrısı, nefes alamama, dispne gibi yakınmaları olan hastalarda yakınmaları açıklayacak bir solunum yolu hastalığı saptanmadığında; ya da bilinen solunum hastalığı olan olguda yapılan tetkikler hastanın yakınmalarının şiddetini açıklayamadığında anksiyete bozukluğu tanısı düşünölmelidir. Panik bozukluk astım eş-zamanlılığının çoğu olguda var olabileceği unutulmamalıdır.

### **Nikotin Bağımlılığı**

KOAH hastalarında en sık rastlanan psikiyatrik komorbidedir. Hastaların %80'inden fazlasının sigara içme öyküsüne sahip olduğu bildirilmektedir. Sigara bağımlısı olgularda major depresyonun da sık olduğunu ve depresif olgularda da sigara bırakma tedavisinin başarısızlıkla sonuçlanma olasılığının yüksek olduğunu unutmamak gerekir.

Hastada herhangi bir depresif belirti saptanmasa bile, özellikle bırakmayı izleyen ilk aylarda ve bırakma tedavisi sırasında hastaların depresif olabilecekleri unutulmamalıdır. Bu hastaların depresyon tedavisine yönlendirilmesi sigara bırakma tedavisini başarılı kılacaktır. Kadın hastalar bırakma sırasında daha depresif olurlar ve erkeklere kıyasla bırakma yüzdeleri daha düşüktür.

### **Cinsel işlev bozuklukları**

Konu klinik uygulamada gözden kaçırılmaktadır. Özellikle KOAH hastalarında cinsel sorunlar oldukça yaygındır. Sorunlar cinsel istekte azalma ve empotanstır. Hastalara “cinsel yaşamınız nasıl” sorusunu sormak çoğu hastanın yakınmalarını ifade etmelerini sağlar. Bu sorunun sorulmasının 2 önemi vardır. Birincisi, cinsellik tek başına bir doyum davranışı değil, bedende fizyolojik birçok mekanizmayı harekete geçiren bir eylemdir. Sildenafil tedavisi sonrası dispnede azalma ve spirometrede düzelme tanımlayan şaşırtıcı yayınlar bu duruma örnek gösterilebilir. Sorunun ikinci önemli yanı hasta ve hekim arasındaki iletişim arttırır.

### **Bilişsel bozukluklar**

KOAH hastalarında kronik hipoksinin sonucu olarak ortaya çıkar ve oksijen tedavisinden yararlanır. Hafif hipoksik olguların %27'sinde, şiddetli hipoksisi olan olguların %61'inde nöropsikolojik bozulma olduğu bildirilmektedir. KOAH olgularının çoğunda reaksiyon zamanında yavaşlama, görsel dikkatte azalma, %30'unda da yakın bellek bozukluğu olduğu bildirilmektedir. Yalnızca gece oksijen kullananlara kıyasla sürekli oksijen tedavisi alan hastaların nöropsikolojik performansları ve 12 aylık sağ kalma oranları daha iyi bulunmuştur.

### **Deliryum**

Hayatı tehdit edici fizyolojik bir değişikliğe bağlı olarak ortaya çıkan, en önemli klinik görüntüsü bilinçte “dalgalanma” olan, psikiyatrik ve davranışsal belirtilerle seyreden bir klinik durumdur. Solunum hastalıklarında deliryuma en çok yol açan nedenler hipoksi, hiperkapni, ilaçlar ve malinitelerdir. Akciğer kanserleri serebral metastazlara ve paraneoplastik sendromlara neden olarak deliryum tablosuna yol açabilirler.

## **BECERİ HEDEFLERİ**

### **1. Öğrendiği ruhsal belirti/hastalıkları hastasında tanıyabilme**

KOAH-depresyon, astım-anksiyete eş-zamanlılıkları, bu hastalıkların tek başına oldukları durumdan daha fazla morbidite ve mortalite oranına sahiptirler. Bu nedenle hastaların rutin takipleri sırasında depresyon ve anksiyete belirtilerine dikkat edilmesi, bunların gözlenmesi gerekir. Bu belirtiler yanı sıra kişinin kendine bakımında azalma, ilaç tedavisine uymama, düzenli kontrollere gitmeme, irritabilite, öfke, kilo kaybı, sigara bırakmada başarısızlık veya artmış sigara kullanımı olan olgularda da bu belirtilerin depresyon ya da anksiyete bozukluğunu işaret ettiği unutulmamalıdır.

### **2. Sigara içen hastayı sigara bırakma tedavilerine yönlendirebilme**

Sigara kullanan hastalarda bu durumun zayıflık, iradesizlik değil, bir ruhsal hastalık olduğu unutulmamalıdır. Hastalar yargılanmadan, küçük görülmeden bırakma girişimi için cesaretlendirilmelidir. Hastanın bırakma girişimini tek başına yapmaması, profesyonel yardıma yönlendirilmesi önemlidir. Bırakma girişimi profesyonel bir ekip tarafından yapılmalıdır.

### **3. İhtiyaç durumunda hastayı psikiyatri konsültasyonuna yönlendirme ve takibini yönetme**

Hafif olgularda destekleyici yaklaşım yeterli olabilir. Ancak tedavi uyumu bozulmuş, ciddi kilo kaybı, suisit fikirleri olan depresyon olgularının psikiyatriye yönlendirilmesi önerilir. Anksiyete bozuklukları, özellikle panik bozukluk ısrarlı, uzun soluklu ve yineleyici bir hastalıktır. Bu olgularda doğrudan psikiyatrist ile birlikte çalışmak hastanın takibini kolaylaştırmaktadır.

