

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Olguların Demografik Özellikleri

Bahar Ulubaş*, Canan Sezer**, Filiz Çimen**

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin

** Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi, Ankara

ÖZET

Çalışmamızın amacı 2000 yılı Haziran–Ağustos aylarında Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezinde yatarak tedavi olan KOAH tanısı almış 92 hastanın demografik özelliklerini incelemektir.

Olgularımızın 81'i erkek olup, yaş ortalaması 62,72±9,3 (30-81), 11 kadın olgunun ise yaş ortalaması 65,72±9,1(50-76) olarak saptandı. Hastaların % 70,6'sı sigara içiyordu. Ortalama içilen sigara miktarı 56,5±9,6 paket/yıl olarak bulundu. Hastalarımızın, %63'ünün ilköğretim, %5,6'sının lise eğitimi aldığı, yüksek okul mezunlarının %2,1 oranında olduğu ve %29,3'ünün okula hiç gitmediği saptandı. Hastaların kayıtlı oldukları sosyal güvenceler değerlendirildiğinde, %97,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu bulundu. Hastalarımızın ancak %61,9'u düzenli ilaç kullanıyordu. Son bir yılda olguların %47,8'i ortalama 1-3 kez akut atak nedeniyle hastaneye başvururken, bunların %86,9'u ortalama 1-3 kez hastaneye yatırılmıştı. Yaşam koşulları açısından değerlendirildiğinde, %39,1'inin apartmanda, %60,8'inin diğer tip konutlarda (kerpiç, gecekond) oturduğu, en sık kullanılan ısınma aracının soba olduğu öğrenildi. Aynı evde yaşayan birey sayısının ise ortalama 1-3 kişi olduğu bulundu.

Sonuç olarak; yapılan değerlendirmede, hastalarımızın hastalıkları konusunda çok duyarlı olmadıkları saptandı. Bu sonuç hastaların eğitim düzeylerinin yetersizliği ile açıklanabilir.

Akciğer Arşivi: 2003; 4: 27-30

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, sosyoekonomik durum, demografik özellikler.

SUMMARY

Demographic Characteristics of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease

The aim of the study to interview with 92 chronic obstructive pulmonary disease patients, diagnosed in Atatürk Chest Disease and Surgery Centre between June-August 2000, with respect to their demographic characteristics.

Of the cases, 81 were men with mean age of 62,72±9,3 (30-81) and 11 were women with mean age of 65,72±9,1(50-76). Seventy point six percent of patients were current smoker and average number was 56,5±9,6 pack-year. Of the 92 patients, 63% were graduated from primary school, 5,6% of high school, 2,1% of university, 29,3% of the patients was not graduated from any school. When patients were evaluated about registered social insurance programs, of the cases, 97,7% had registered social insurance programs. In our study group, only 61,9% patients were taken regularly medication. 47,8% of the patients admitted to hospital and 86,9% of these people was hospitalised at least 1-3 time in this year. When they were evaluated about life condition, of the 39,1% patients were living in flat 60,8% were others (shanty, adobe home) and stove was the most frequently using tool for the warm up. The average numbers of the people living in the same house were 1-3.

As a result of evaluation of the data, we found that they were not pay attention about their health. This result may be explain with either patients insufficient educational levels or ignorant their health problem.

Archives of Pulmonary: 2003; 4: 27-30

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, socioeconomic status, demographic characteristics.

Giriş

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), zararlı gaz ve partiküllerin neden olduğu, ilerleyici kısımlen geriye dönebilen hava yolu obstrüksiyonu

olarak tanımlanmaktadır (1). Tüm dünyada mortalite nedenleri arasında 4. sırada olup, giderek artan önemli bir morbidite nedenidir. Hastalığın etyolojisinde bilinen en önemli faktör sigaradır. Bunun dışında mesleki maruziyet, ev içi ve ev dışı hava kirliliği ve sosyo-ekonomik durum hastalığın ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (2,3).

Yaşam standartı düşük olanlarda pulmoner fonksiyonların düşük olduğu, bununla ilişkili olarak

Yazışma Adresi: Dr Bahar ULUBAŞ
Cumhuriyet Mah. Koy-Tür (2) Sitesi, B (2) Blok, Daire (4),
33320 D.Tepe, Mersin Tel: 0324 337 43 00/ 1121
Fax: 0324 337 43 05, e-mail: baharulubas@mersin.edu.tr

hastalığın mortalite ve morbiditesinin yükseldiği belirtilmektedir. Ayrıca sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan ailelerin çocukları düşük doğum ağırlıklı doğmakta, gelişmeleri de geri kalmaktadır. Bu daha sonraki dönemlerde solunum fonksiyon testlerinde (SFT) ölçülebilir düzeyde düşmeye neden olmaktadır (4,5).

