

KOAH Tedavisinde Sigaranın Bıraktırılması

Role of Smoking Cessation in COPD Treatment

Dr. Mehmet KARADAĞ

Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bursa

ÖZET

Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) dünya genelinde mortalite ve morbiditeye yol açan majör sağlık problemlerinden biridir. KOAH genelde sigara içimine bağlı olarak ortaya çıkan hava yollarında anormal inflamasyon ve akciğer fonksiyonlarında progresif azalma ile karakterizedir. Sigara bırakma KOAH'tan korunmada ve tanı almış olanlarda progresyon hızını azaltmada en etkin yöntemdir. Ayrıca sigara bırakmanın KOAH hastalarında akciğer fonksiyon azalma hızını sigara içmeyenlerle eşdeğer seviyeye indirdiği, tüm ulusal ve uluslararası tedavi protokollerinde köşe taşı olduğu kanıtlanmıştır.

Türkiye'de yapılan çalışmalara göre, sigara içmeme, alevlenmeyi önlemek amacıyla en sık önerilen (%88.3) ve uygulanan (%67.9) ilaç-dışı koruyucu yaklaşımdır. Hastaların çoğunluğu KOAH'ın kronik bir hastalık olduğunun (%63.4), sürekli tedavi gerektirdiğinin (%79.7) ve temel nedenin sigara içme olduğunun (%63.5) bilincindedir.

Tüm sağlık çalışanlarının, sigarayı bırakmak isteyen içicilerin motivasyon seviyelerine odaklanmaları önerilmektedir. Ancak kendi kendine bırakma ve yalnızca bilgi vererek bıraktırma eğitimleri bu açıdan yetersizdir ve genellikle hastanın kendi kendine başarabilme yetisini gösterir motivasyonel dialoglar ve ucu açık sorular içermemektedir.

Optimal bir sigara bıraktırma merkezinin sahip olması gereken şartlar şunlardır; tüm içicilerin ulaşabileceği erken müdahale imkanı, sigarayla ilgili durumunu güvenle açıklamaya teşvik, kombine psikososyal ve farmakolojik destek, spirometre ile karşılaştırma, hastaların sağlık inançlarına ve motivasyonlarına uygun sağlık hedefi mesajları, yeni bırakanlara ve mücadele edenlere destek, hizmet verenlerin başarısını gösteren düzenli değerlendirmelerin sağlanması.

Anahtar Kelimeler: Sigara bıraktırma, KOAH'tan korunma, KOAH tedavisi.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence

Prof. Dr. Mehmet KARADAĞ
Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bursa
e-posta: m.karadag@gmail.com

SUMMARY

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a major health problem causing morbidity and mortality worldwide. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is characterized by progressive lung function decline and an abnormal inflammatory response in the airways, mainly caused by cigarette smoke. Smoking cessation is the most effective means of preventing COPD and reducing the rate of progression in those with this diagnosis. Indeed, it has long been established that smoking cessation reduces the rate of decline in lung function in individuals with COPD to that of a non-smoker, and it forms the cornerstone of management in all major national and international guidelines.

Studies done in Turkey shows that quitting smoking was the most commonly recommended (88.3%) and implemented (67.9%) non-drug protective approach aimed at decreasing the frequency of exacerbations. Majority of the patients were aware of COPD as a chronic disease (63.4%), requiring ongoing treatment (79.7%), mainly caused by smoking (63.5%).

It's recommended that health professionals should focus on the motivational level among smokers wishing to quit. In addition, the majority of the self-management education and support for stopping smoking was given through information, generally not with motivational dialogue and open-ended questions that focus on a patient's abilities to self-manage their situation.

An optimal smoking cessation services should include: a universal early intervention to reach all smokers; encouragement to report smoking status honestly; combined psychosocial and pharmacological support; confrontation with spirometry; targeted health messaging, segmented by patient health beliefs and motivations; support for struggling and recent quitters; regular appraisal and monitoring of staff delivering services.