## TUTUM HEDEFLERİ

1. Solunum hastalıklarının seyrinde psikolojik belirtilerin önemini anlamış ve bu perspektiften hastayı takip edebilme yeteneği edinmek
2. Hastalıkların çok komponentli olduğunu bilmek ve hasta tedavisinde multidisipliner anlayışa sahip olmak

---

**Depresyon tanısı**  
**2 kapı kriterinden en az birini ister**

### **Kapı Kriterleri**

**En az 2 haftadır devam eden**

**Deprese mizaç**

ve/veya

**İlgi istek kaybı**

### **Aşağıdakilerden en az 4'ü olmalıdır**

- İştah değişikliği (artma veya azalma)
- Uyku değişikliği
- İnsomnia veya hipersomni
- Yorgunluk, enerji kaybı
- Konsantrasyon güçlüğü, kararsızlık
- Değersizlik veya suçluluk duyguları
- Yineleyen ölüm düşünceleri
- Psikomotor ajitasyon veya retardasyon

---

**Şekil 1. Depresyon Tanı Kriterleri**

## **KAYNAKLAR ve İLERİ OKUMA MATERYALİ**

Coffman K, Levenson JL. Lung Disease. Textbook of Psychosomatic Medicine. American Psychiatry Publishing Inc. S. 445-464, 2005

Wyszynski AA, Weiner ED. The Patient with Pulmoner Disease. Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill. American Psychiatry Publishing Inc. S.85-98, 2005.

Tural Ü. Panik bozukluğu ve solunum düzensizlikleri. Klinik Psikiyatri Dergisi,11(Ek 2):12-16, 2008.

Sertöz ÖÖ. Solunum sisteminin psikosomatik sorunları. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 1(2):91-98, 2008.

Doç. Dr. Aysın Noyan

E.Ü.T.F Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Bilim Dalı, Bornova, İzmir

## **SOLUNUM HASTALIKLARINDA PSİKOLOJİK FAKTÖRLER**

### **BİLGİ HEDEFLERİ**

#### **1. Solunum hastalıklarının neden olduğu psikolojik belirti ve bozuklukları bilmek**

##### ***Astım***

Ani ve beklenmedik astım atakları ve/veya astım tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri **anksiyete**ye yol açar veya mevcut anksiyeteyi artırır diğer taraftan da emosyonel ve psikolojik durumlarda (stres, anksiyete, depresyon ve telkin) astım ataklarını tetikler. Anksiyete astım hastalarında hastanın atağa yanıtını, ilaç uyumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

Astım semptomları ile anksiyete bozuklukları semptomları çok benzer. Bundan dolayı astım hastaları yanlışlıkla anksiyete bozukluğu (özellikle panik anksiyete ve sosyal anksiyete bozuklukları) tanısı alabilirler. Bir araştırma astım tanısı konmuş hastaların %31'nin negatif metakolin inhalasyon testi sonucuna sahip olduklarını ortaya koymuştur. Bu hastalarda bronşial reaktivitesi olan astım hastalarına kıyasla sosyal fobi 10 kat daha fazla bulunmuştur. Bu yüzden hastalarda astım semptomlarının hangi durumlarda ortaya çıktığı mutlaka sorulmalıdır. Özellikle belirli sosyal ortamlarda ortaya çıkan ataklarda bunun bir anksiyete bozukluğu olduğu akla gelmelidir.

Ancak hastalar sıklıkla hem astım hem de anksiyeteye sahiptir. Bu olgularda her iki durumun birbirini olumsuz etkileyebileceği unutulmamalıdır.

Astım ile sıklıkla karışan bir diğer ruhsal durum da "**vokal kord disfonksiyonu**"dur. Bir psikolojik stresör sonrası hastada bilinç-dışı ve istemsiz olarak ortaya çıkar. Günümüzde konversif bir semptom olarak kabul edilmektedir. Konversif semptomlar yaşam boyu herkeste en az bir kez ortaya çıkar. Yaşamda sıkıntı, gerginlik oluşturan, dile getirilemeyen, halledilemeyen bir stres karşısında kişi bedensel bir semptom çıkarır. İşyeri gerginliğine yanıt olarak baş ağrısı, mide ağrısı, ses kısıklığı gibi. Konversif semptomlar yalnızca, kişi psikolojik stres altındayken ya da depresyon sırasında ortaya çıkıyorsa bu bir semptomdur, konversiyon bozukluğundan farklıdır. Konversiyon bozukluğunda ise kişi, yaşamı boyunca karşılaştığı her çatışma veya stres sonrasında motor (ses kısıklığı, ekstremitelerde tutmama, düşüp bayılma, pseudonöbetler gibi) veya duysal (uyuşma, karıncalanma vb) semptomlar gösterir.

Vokal kord disfonksiyonu olan hastalarda ilk semptomun genellikle bir alerji, astım, reflü, dispne sonrası ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu nedenle bu semptomla gelen hastada gerçek fiziksel bir nedene bağlı olup olmadığı araştırılmalı ve fiziksel bir neden yoksa semptom ruhsal olarak kabul edilmelidir.

##### ***Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)***



Düşük gradeli kronik enflamatuar hastalıklardan olan KOAH, AC dışı çok sayıda komorbiditeye sahiptir. Diyabet, anemi, kalp-damar hastalıkları gibi, depresyon da KOAH'a eşlik eden komorbiditelerden biridir.