Yapılan çalışmalarda sigara içmeyen, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ve düşük olan hastaların 1.saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm değerleri (FEV₁) arasında yaklaşık 400 ml fark saptanmıştır (6). Bu sonuç sosyo-ekonomik durumun pulmoner fonksiyonları etkilediğinin bir göstergesidir.

KOAH tanısı almış hastalarda uygun olmayan yaşam koşulları sık tekrarlayan ataklara ve hastalığın hızlı progresyonuna neden olabilmektedir (6).

Çalışmamızın amacı hastanede yatarak tedavi gören KOAH tanısı almış hastaların demografik özelliklerini araştırarak hastalığın kontrolünü olumsuz yönde etkileyebilecek faktörleri belirlemektir.

Materyal ve Metod

Çalışmamıza Haziran-Ağustos 2000 tarihleri arasında Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi'nde KOAH tanısıyla yatarak tedavi olan 92 hasta alındı. KOAH tanısı Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) önerilerine göre; solunum fonksiyon testinde FEV₁/FVC<70% olup, bronkodilatör uygulamasından sonra FEV₁<80% olan hastalara kondu (1). Ayrıca hastalara yaş, sigara, meslek, gelir, eğitim, sosyal güvence, hastaneye yatmadan önce kullandıkları ilaçlar, tedaviye uyumları, ilaçların sağlanması, ve ilaçlarının etkisi ve kullanımları hakkındaki bilgileri, yaşadıkları evler ve aynı evde yaşayan kişi sayısı kişisel görüşme yoluyla soruldu. Ayrıca hasta kayıtlarından SFT değerleri, son 1 yılda akut atak nedeniyle hastaneye başvuru ve hastaneye yatış sıklığı alınarak tüm veriler değerlendirildi. Ortalama değerlerindeki standart sapmalar Standart Deviation (SD)'ye göre hesaplandı.

Bulgular

Olgularımızın %88'i erkek olup, yaş ortalaması 62.72 ± 9.3 (30-81) yıl, kadınlarda ise 65,72 ± 9,1 (50-76) olarak bulundu. Solunum fonksiyon testi parametrelerinin değerlendirilmesinde ise

FEV₁=%66.68±14.98, FEV₁//FVC=%59,04±10,61, FEF₂₅₋₇₅%= 25.5±10.6 olarak saptandı. Olguların %70,6'sı sigara içiyordu ve ortalama sigara tüketimleri 56,5±9,6 paket/yıldı.

Çalışmaya alınan hastaların eğitim durumları değerlendirildiğinde; %29,3'ünün okula hiç gitmediği, %63'ünün ise ilköğretim eğitimi aldığı, %5,6'sının lise eğitimi aldığı yükseköğretim mezunlarının ise ancak %2,1 olduğu saptandı. Hastalar gelir düzeylerine göre değerlendirildiğinde %71.7'si sabit geliri olup, %97,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu saptandı. Sosyal güvenceleri sıklık sırasına göre Bağ-Kur (%28,2), Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK) (%27,1), Yeşilkart (%26), Emekli Sandığı (%16,3) saptandı. Hastalarımızın %61,9'u düzenli ilaç kullanmaktaydı.

Olguların %6,5'inin son bir yılda hastaneye hiç başvurmadan, yarısına yakınının (%47,8) yılda 1-3 kez başvurduğu, başvuran olgularında %86,9'unun yine yılda 1-3 kez hastaneye yatırıldığı öğrenildi.

Tartışma

KOAH'ın etyolojisinde ve doğal gidişinde bilinen en önemli faktör sigara olmakla birlikte sosyo-ekonomik faktörler, yoksulluk, iç ve dış ortam hava kirliliği, beslenme ve tekrarlayan enfeksiyonlar da etkili olmaktadır. Sosyo-ekonomik fark sigaradan bağımsız olarak KOAH'lı hastalarda hastaneye yatış sıklığını 3 kat artırmaktadır. Ayrıca bu hastalarda mortalitenin de daha yüksek olduğu gösterilmiştir (6).