Key Words: Smoking cessation, preventing COPD, COPD treatment.

KOAH VE SİGARA

Gelişmiş ülkelerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'nın en önemli nedeni sigara içimidir ve sigara içenlerin %50'sinden fazlasında KOAH gelişmektedir⁽¹⁾. Sigara bağımlılığı, sadece KOAH'a neden olması açısından değil tüm dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alması açısından da çok önemli bir sorundur. Tütün salgınına bağlı olarak 20. yüzyılda 10 milyon kişi ölmüştür. Ancak 2000'li yıllar geçmişten gelen risk yüküyle zirve yapmış ve artık her yıl 5,4 milyon kişi ölmektedir. Acil önlem alınmadığı takdirde, 2030 yılına gelindiğinde her yıl 8 milyondan fazla ölüm olacağı, %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı ve 21. yüzyıl boyunca bir milyar kişinin öleceği Dünya Sağlık Örgütü tarafından tahmin edilmektedir⁽²⁾.

Toplumda KOAH hastalarının çoğuna tanı konulamamış olması ve tanı almış hastaların çoğunun da kılavuzlara uygun tedavi edilemiyor olması önemli bir halk sağlığı sorunudur⁽³⁾. Ülkemizde yapılan bir kesitsel gözlem çalışmasında; KOAH'ın günlük yaşam aktivitelerine etkilerini araştırmaya yönelik bir araştırma yapılmış ve KOAH'ın yaşlı hastalarda görüldüğü izlenimine ters olarak, genç hasta oranının düşünüleninden daha yüksek olduğu, Türkiye'deki 45-65 yaş aralığında olan KOAH hastalarının oranının %59 olarak tespit edildiği ve bu

hastaların %63.5'inin temel nedenin sigara içme olduğunun bilincinde olduğu tespit edilmiştir⁽⁴⁾.

KOAH'lı hastaların yaşam şekilleri ve hastalığın seyri ile ilgili araştırmaların çoğunda sigara içenler arasında tanı konmamış KOAH'luların varlığı dikkati çekmektedir. Sigara içenlerin birer KOAH adayı olarak görülmesi ve KOAH'ın ilerlemesini önleyen etkili yöntemin sigaranın bırakılması olması, KOAH ve sigara ilişkisini çok önemli bir konuma getirmektedir. KOAH'ın önlenmesinde ve KOAH tanısı almış hastalarda hastalığın progresyonunun önlenmesinde en etkili yöntem sigaranın bırakılmasıdır⁽⁵⁾. Ulusal ve uluslararası rehberlerdeki verilere göre, sigara bırakma tedavisi ile KOAH hastalarında solunum fonksiyonlarındaki azalma hızı, sigara içmeyenlerin fizyolojik olarak beklenen solunum fonksiyonlarındaki azalma hızına eşit hale gelebilmektedir⁽⁶⁾.

KOAH tedavisinde sigara mücadelesi çok önceliklidir. Sigaranın bırakılması hafif ve orta şiddetteki KOAH hastalarında hastalığın seyrini değiştirirken, şiddetli KOAH hastalarında sigaranın bırakılması, hastalığın kliniğinin seyrinin değişmesine daha az etkili olmaktadır⁽⁷⁾. Bu nedenle mümkün olduğunca erken dönemde sigara bırakma tedavisinin etkin bir şekilde uygulanmasına ihtiyaç vardır.

Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda, KOAH hastalarında sigara içme alışkanlığı yaygınlığı hakkındaki bilgilerin çok sağlıklı olmadığını gösteren veriler elde edilmiştir. Finlandiya'da spirometre kullanımı ve sigara alışkanlığını kayıt ve takip eden bir çalışmada, hastaların eğitimi ve sağlıklı iletişimin geliştirilmesi sonucunda, solunum sistemi semptomu ile doktora müracaat eden hastalar arasında 1997 ve 2002 yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler saptanmıştır. KOAH hastalarında 1997 kayıtlarında sigara alışkanlığı %45 olarak görülürken, bu oranın 2002 yılında %84.3'e yükseldiği görülmüştür⁽⁸⁾.