Strese uzun süreli maruz kalma sonucunda hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) döngüde uzun süreli aktivasyon birçok metabolik yolakta etkin kritik genlerin ekspresyonunda değişikliklere yol açar. Sonuç olarak uzun süreli strese maruz kalma kronik HPA aktivasyonu demektir ve anti-gonadal, anti-reprodüktif, anti-tiroid, immünsüpresif, katabolik ve santral sempatik aktivasyon anlamına gelir. Bu değişiklikler düşük gradeli diğer kronik enflamatuar hastalıklarda da (diyabet, obesite, KOAH, depresyon gibi) ortaktır. Olasılıkla benzer etiyolojik nedenler söz konusudur, çünkü depresyona eşlik eden hastalıklar ile KOAH'ın AC dışı görünüşleri aynıdır. Kardiyovasküler riskte artış, diyabet ve glikoz intoleransı, anemi, osteoporoz, tiroid hastalıkları gibi klinik durumlar hem KOAH hem depresyonda aynıdır. Bu benzerlik nedeniyle ilk veriler KOAH ve depresyon komorbiditesinin %20'den fazla olduğunu gösterirken, günümüzde KOAH hastalarının %40'ında depresif belirtiler/depresyon bulunduğu belirtilmektedir.

Kronik hipoksemi nedeniyle KOAH'da depresyon dışında en sık görülen ruhsal tablolar; uyku bozuklukları (özellikle uyku-apne sendromu), sigara bağımlılığı ve uzun vadede kognitif bozukluklardır.(Hipoksik demans gibi)

### ***Kistik Fibrozis, Sarkoidoz, Pulmoner Fibrozis, Tüberküloz***

Bu hastalıkların neden olduğu özel ruhsal durumlar tanımlanmamıştır. Kronik, yeti yitimine yol açan diğer bedensel hastalıklarda da görüldüğü üzere bu hastalıklarda en sık ortaya çıkan ruhsal tablo depresyondur. Ayrıca tedavide kullanılan bazı ilaçlara (steroidler, immünsüpresifler vb) bağlı olarak ruhsal tablolar görülebilir.

Özellik gösteren durumlar:

1. Sarkoidozda beyin tutulumu ve buna bağlı deliryumdan psikotik bozukluklara kadar geniş bir aralıkta her tür ruhsal tablo ortaya çıkabilir.
2. Tüberküloz tedavisinde İzoniazid'in depresyon yapma özelliği unutulmamalıdır.
3. Tüberküloz hastalarında alkol kullanma öyküsü mutlaka sorulmalıdır. Alkol ve başka madde bağımlılıkları tüberküloza yatkınlık oluşturmaktadırlar.

## **2. Solunum hastalıklarında en sık görülen psikolojik ve psikiyatrik belirti ve bozuklukları bilmek**

**Depresyon:** Olağan duygudurum (mood) halinin daha aşağıya düşmesi ile seyreden duygudurum durumudur. Olasılıkla en yaygın psikiyatrik yakınmadır. Depresyon özellikle dispnenin algılanmasını ve değerlendirilmesini zorlaştırır.

**Anksiyete:** Bilişsel, bedensel, emosyonel ve davranışsal komponentlerden oluşan psikolojik ve fizyolojik bir durumdur. Bu komponentler bir araya gelerek bireyde sıkıntı, endişe ve korku gibi hoş olmayan duygu halleri oluştururlar. Anksiyetenin bedensel belirtilerinden biriside dispnedir. Dispne solunum hastalıkları ve anksiyete bozuklukları tarafından ortak birincil belirti olarak paylaşılmaktadır. Sıklıkla eş-zamanlı olmakta ve karşılıklı olarak birbirlerini kötü etkilemektedirler. Dispnenin tek başına varlığı anksiyeteyi

tetikler, anksiyetenin varlığı solunum düzensizliği ve zorluğuna yol açar. Hiperventilasyon sendromu buna örnektir.

**Panik atak:** Ani ve aşırı bir korku veya rahatsızlıkla seyreden anksiyete halidir. Birden başlar, 10 dakika içerisinde en yüksek düzeye ulaşır. Otonomik hiperaktivasyon belirtileri (çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, soluk kesilmesi, göğüs ağrısı, gibi) tabloya egemendir.

### **3.Psikolojik faktörlerin hangi mekanizmalarla solunum hastalıklarına katkıda bulunabileceğini bilmek**

Hava akımı algısının hangi psikolojik faktörlerden etkilendiği halen kuramsaldır. Psikolojik faktörlerin 2 perspektiften (fizyolojik ve psikolojik) solunum yolları üzerine etkide bulunduğu düşünülmektedir. Fizyolojik bakış açısına göre hava yolları emosyonlara duyarlıdır ve buna aracılık eden sinir Nervus vagus'tur. Kolinerjik nöronlar tarafından innerve edilen üst hava yolları telkin ve emosyonlara küçük hava yollarından daha duyarlıdır. Güncel bir araştırma çeşitli emosyon ve stres tiplerinin astımda solunum direncini arttırabildiğini ortaya koymuştur.

Psikolojik faktörler doğrudan davranışsal değişiklikler yaparak da solunum hastalıkları üzerine etki ederler. Hastalığın inkarı bunlardan biridir. Hastalık kabul edilmez ve yardım davranışı aranmaz. Sonuç yaşamı tehdit edici astım krizi veya solunum yetmezliği olabilir. Ayrıca ruhsal bozukluklar dikkat dağınıklığı veya konsantrasyon güçlüğü gibi davranışsal belirtilerle de etkin tedavi almama, tedavi önerilerine, ilaç tedavilerine uyamama aracılığıyla hastalığın seyri, kontrolü, morbidite ve mortalite üzerine etkide bulunurlar..