Çalışmamızda olguların demografik özellikleri değerlendirilirken gelir düzeylerine ait bilgiler, bu tip sorulara hastalar tarafından genellikle doğru yanıt verilmediğinden doğrudan sorulmadı. Sorular hastaların, sigaraya karşı tutumları, yaşam koşullarını, eğitim durumları, sosyal güvenceleri, kullandıkları tedaviler, son 1 yılda akut atak nedeniyle hastaneye başvuru ve yatış sayısı ile ilgiliydi. Bu bilgiler hastaların tedaviye uyumunu ve KOAH'ın kontrolünü değerlendirmek açısından önemliydi.

Yapılan değerlendirme sonunda saptanan hastalarımız arasındaki cins dağılımındaki eşitsizlik hastalığın genel dağılımında da görülmektedir. KOAH'ın erkeklerdeki prevalansı sigara kullanımı hariç tutulsa bile, kadınlardan daha yüksektir (7).

Mormot, çalışmasında sosyo-ekonomik düzey ile sigara kullanımı ve solunum sistemi hastalıkları ara-

sında ilişki olduğunu göstermiştir(6). Çalışma grubumuzda hastaların büyük kısmı sigara içmeye devam etmekteydi ve içilen miktar ortalama 56,5±9,6 paket-yıldı. Olgularımızın çoğunluğunun erkek olması bu sonucun ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. KOAH'lı hastaların tedavisinde ilk ve en önemli basamak sigaranın bırakılması olup, bunun dışında hiçbir tedavi yöntemi hastalığın doğal gidişini etkilemediği düşünülürse hastaların sigara konusunda yeteri kadar bilgilendirilmediği, uyarılmadığını yada istekli olmadıkları düşünülebilir.

Olgularımız gelirleri açısından değerlendirildiğinde %82,6'sının aktif olarak çalışmadığı saptandı (emekli yada işsiz). Yaş ortalaması göz önüne alındığında bu beklenen bir sonuç olmakla birlikte kronik hastalığın kısıtlayıcı etkisi ya da hastaların performanslarının düşük olması da etkili olabilir.

Hastalarımızın %28,2'sinin ise sabit geliri yoktu. Bu gruptaki hastaların geçimleri genellikle yakınları tarafından sağlanıyor yada geçici işlerde çalışıyorlardı. Bu nedenle sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olması beklenmekteydi. Sabit geliri olanların çoğu ise daha çok sosyal güvenceleri nedeniyle emeklilik hakkı kazanmış olanlardı. Hastalara aylık net gelirleri hakkında sorular, verilen cevapların doğruluğu tam olmadığından sorulmadı.

Hastaların belirli bir sosyal güvencelerinin olması ücretsiz muayene, hastane giderleri, ve ayaktan tedavi giderlerinin (yeşil kartlı hastalar dışında) karşılanması anlamına geldiğinden hastaların düzenli doktor kontrolü ve tedaviye uyumları açısından oldukça önemliydi. Bu nedenle hastalar sosyal güvenceleri açısından değerlendirildiğinde; Bağ-kur'lu, SSK'lı ve Yeşil kartlı hastalar birbirine yakın sayılarda iken, bunu Emekli Sandığı takip etmekteydi.

Hastaların düzenli tedavi alıp almadığı araştırıldığında ise, ancak olguların %61,9'unun tedaviye uyumlu olduğu bulundu ve bu oran sosyal güvencesi tarafından ilaçları karşılanan toplam hasta oranının (%71,7) altındaydı. Bu sonuç hastaların tedaviye uyumunda tek faktörün ilaç giderlerinin sosyal güvenceleri tarafından sağlanması olmadığını ve hastaların çeşitli nedenlerle bu imkanlarını kullanmadıklarını göstermekteydi.

Hastalar ilaç kullanımları açısından değerlendirildiğinde %38'inin bu ilaçların etkinliği, kullanım şekilleri ve tedavi süreleri hakkında sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmediği ortaya çıktı. Kronik hastalıklarda tedaviye uyumda en önemli faktörlerden

biri hasta-hekim işbirliğidir. Yeterli iletişim kurulmadığında hastaların tedaviye uyumu az olabilmektedir. Kömürçüoğlu çalışmasında, KOAH'lı hastaların sosyoekonomik koşulları, ilaç kullanım öyküleri, son bir yılda acile başvuru sıklıkları ile hastaların SFT değerleri ve depresyon sıklığı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışma grubundaki hastaların %78'inin sosyal güvenceleri olmasına rağmen, %43,8'inin düzenli ilaç kullanmadıkları saptanmıştır (8).

Bizim çalışma grubumuzda da sosyal güvencesi tarafından ilaçları sağlanmasına rağmen %36,9 oranında hastalar düzenli tedavi almamaktaydı. Bunun nedenlerinden biri sağlık kurumlarındaki her aşamada görülen yoğunluk olmasına rağmen, tedavinin önemini yeteri kadar vurgulanmamış olması da bir başka neden olabilir.

