

Noninvaziv Mekanik Ventilasyon ve Yaşam Kalitesi

Dr. Bilge Banu TAŞDEMİR, Dr. İbrahim KURT

YAŞAM KALİTESİ

Kaliteli yaşam, kişinin temel ihtiyaçlarını karşıladığı; ruhsal, zihinsel ve kültürel gelişmesi için uygun olanaklara kavuştuğu yaşamdır. Yaşam kalitesi kısaca, kişinin yaşadığı hayattan memnun olmasıdır.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kuruluş anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. DSÖ; sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Daha sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsinde bu bileşenler yer almaktadır (1). Yaşam kalitesinin kişinin sağlığı dışında işi, ekonomik durumu, ailesi, sosyal çevresi gibi birçok faktörle ilişkili olması nedeniyle, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi daha spesifik bir terimdir ve tercih edilmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin sağlık açısından, özgül, fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu ifade eder ve hastalığın yaşam kalitesinde yol açmış olabileceği kayıpları belirlemekte yardımcıdır (2).

Yaşam süresinin uzaması ve yeni tedavilerin uygulanmaya başlanmasıyla, sağlık hizmetlerinin ölçümünde geleneksel nesnel göstergelere ek olarak yaşam kalitesi kullanılmaya başlanmıştır. Bir klinik uygulamanın ya da tedavinin başarısı veya başarısızlığı, o hastanın yaşam kalitesine yaptığı olumlu veya olumsuz gelişmelerle değerlendirilir. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, kişinin yaşamdan beklentileri ile elde edebildikleri arasındaki fark olarak tanımlanabilir (3). Bununla beraber hasta bildirim sonuçları hiçbir zaman geleneksel sağlık göstergelerinin bir alternatifi olmamalı ancak başarının değerlendirilmesinde bir tamamlayıcı ölçüt olarak kabul edilmelidir.

Yaşam kalitesi anketleri, hastaların hissettiklerini, hastalığın günlük yaşam üzerindeki etkilerini kendi görüş açısı ile yansıtan subjektif değerlendirme yöntemleridir. Yaşam kalitesi anketlerinin kullanımında amaç; bireyleri birbirlerinden ayırabilen özelliklerin, hastalığın prognozunun, belli zaman dilimi içinde oluşan değişikliklerin belirlenmesidir. Hekim tarafından yapılan fizyolojik değerlendirme

kaçınılmazdır, zamanla NİMV ile solunum desteği hastane dışında da yapılabilir olmuş ve evde bakımın bir parçası haline gelmiştir. Aslında hastanede başlayan solunum desteğinin sonlandırılmaması nedeniyle hastanın sosyal ve psikolojik durumu göz önüne alınarak desteğin evde devam ettirilmesidir. Evde kronik kullanımı için hastaları seçerken solunum yetersizliğinin etyolojisi, dönemi ve hastanın NİMV’u kullanma isteği önemlidir. NİMV kullanımındaki artışla birlikte yöntem hakkındaki bilgi birikimi ve tecrübeler de artmıştır.

NİMV’in sık kullanıldığı yerlerden biri de Obstrüktif uyku apnesi sendromu (OSAS) olup, düzenli ve çoğunlukla ömür boyu sürecek bir tedaviyi gerektirir. OSAS’lı hastalarda geceleri olan uyku bölünmeleri, gündüz aşırı uykululuk haline neden olacaktır. Bu durum yaşam kalitesinde bozulma, anksiyete ve depresyon gelişmesi ile sonuçlanabilir (20).

Farklı nedenlere bağlı ASY’de NİMV yaygın olarak kullanılmasına rağmen, her zaman başarılı olamamaktadır. NİMV KOAH akut atağında invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacını, mortaliteyi ve hastanede kalış süresini azaltmaktadır (21). Yine nöromüsküler hastalık ve göğüs duvarı bozuklukları olanlarda NİMV tercih edilse de özellikle nöromüsküler hastalıklarda bulber fonksiyonlar etkilenmişse trakeotomi ile invaziv mekanik ventilasyon bir süre sonra gerekli olacaktır.

Kronik solunum yetmezliği olan invaziv mekanik ventilatörde takip edilen hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine bakılan bir çalışmada restriktif hava yolu hastalığı olanlarda KOAH ve nöromüsküler hastalığı olanlara kıyasla yaşam kalitesi skorları daha iyi raporlanmıştır (22).