### **4.Solunum hastalıklarında sıklıkla görülen ruhsal bozuklukları bilme ve tanıma**

#### **Major depresyon**

En önemli eş-zamanlığı kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ile birlikte bulunmasıdır. KOAH hastalarının neredeyse %40'ında depresyon bulunduğu bildirilmesine karşın bu hastaların yalnızca %20'sinin antidepresan tedavi alabildiği belirtilmektedir.

KOAH'da depresyonun tanınmamasının en önemli nedeni hastada ortaya çıkan depresyon belirtilerinin KOAH'a atfedilmesidir. Bunun nedenleri:

1. Depresyon belirtileri ile KOAH komorbiditelerinin birbiri ile örtüşmesi (depresyonun yorgunluk belirtisi ile KOAH'ın çizgili kas atrofisi, depresyonun iştah azlığı ve kilo kaybı ile KOAH'ın istemsiz kilo kaybı belirtilerinin örtüşmesi gibi)
2. Depresyon komorbiditeleri ile KOAH komorbiditelerinin hemen hemen aynı olması (Kardiyovasküler risk artışı, diyabet ve glikoz intoleransı, anemi, otoimmün hastalık gibi durumlar her iki hastalığa da eşlik eden klinik durumlardır)
3. Depresyon belirtilerinin o sırada kullanılmakta olan ilaçların yan etkilerine (özellikle kortikosteroidler) bağlanması
4. Hekimin depresyon tanısını ihmal etmesi veya görmezden gelmesi

Depresyon tanısı koymak için; en az 2 hafta süreyle, bireyin daha önceki işlevsellik düzeyinden azalma olarak dıştan gözlenen belirti kümesinin hastada bulunması gerekir. Şekil

1'de gösterilen toplam 9 belirtiden en az 5'inin hastada gün boyu mevcut olması gerekir. Bu 5 belirtiden en az biri depresif duygudurum veya ilgi istek kaybı olmak zorundadır. Bu belirtilere sahip hastaların depresyon açısından ele alınması önemlidir. (Şekil 1)

Tanınmayan ve tedavi edilmeyen depresyonun KOAH üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bunlar; hastanın KOAH tedavisine uymaması ve sigarayı bırakma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanmasıdır. Sonuç olarak tedavi edilmeyen depresyon KOAH'ın seyrinde ve komorbiditelerinde kötüleşme, morbidite ve mortalite artışı demektir.

### **Anksiyete Bozuklukları**

Güncel araştırmalar solunum hastalığı olan hastaların genel popülasyondan daha sık anksiyete bozukluğu tanılarına (panik bozukluk, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu gibi) sahip olduğunu bildirmektedir. Bunun aksine panik bozukluğu olan hastalarda olmayanlara göre 3 kat fazla solunum yolu hastalıkları görüldüğü bildirilmektedir.

Akut astım atağı ve panik bozuklukta egemen semptomlar hemen hemen aynıdır (nefes alamama, boğulma hissi, göğüs ağrısı gibi) ) ve bazen ayırım zor olabilir. Astım yanı sıra anksiyete bozukluğu olarak tanı alabilir, bazı anksiyete bozuklukları da (panik, sosyal anksiyete gibi) astım olarak adlandırılabilir. Bronş reaktivitesi olmayan hastalarda, astımı olan hastalara kıyasla sosyal anksiyete (belirli sosyal durumlarda ortaya çıkan anksiyete) 10 kat daha fazla görünmektedir. Bu yüzden hastalarda belirtilerin hangi durumlarda (örneğin hangi sosyal ortamlarda) ortaya çıktığı veya hangi durumların belirtileri tetiklediği mutlaka öğrenilmelidir.

### **Panik Bozukluk**

Solunum hastalarında en sık görülen anksiyete bozukluğu panik bozukluktur. Ani beklenmedik şekilde ortaya çıkan panik atak ile karakterizedir. Özellikle astım-panik eş-zamanlılığı siktir. Böyle olgularda ani, beklenmedik astım atakları, yeni atak beklentisi ve/veya astım tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri anksiyeteye yol açar veya mevcut anksiyeteyi artırır. Anksiyetenin varlığı da hastanın atak sayısını, atağa yanıtını, ilaç kullanımını ve yaşam kalitesini etkiler. Her iki durum birbirini daha da kötüleştirir. Her iki durumun ayırt edilememesinin en önemli sakıncası bir panik atağın astım krizi olarak değerlendirilmesi ve hastaya antiastmatik ilaç reçetelenmesi durumunda ortaya çıkar. Antiastmatik ilaçlar (özellikle 20µg/ml'nin üzerindeki kan düzeylerinde teofilin), bronkodilatatörler ve steroidler çoğu olguda panik atak başlatıcıdır.

Psikolojik faktörlerin astım üzerine olan etkileri enfeksiyon, sigara içme, daha önce hastaneye yatmış olma gibi faktörlerden daha fazladır. Bir araştırmada 533 olgu incelenmiş ve psikolojik faktörlerin ölüm riskini arttırdığı saptanmıştır. Risk artışının nedeni hastanın tedavisine ve kontrol zamanlarına uymaması olarak bulunmuştur. Üç bağımsız psiko-sosyal faktör (psikoz, maddi sorunlar ve öğrenme güçlükleri) artmış ölüm riski ile ilişkili bulunmuş, iki faktörün ise riski azalttığı saptanmıştır. Bunlar cinsel sorunlar ve antidepresan ilaç reçetelenmesidir.