Eğitim düzeyi ve buna bağlı olarak meslek seçimi ile birlikte, yaşam standartlarının belirlenmesi ve solunum sistemi hastalıklarının ortaya çıkması birbirleriyle ilişkilidir (3).

Hastalarımızın eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde, yarısından fazlasının ilköğretim eğitimi aldığı, %28,3'ünün okula hiç gitmediği saptandı. Bu sonuçlar hastaların hem önceki meslek seçimlerinde, buna bağlı olarak gelir düzeylerinde hem de tedaviye uyumlarında etkili olmaktadır.

KOAH'lı hastalarda akut ataklardan ve hastalığın ilerlemesinden sorumlu tutulabilecek bir diğer faktör ev içi yaşam koşullarıdır. Viegı, yaptığı çalışmada uygun olmayan ev koşullarının ev tozlarının artmasına, ayrıca kullanılan yakıt türünün, özellikle soba kullanımının da hastalığın ilerlemesine neden olduğunu ifade etmiştir (9). Hastalarımızın çoğu gecekondu ve diğer (tek katlı, ahşap ve kerpiç vs) gibi konut tiplerinde oturmaktaydılar. Bu olgularda en sık ısınma aracı olarak ekonomik olması nedeniyle soba (%83,9) kullanıldığı saptandı. Isınma ve pişirme amacıyla kullanılan bu katı yakıtların ev içi hava kirliliğinin önemli nedeni olduğu ve hastalığın doğal gidişini hızlandırdığı bilinmektedir(10). Bu sonuçlar bizim hastalarımızın da olası ev içi hava kirliliği ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir.

Aynı evde yaşayan birey sayısı yaşam standardını doğrudan etkilemektedir. Hastalarımızın %66,3'ü aynı evde 1-3 kişi kalmaktaydı. Kalabalık yaşanan ortamlarda tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları akut atak için oldukça önemli nedenlerdendir. Ancak hastalarımız böyle bir olumsuzluk yaşamamaktaydı.

Hastalarımızın akut atak sıklığı açısından değerlendirildiğinde son 1 yılda 1-3 kez (%47,8) hastaneye başvurdıkları ve bu olguların tamamına yakınının aynı sıklıkta hastaneye yatırıldıkları tespit edildi. Sigara kullanımı, yaşam koşulları ve hastaların tedaviye uyumları göz önüne alındığında bu beklenen bir sonuçtu.

Sonuç olarak; KOAH'lı olgularımızın demografik özellikleri yaşam koşulları, sosyal güvenceleri, tedaviye yaklaşımları değerlendirildiğinde sağlıkları ile ilgili çok duyarlı olmadıkları görüldü. Bu sonuçlar da eğitim düzeyinin düşük olmasının öncelikle etkili olduğunu düşünmekteyiz. Bu hastaların hastalıkları, sigaranın etkileri ve tedavileri hakkında daha fazla bilgilendirilmesinin önemli olduğu kanısındayız.

Kaynaklar

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Nationale Heart, Lung, and Blood Institute Workshop report April 2001; 21-3.
2. Piquette CA, Rennard S, Snider G. Chronic Bronchitis and Emphysema. Respiratory Medicine. In: Murray J, Nadel J (eds), 3th ed , Philadelphia:WB Saunders Company 2000:1199-201.
3. Sherril D, Lebowitz M, Burrows B. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. Clin Chest Med 1990;11:375-87.
4. Stebbings JHJ. Chronic respiratory disease among non-smokers in Hagerstown, Maryland. Envir Res 1971;4:213-32.
5. Prescott E, Lange P, Vestbo J. Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: results from the Copenhagen City. Heart Study. Eur Respir J 1999;13(5):1109-14.
6. Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. BMJ 1996; 313:1177-80.
7. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. Soc Sci Med 1997; 44: 773-87.
8. Kömürçüoğlu B, Balıoğlu M, Öztuna I, Büyüksirin M, Işık E, Perim K. KOAH'lı erkek olgularda depresyon. Toraks Dergisi 2000; 1 (3): 31-4.
9. Viegi G, Paoletti P, Carrozzi L, et al. Effects of home environment on respiratory symptoms and lung function in a general population sample in north Italy. Eur Respir J 1991;4(5):580-6.
10. Smith KR. National burden of disease in India from indoor air pollution. Proc Nati Acad Sci (USA) 2000; 97: 86-93.