Bu veriler sigara bıraktırma tedavisinin sadece takipte olan KOAH hastalarında uygulamanın yeterli olmadığını ve toplumsal tütün mücadelesinin başarısı oranında KOAH mücadelesinde de başarı sağlanacağını düşündürmektedir.

SİGARA BIRAKTIRMA TEDAVİLERİ

Bu önemli halk sağlığı sorununa çözüm bulmak ve toplumda tütün kontrolü için Temmuz 2008'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Direktörü tarafından, tüm dünya ülkelerine GÜÇLENDİRME, M-POWER yaklaşımlar bütününe uygun önlemler alması önerilmiştir⁽⁹⁾. M-POWER programında;

- M** (Monitör) Tütün kullanımını ve önleme politikalarını İZLE.
- P** (Protect) Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerini ÖNLE.
- O** (Offer) Sigarayı bırakmak isteyenlere YARDIM ET.
- W** (Warn) Bireyleri sigaranın zararları ile ilgili UYAR.
- E** (Enforce bans) Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakları UYGULA.
- R** (Raise taxes) Tütüne uygulanan vergi miktarını ARTIR.

Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesinin yöntemleri belirlenirken; WHO sigara bıraktırma tedavisinde beş majör basamak (5A) uygulaması önermektedir⁽¹⁰⁾. İngilizce A harfi ile başlayan beş basamak (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange) yaygın kabul görmektedir. Ülkemizde 5A metodu bazı merkezlerde tercüme edilerek 5Ö metodu (Öğren, Öner, Ölç, Önderlik Et, Önle) olarak tanımlanmaktadır.

1. Sor, Öğren (Ask),
2. Bırakmasını Öner (Advice),
3. İlk bir ay içindeki sigarayı bırakma isteğini Ölç, değerlendir (Assess),
4. Tedaviyi planla, yardım ve Önderlik Et (Assist),
5. Nüksü Önlemek için izle (Arrange).

Tütün mücadelesinde ilk iki basamak, hekimlerin karşılaştığı tüm hastalara sigara içip içmediğini sorması ve sigara içenlerin tümüne istisnasız sigarayı bırakmasını önermesidir. Önerinin etkili yapılabilmesi için, hekimin bu konuda kararlı ve etkileyici bir yöntem uygulaması gereklidir. Hastaların ikna olması, sigaradan kurtulmaları için olmazsa olmaz bir şarttır. Özellikle solunum semptomları olan, dispnesi olan hastalarda spirometri sonuçlarını değerlendirerek öneride bulunmak daha etkili olmaktadır. Hastalara KOAH tanısını söylemek yerine akciğerlerinin yaşını söylemenin sigarayı bırakmalarında daha etkili olduğu görülmüştür⁽¹¹⁾.

Sigara bırakması konusunda öneride bulunduğumuz kişilerin ilk bir ay içindeki sigarayı bırakma isteğini ölçerken, DSÖ tarafından yapılan değerlendirmede, sigara içenlerin bırakma isteği açısından dört değişik grupta ele alındığı görülmektedir;

- Bırakmak istemiyor,
- Bırakmak istiyor ama yakın dönemde değil,
- Bırakmayı düşünüyor (en geç bir ay içinde),
- Bırakmaya kararlı (bırakmayı daha önce denemiş olabilir).

Sigara bıraktırma tedavisi yapan hekimler, başarılı bir sonuç almak için, öncelikle sigara bağımlısının bırakma isteğini değerlendirmelidir. Bu değerlendirme yapılmadan uygulanan tedavilerin başarı şansı düşmektedir. Sigarayı bırakmak istemeyen ya da yakın dönemde bırakmak istemeyen kişilere tedavi önermek, sigarayı bıraktırmaya çalışmak her zaman başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Ailesi, yakınları ya da başkaları tarafından sigara bırakmaya zorlanan bağımlılar, kendi iradeleri dışında zorlandıkları bu durumdan ilk fırsatta uzaklaşacak ve tekrar sigara içmeye başlayacaklardır.