Göğüs ağrısı, nefes alamama, dispne gibi yakınmaları olan hastalarda yakınmaları açıklayacak bir solunum yolu hastalığı saptanmadığında; ya da bilinen solunum hastalığı olan olguda yapılan tetkikler hastanın yakınmalarının şiddetini açıklayamadığında anksiyete

bozukluğu tanısı düşünölmelidir. Panik bozukluk astım eş-zamanlılığının çoğu olguda var olabileceği unutulmamalıdır.

### **Nikotin Bağımlılığı**

KOAH hastalarında en sık rastlanan psikiyatrik komorbiditedir. Hastaların %80'inden fazlasının sigara içme öyküsüne sahip olduğu bildirilmektedir. Sigara bağımlısı olgularda major depresyonun da sık olduğunu ve depresif olgularda da sigara bırakma tedavisinin başarısızlıkla sonuçlanma olasılığının yüksek olduğunu unutmamak gerekir.

Hastada herhangi bir depresif belirti saptanmasa bile, özellikle bırakmayı izleyen ilk aylarda ve bırakma tedavisi sırasında hastaların depresif olabilecekleri unutulmamalıdır. Bu hastaların depresyon tedavisine yönlendirilmesi sigara bırakma tedavisini başarılı kılacaktır. Kadın hastalar bırakma sırasında daha depresif olurlar ve erkeklere kıyasla bırakma yüzdeleri daha düşüktür.

### **Cinsel işlev bozuklukları**

Konu klinik uygulamada gözden kaçırılmaktadır. Özellikle KOAH hastalarında cinsel sorunlar oldukça yaygındır. Sorunlar cinsel istekte azalma ve empotanstır. Hastalara "cinsel yaşamınız nasıl" sorusunu sormak çoğu hastanın yakınmalarını ifade etmelerini sağlar. Bu sorunun sorulmasının 2 önemi vardır. Birincisi, cinsellik tek başına bir doyum davranışı değil, bedende fizyolojik birçok mekanizmayı harekete geçiren bir eylemdir. Sildenafil tedavisi sonrası dispnede azalma ve spirometrede düzelme tanımlayan şaşırtıcı yayınlar bu duruma örnek gösterilebilir. Sorunun ikinci önemli yanı hasta ve hekim arasındaki iletişim arttırır.

### **Bilişsel bozukluklar**

KOAH hastalarında kronik hipoksinin sonucu olarak ortaya çıkar ve oksijen tedavisinden yararlanır. Hafif hipoksik olguların %27'sinde, şiddetli hipoksisi olan olguların %61'inde nöropsikolojik bozulma olduğu bildirilmektedir. KOAH olgularının çoğunda reaksiyon zamanında yavaşlama, görsel dikkatte azalma, %30'unda da yakın bellek bozukluğu olduğu bildirilmektedir. Yalnızca gece oksijen kullananlara kıyasla sürekli oksijen tedavisi alan hastaların nöropsikolojik performansları ve 12 aylık sağ kalma oranları daha iyi bulunmuştur.

### **Deliryum**

Hayatı tehdit edici fizyolojik bir değişikliğe bağlı olarak ortaya çıkan, en önemli klinik görüntüsü bilinçte "dalgalanma" olan, psikiyatrik ve davranışsal belirtilerle seyreden bir klinik durumdur. Solunum hastalıklarında deliryuma en çok yol açan nedenler hipoksi, hiperkapni, ilaçlar ve malinitelerdir. Akciğer kanserleri serebral metastazlara ve paraneoplastik sendromlara neden olarak deliryum tablosuna yol açabilirler.

## **BECERİ HEDEFLERİ**

### **1. Öğrendiği ruhsal belirti/hastalıkları hastasında tanıyabilme**

KOAH-depresyon, astım-anksiyete eş-zamanlılıkları, bu hastalıkların tek başına oldukları durumdan daha fazla morbidite ve mortalite oranına sahiptirler. Bu nedenle hastaların rutin takipleri sırasında depresyon ve anksiyete belirtilerine dikkat edilmesi, bunların gözlenmesi gerekir. Bu belirtiler yanı sıra kişinin kendine bakımında azalma, ilaç tedavisine uymama, düzenli kontrollere gitmeme, irritabilite, öfke, kilo kaybı, sigara bırakmada başarısızlık veya artmış sigara kullanımı olan olgularda da bu belirtilerin depresyon ya da anksiyete bozukluğunu işaret ettiği unutulmamalıdır.