KOAH’lı hastalarda dispne, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasında güçlü bir bağ vardır (23). Psikolojik komorbidite alevlenmeleri, hastaneye yatışları ve mortalitenin sıklığını artırır. Yoğun bakım ünitesinde yatma, fiziksel ve psikolojik sonuçlarıyla ek bir travmayı temsil eder. Travma sonrası stres bozukluğu KOAH’lı hastalarda daha sıktır. Psikolojik belirtilerin iyileştirilmesi yaşam kalitesini artırma ya katkıda bulunur (24). Tedavide hastalığa yönelik ilaçların yanında psikoterapötik yaklaşımların uygulanması önerilir.

Solunum sistemi hastalıklarında akut dönemde yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde hastanede kalma süreleri önemliyken, yaşam kalitesi değerlendirme anketleri kronik dönemde ve evde takip edilen hastalarda önemli hale gelmiştir. Klinik pratiğimizde özellikle kronik hastalıklarda bu anketlerin katkısıyla hastaların yaşamlarının daha iyi yönlendirilebileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality-of-life Outcomes. N Engl J Med. 1996; 334: 835-40.
2. Jones PW, Carone M. Health status quality of life. Eur Respir Mon. 2000; 13: 22-35.

3. Eser E, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. Türk Nöroloji Dergisi. 2014; 20: Özel Sayı 1: 1-4.
4. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. Why quality of life measures should be used in the treatment of patients with respiratory illness. *Monaldi Arch Chest Dis.* 1994; 49: 79-82.
5. Ubel PA, Loewenstein G, Jepson C. Whose quality of life? A commentary exploring discrepancies between health state evaluations of patients and the general public. *Qual Life Res.* 2003; 12: 599-607.
6. Polatlı M, Yorgancıoğlu A, Aydemir Ö ve ark. St. George solunum anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi.* 2013; 61: 81-7.
7. Yorgancıoğlu A, Polatlı M, Aydemir Ö ve ark. KOAH değerlendirme testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, *Tüberküloz Toraks Dergisi.* 2012; 60: 314-20.
8. Clini E, Sturani C, Rossi A, et al. Rehabilitation and Chronic Care Study Group, Italian Association of Hospital Pulmonologists (AIPO). The Italian multicentre study on noninvasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J.* 2002; 20: 529-38.
9. McEvoy RD, Pierce RJ, Hillman D, et al. Nocturnal noninvasive nasal ventilation in stable hypercapnic COPD: a randomised controlled trial. *Thorax.* 2009; 64: 561-6.
10. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest.* 2005; 127: 1205-11.
11. Baştürk M, Eşel E. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Olanlarda Mental Bozukluklar. *Erciyes Tıp Dergisi.* 1993; 15: 307-15.
12. Ong KC, Earnest A, Lu SJ. A multidimensional grading system (BODE index) as predictor of hospitalization for COPD. *Chest.* 2005; 128: 3810-6.
13. Celli B, Cote C, Marin J, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in COPD. *N Engl J Med.* 2004; 350: 1005-12.
14. de Torres JP, Casanova C, Marin JM, et al. Prognostic evaluation of COPD patients: GOLD 2011 versus BODE and the COPD comorbidity index COTE. *Thorax.* 2014; 69: 799-804.
15. Sarioglu N, Alpaydin AO, Coskun AS, et al. Relationship between BODE index, quality of life and inflammatory cytokines in COPD patients. *Multidiscip Respir Med.* 2010; 5: 84-91.
16. Araujo ZT, Holanda G. Does the BODE index correlate with quality of life in patients with COPD? *J Bras Pneumol.* 2010; 36: 447-52.
17. Hill NS. Complications of noninvasive positive pressure ventilation. *Respir Care.* 1997; 42: 432-42.
18. Janssens JP, Derivaz S, Breitenstein E, et al. Changing patterns in long-term noninvasive ventilation. *Chest.* 2003; 123: 67-79.
19. Lloyd-Owen SJ, Donaldson GC, Ambrosino N, et al. Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: Results from the Eurovent survey. *Eur Respir J.* 2005; 25: 1025-31.

20. Sahbaz S, Itil O, Inonu H, et al. Quality of life, frequency of anxiety and depression in obstructive sleep apnea syndrome. *Tur Toraks Der.* 2008; 9: 141-5.
21. British Thoracic Society Standards of Care Committee. Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Thorax.* 2002; 57: 192-211.
22. Euteneuer S, Windisch W, Suchi S, et al. Health-related quality of life in patients with chronic respiratory failure after long-term mechanical ventilation. *Respir Med.* 2006; 100: 477-86.
23. Kaplan İ. Yarı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yeti yitimi ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1995; 6: 169-79.
24. Hamidfar-Roy R, Potton L. Psychological profile and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients after intensive care unit stay. *Reanimation.* 2014; 23: 511-6.