Sigara bıraktırma tedavisinde yüksek oranlarda başarı sağlayan yöntemlerin tümünde, sigara içicisiyle hekim arasında karşılıklı uzlaşma sağlandığı görülmektedir. Tedavi öncesi yapılan görüşmelerde 5R uygulaması başarının anahtarı olarak kabul edilmektedir. Unutulmamalıdır ki, sigaranın bırakılmasında başrolde sigara içicisi vardır. Hekim destek ve taktik vererek süreci yöneten konumundadır. Sigara içicisinin iradesi, başarının olmazsa olmaz şartıdır. Hekim bu iradeyi harekete geçirerek sonuca ulaşabilmektedir. Bunun için 5R uygulaması yapılmalıdır.

İngilizce olarak R harfiyle başlayan beş basamak şunlardan oluşmaktadır;

1. RELEVANCE-İLİŞKİ
2. RISKS-RİSKLER

3. REWARDS-ÖDÜLLER

4. ROADBLOCKS-ENGELLER

5. REPETITION-TEKRAR

Hekim görüşmesinde 5R uygulaması şu şekilde yapılmaktadır;

1. R: RELEVANCE-İLİŞKİ

Sigara içicisinin özel durumları değerlendirilir. Halen mevcut bir hastalık durumu olup olmadığı, varsa bu hastalığın sigara ile ilişkisi konuşulur. KOAH ve sigara ilişkisi kişinin bilgi düzeyine uygun bir şekilde ele alınmalı ve anlaşılır örneklerle sigaranın KOAH gelişimi ve sürece etkisi konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Kişinin yaşı, cinsiyeti, aile yapısı, sosyal durumu, çocuk sahibi olup olmadığı, sigaradan kurtulma çabası ve daha önceki başarısız bırakma deneyimi masaya yatırılır. Hekimlik sanatının en etkin uygulandığı bölüm burasıdır. Sigara bağımlılığı bir hastalıktır ve tedavisi hekimler tarafından yapılmaktadır. Yeterli tıbbi bilgi ve deneyimi olmayan kişilerin sigara bıraktırma çabalarının başarısız kalma nedeni burada yatmaktadır.

2. R: RISKS-RİSKLER

Sigara içenler ile "sigaradan kurtulamazlarsa neler kaybedebileceklerdir?" yani "sigara içmenin riskleri nelerdir?" sorularına cevap arayan bir konuşma yapılmalıdır. Bu konuşmalar interaktif olarak hem hekimin hem sigara içicisinin görüşlerinin ele alınması şeklinde olmalıdır. Kısa dönemde, uzun dönemde sigaranın ortaya çıkardığı sağlık riskleri ve çevresel riskler gözden geçirilmelidir.

Sigara içerken hemen ortaya çıkabilen sağlık sorunları konuşulduğunda; nefes darlığında artış, KOAH alevlenmesi, cinsel isteksizlik, cinsel güçsüzlük, kısırlık, artmış solunum yolları enfeksiyonu riski gündeme gelmektedir.

Uzun dönemde ortaya çıkabilen sağlık sorunları konuşulduğunda; KOAH'ın tedavisinde başarısız kalınacağı ve ek riskler anlatılmalıdır. Kalp krizi ve inmeler, akciğer kanseri, ağız, boğaz, idrar torbası ve yemek borusu gibi diğer kanserler, Osteoporoz, uzun dönemli maluliyet ve bakım ihtiyacı riski gündeme gelmektedir.