### **2. Sigara içen hastayı sigara bırakma tedavilerine yönlendirebilme**

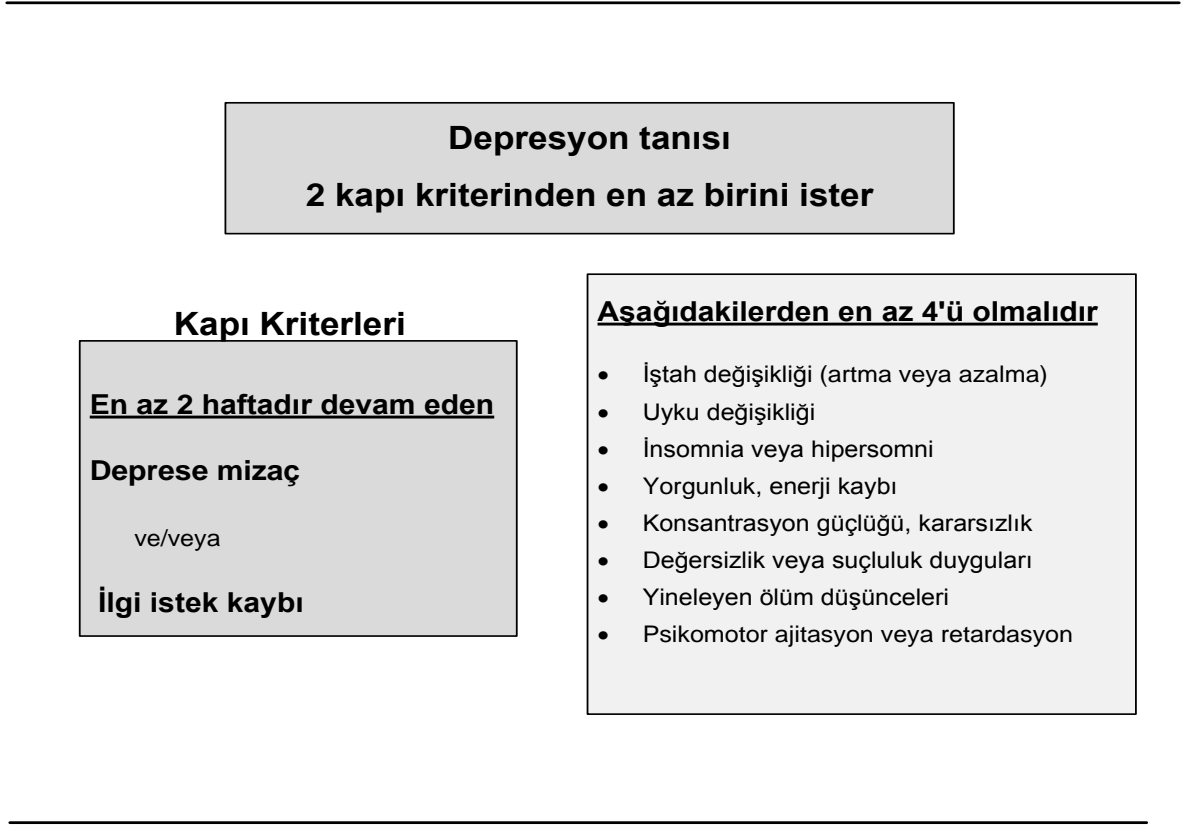
Sigara kullanan hastalarda bu durumun zayıflık, iradesizlik değil, bir ruhsal hastalık olduğu unutulmamalıdır. Hastalar yargılanmadan, küçük görülmeden bırakma girişimi için cesaretlendirilmelidir. Hastanın bırakma girişimini tek başına yapmaması, profesyonel yardıma yönlendirilmesi önemlidir. Bırakma girişimi profesyonel bir ekip tarafından yapılmalıdır.

### **3. İhtiyaç durumunda hastayı psikiyatri konsültasyonuna yönlendirme ve takibini yönetme**

Hafif olgularda destekleyici yaklaşım yeterli olabilir. Ancak tedavi uyumu bozulmuş, ciddi kilo kaybı, suisit fikirleri olan depresyon olgularının psikiyatriye yönlendirilmesi önerilir. Anksiyete bozuklukları, özellikle panik bozukluk ısrarlı, uzun soluklu ve yineleyici bir hastalıktır. Bu olgularda doğrudan psikiyatrist ile birlikte çalışmak hastanın takibini kolaylaştırmaktadır.

## **TUTUM HEDEFLERİ**

1. Solunum hastalıklarının seyrinde psikolojik belirtilerin önemini anlamış ve bu perspektiften hastayı takip edebilme yeteneği edinmek
2. Hastalıkların çok komponentli olduğunu bilmek ve hasta tedavisinde multidisipliner anlayışa sahip olmak



**Şekil 1. Depresyon Tanı Kriterleri**

### **KAYNAKLAR ve İLERİ OKUMA MATERYALİ**

Coffman K, Levenson JL. Lung Disease. Textbook of Psychosomatic Medicine. American Psychiatry Publishing Inc. S. 445-464, 2005

Wyszynski AA, Weiner ED. The Patient with Pulmoner Disease. Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill. American Psychiatry Publishing Inc. S.85-98, 2005.

Tural Ü. Panik bozukluğu ve solunum düzensizlikleri. Klinik Psikiyatri Dergisi,11(Ek 2):12-16, 2008.

Sertöz ÖÖ. Solunum sisteminin psikosomatik sorunları. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 1(2):91-98, 2008.

**Doç. Dr. Neşe Dursunođlu, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakóltesi , Göğüs Hastalıkları  
Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye**

## **SOLUNUM HASTALIKLARINDA YAŞAM KALİTESİ**

Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte sağlıkta başarılı adımlar atılmış ve hastalıkların tedavisinde mesafeler kat edilmiştir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Hastalıkların biyolojik yönden tedavisinde bu gelişmeler sağlanırken, hastaların psikososyal sorunları ile daha fazla ilgilenme zorunluluğu gündeme gelmiştir. Böylece hastaların yaşam kalitesi giderek daha fazla ilgi çeker bir duruma gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948'de, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu, sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır. Bireyin yaşamında kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğu, yaşam kalitesi olarak değerlendirilmektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini (SYK) bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur.

Nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma ve hırıltılı solunum gibi solunumsal semptomlar genel olarak toplumda oldukça yaygındır ve astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olmaksızın bile kişinin SYK'sını etkilemektedir (1). Her bir solunumsal semptom, yaşam kalitesini farklı şekilde etkileyebilir, her hastanın hayatını farklı bir şekilde kısıtlayabilir, nitekim bir çalışmada yaşam kalitesini en fazla etkileyen semptom "nefes darlığı" olarak bulunmuştur (2). Ayrıca yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin etkisi kişinin fiziksel, mali, sosyal, duygusal özelliklerine bağlı olarak ta değişmektedir (3).

Çeşitli toplum temelli ve klinik çalışmalarda astımlı olgularda, depresyon, sosyal fobi, panik bozuklukları ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik patolojilerin giderek artmakta olduğu bildirilmiştir (4). Astımlı olguda beraberinde majör depresyon da var ise, günlük aktivitelerde azalma, iş gücü kaybı ve verimsiz geçirilen günler daha sık görülmekte (5), ayrıca, hastaneye

yatırılan astım ve beraberinde depresyonu olan bireylerde, taburculuktan sonra astım ilaçlarına uyum daha az olmaktadır (6). Öte yandan, psikolojik stresin bir türü olan anksiyete de, astımın kontrolünü zorlaştırmakta, bu hastalar gereğinden fazla bronkodilatör kullanmakta, daha sık acil servis başvurusu yapmakta ve ilaç uyumları daha kötü olmaktadır (7,8). Aerobik egzersiz programları ile orta-ağır astımlı olgularda, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde artış, depresyon ve anksiyetede azalma, astım semptomlarında düzelme saptanmıştır (9).

KOAH olgularında fonksiyonel kapasitenin azalmasına bağlı olarak, anksiyete, panik atak, depresyon, endişe hali ve ölüm korkusu oldukça fazla görülmekte ve tüm bu psikolojik faktörler hastalıkla mücadele etme kapasitesini azaltmakta ve hastanın yaşam kalitesini daha da bozmaktadır. .Bu hastalarda, solunum güçlüğü ve periferik kas güçsüzlüğü nedeni ile günlük yaşam aktivitelerinin azalması ve bunun getirdiği sosyal izolasyon depresif duygulanıma yol açmaktadır. Depresif semptomları olan KOAH hastalarında hastaneye başvuru sıklığı artmakta, hastanede yatış süresi uzamakta, yaşam kalitesi azalmakta ve mortalitede artış olmaktadır (10). Bu nedenle KOAH'ta tedavi hedeflerimiz semptomların en aza indirilmesi, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Ayrıca, KOAH'lı olgularda, noktürnal hipoksemi, tekrarlayan uyku bölünmeleri, yüzeysel uyku ve ertesi sabah uyanamama korkusu gibi nedenlerle, uyku kalitesi de çok bozulmuştur, bunun sonucu olarak, bu hastalarda, ertesi sabah güne kötü başlama, nefes darlığı gibi semptomlarla başa çıkma yetisinde azalma, kendine güvenememe ve ölüm korkusu gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (11). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, kişinin kendi sağlık durumuna ilişkin algısının ölçülmesidir. Kronik solunum hastalıklarında yaşam kalitesi anketleri genellikle tedavi modalitelerinin etkinliğini ve klinik sonuçlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Klinik araştırmalarda kullanılan Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi-SİYK (Health Oriented QOL veya Health related QOL) anketleridir (12). Klinik araştırmaların amacına uygun olan sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçüm aracı belirlenirken, ölçüm aracının geçerli bir Türkçe çevriminin bulunup bulunmadığı da araştırılmalıdır. Yaşam kalitesi anketleri,



hazırladıkları ülkenin, kültürün ve dilin özelliklerini taşımaktadır. Anketin orijinalinden birebir çeviri ile kullanılması uygun değildir. Anketlerin dilden dile çevrilmesi işlemi yalnızca çeviriyi değil, kültürel uyum işlemlerini de gerektirmektedir. Anketleri hazırlayan kuruluşlar, diller arası çeviriler için belirli aşamaların gerçekleştirilmesi kuralını gözetmektedirler. Anketin çevirisi aşamaları, anketin hazırlandığı dilden (A dili) yeni dile (B dili) ileri çeviri B dilinden A diline geri çeviri, pilot uygulama ve geçerlilik çalışması gibi işlemleri içermektedir (13).

Kronik solunum yolu obstrüksiyonu olan hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek için çeşitli anketler kullanılmaktadır (14) (St.George Solunum Anketi (SGRQ), Kronik Solunum Hastalıkları Anketi, Astımla Yaşam Anketi, Astım Yaşam Kalitesi Anketi-AQLQ, Short Form-36 (SF-36), Airways Questionnaire 20, vb) (Tablo1) (15). KOAH'ta en sık kullanılan anket SGRQ'dur ve hastalığın birçok değişkeni ile uyumlu skorlar gösterir (Tablo 2). SGRQ'da en yüksek skor 100 olup ve en ağır hastalık durumunu gösterir iken; en düşük skor 0'dır ve en mükemmel sağlık durumunu gösterir (15). Astımlı hastalarda da sıklıkla, Astımla Yaşam Anketi, Astım Yaşam Kalitesi Anketi, Short Form-36 (SF-36), Airways Questionnaire 20 anketleri kullanılmaktadır. Astımda hastalığın şiddeti ile en iyi korelasyon gösteren SF-36 ve AQLQ anketleridir (15).

Akciğer kanserli olgularda psikolojik stres (%43.4) (16) ve depresyon özellikle ileri evrelerde oldukça yüksek bir orandadır ve bu psikolojik etkiler surviyi de azaltmaktadır (17). Akciğer kanserli olgularda yaşam kalitesini değerlendirmek için çeşitli anketler kullanılabilir (18): European Organisation for Research and Treatment of Cancer Core-30 Item Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-30), Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung Cancer (FACT-L), Lung Cancer Symptom Scale (LCSS), Symptom Distress Scale (SDS), vb.

SF-36 ve EORTC-QLQ-30 anketlerinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği alınmıştır. SGRQ, KOAH olgularında en sık olarak kullanılan klinik ölçüttür, kısa dönemde tekrarlanabilirliği ve güvenilirliği iyidir. Ayrıca bu hastalıktaki bozulma kriterlerinin çoğu ile anlamlı korelasyon

göstermektedir (14). KOAH dışında astım, solunum yetmezliği, bronşektazi ve restriktif akciğer hastalıklarında da kullanılabilir (15).

Kronik solunum sistemi hastalığı olan olgularda, farmakolojik tedavi yaklaşımlarının yanında, günümüzde klinik etkileri kanıtlanmış olan psikolojik destek ve rehabilitasyon programları da uygulanmalıdır.

## **KAYNAKLAR**

1. Voll-Aanerud M, Eagan TM, Plana E, Omenaas ER, Bakke PS, Svanes C, Siroux V, Pin I, Antó JM, Leynaert B. Respiratory symptoms in adults are related to impaired quality of life, regardless of asthma and COPD: results from the European community respiratory health survey. *Health Qual . Life Outcomes*. 2010 Sep 27; 8:107
2. Voll-Aanerud M, Eagan TM, Wentzel-Larsen T, Gulsvik A, Bakke PS. Changes in respiratory symptoms and health-related quality of life. *Chest*. 2007 Jun;131(6):1890-7. Epub 2007 May 15.
3. Jones PW. Activity limitation and quality of life in COPD. *COPD*. 2007 Sep;4(3):273-8.
4. Goodwin RD, Jacobi F, Thefeld W : Mental disorders and atshma in community. *Rch Gen Psychiatry* 2003; 60:1125-1308.
5. Stein MB, Cox BJ, Afifi TO et al: Does comorbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population based perspective. *Psychol Med* 2006; 36: 587-596
6. Smith A, Krishnan JA, Bilderback A et al: Depressive symptoms and adherence to asthma therapy after hospital discharge. *Chest* 2006;130:1034-1038
7. Cluley S, Cochrane GM: Psychological disorder in asthma is asociated with with poor control and poor adherence to inhaled steroids. *Respir Med* 2001;95: 37-39.

8. 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.
9. Mendes FA, Gonçalves RC, Nunes MP, Saraiva-Romanholo BM, Cukier A, Stelmach R, Jacob-Filho W, Martins MA, Carvalho CR Effects of aerobic training on psychosocial morbidity and symptoms in patients with asthma: a randomized clinical trial. Chest 2010 Aug;138(2):331-7. Epub 2010 Apr 2.
10. Bozbaş SS, Ulubay G. KOAH'ta sistemi bulgular. Solunum Sistemi ve Hastalıkları, İstanbul Tıp kitabevi 2010 cilt1, s: 683-692.
11. Shackell BS, Jones RC, Harding G, Pearse S, Campbell J. 'Am I going to see the next morning?' A qualitative study of patients' perspectives of sleep in COPD. Prim Care Respir J. 2007 Dec;16(6):378-83
12. Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p.33.
13. Cull A, Sprangers M, Bjordal K et al. EORTC Quality of Life Study Grup Translation Procedure, Brussels, ERTC, July 1998.
14. Yorgancıoğlu A. Kronik Solunum Hastalıklarında Yaşam Kalitesi. Pulmoner Rehabilitasyon. Aves yayıncılık, İstanbul, Toraks Kitapları Sayı 8: s: 66-83
15. Yorgancıoğlu A. Solunum Hastalıklarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Anketleri. Sağlıkta Birikim, Cilt 1 Sayı 2, s: 27-35
16. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psychooncology. 2001 Jan-Feb;10(1):19-28

17. Buccheri G. Depressive reactions to lung cancer are common and often followed by a poor outcome. Eur Respir J. 1998 Jan;11(1):173-8.

18. Griffin JP, Koch KA, Nelson JE, Cooley ME; American College of Chest Physicians Palliative care consultation, quality-of-life measurements, and bereavement for end-of-life care in patients with lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest. 2007 Sep;132(3 Suppl):404S-422S

**Tablo 1.** Solunum alanında kullanılan çeşitli anketler

	Soru sayısı	Süre(dk)	K kendisi/A anketör	Yazar
<b>GENEL ANKETLER</b>				
*Sickness Impact Profile (SIP)	136	25-30	K veya A	Bergner, 1976
*Nottingham Health Profile (NHP)	45	10-15	K veya A	Hunt,1981
*Short form-36(SF-36)	36	10-15	K veya A	Ware,1993
<b>HASTALIĞA ÖZEL ANKETLER</b>				
*Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	20	25-30	A	Guyatt, 1987
*St George Respiratory Questionnaire (SGRQ)	76	10-15	K	Jones, 1991
*Maugeri Foundation Respiratory Failure Questionnaire (MRF-28)	28	10	K	Carone,1999
*Living with asthma questionnaire	68	10-15	K	Hyland, 1991
*Asthma quality of life questionnaire (AQLQ)	32	5-10	K	Juniper, 1993
*Air index	63	10-15	K	Letrait, 1996

**Tablo 2.** KOAH'lı olgularda SGRQ skorlarının geçerlilik sonuçları (BHR: bronş hiperreaktivitesi, 6 MWT: 6 dakika yürüme testi, VO2 max: maksimum oksijen tüketimi, MRC: medical resource council)

ÖLÇÜM	R DEĞERİ
BHR	R:0.20
FEV1	R:0.14-0.41
PaO2	R:0.41-0.48
Egzersiz (6 MWT)	R:0.28-0.61
Egzersiz (VO2 max)	R:0.5
Depresyon	R:0.57-0.72
Anksiyete	R:0.40-0.57
Dispne (Borg)	R:0.53
Dispne (MRC)	R:0.46-0.70