Sigara içerken çevrede ortaya çıkabilen sağlık sorunları konuşulduğunda; eşinde artmış kalp hastalığı ve kanser riski, çocuklarında; düşük doğum ağırlığı, astım, solunum yolu enfeksiyonları, sigara kullanma oranında artışa neden olma riski anlatılmalıdır.

3. R: REWARDS-ÖDÜLLER

Sigara içenler sigaradan kurtulurlarsa neler kazanabileceklerdir. Bu konuda genelde hekim dinleyici, sigara içicisi ise konuşmacı olduğunda daha verimli sonuçlar alınabilmektedir. Kazançlar konusunda çoğunlukla hemfikir olunan konular; KOAH'a bağlı semptomlarda azalma en önemli ödüldür. Sağlık durumunun düzelmesi, fiziksel aktiviteleri daha iyi yapabilme, tat ve koku duyusunda iyileşme, para biriktirme, çocuklarına iyi örnek olma, ev, araba ve elbiselerin daha iyi kokması, cildinin güzelleşmesi, daha beyaz dişler gibi sigaradan kurtulursa kazanaacağı ödüller ortaya konulmalıdır.

4. R: ROADBLOCKS-ENGELLER

Sigarayı bırakmayı engelleyen faktörler konuşulmalıdır. Burada da sigara içicisinin aktif olmasına ihtiyaç vardır. Sigara içen kişinin söze "Sigarayı Bırakmam Çünkü" diye başlayıp engelleri sayması istenir.

Başarılı bir görüşmede ortaya çıkarılan ve çözülmesi gereken engeller çoğunlukla şunlardır: Sigara bırakıldığında ortaya çıkabilen nikotin yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alımı, destek yoksunluğu, depresyon, tütünden alınan keyif, etkili tedavilerden haberdar olmama, çevresinde sigara içenlerin olması.

Bu engelleri kaldırabildiği ölçüde tedavi yönteminin başarı şansı artmaktadır.

5. R: REPETITION-TEKRAR

Sigara bıraktırma tedavisinde, mutlaka tekrar görüşmeler planlanmalı ve düzenli olarak uygulanan bu görüşmelerin motivasyonu artırıcı özelliği olmalıdır. Yüz yüze ya da telefonla tekrarlanan görüşmelerde, başarılarından dolayı tebrik etme, içmemeyi sürdürmesi için motivasyon, sağlık açısından kazanacağı yararların anlatılması, karşılaşılan sorunlar ve olası tehlikeler konusunda çözüm önerileri paylaşılmalıdır.

DSÖ'nün önerdiği 5A yöntemine göre bu aşamadan sonra sigara bıraktırma tedavisinin planlanması, uygulanması ve izlenmesi gerekmektedir.

KOAH'TA SİGARA BIRAKTIRMA TEDAVİLERİ

Tüm dünyada KOAH mücadelesinde sigara bıraktırma tedavileri değişik şekillerde uygulanmakta ve sonuçları tartışılmaktadır. Sadece öneri ve sigara bırakma konusunda bilgilendirme yapmakla çok başarılı sonuçlar alınamamaktadır. Hemşirelerin yürüttüğü multidisipliner birinci basamak sağlık hizmeti su-

nulan bir çalışmada KOAH hastalarında pulmoner rehabilitasyonun etkisi araştırılmış, Pulmoner rehabilitasyon uygulanan ve uygulanmayan KOAH'lılarda bir yıllık süre içerisinde fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi açısından farklılık bulunmazken, hastalık alevlenmesinin pulmoner rehabilitasyon yapılan grupta azaldığı tespit edilmiştir. Her iki grupta da sigara bıraktırılması konusunda tavsiyede bulunulan hastalardan 49 kişilik pulmoner rehabilitasyon grubundan sigara içen 16 hastanın 4', 54 kişilik kontrol grubundan sigara içen 23 hastanın 7'si bir yıllık dönemde sigarayı bırakabilmiştir⁽¹²⁾.

Sigara bıraktırma önerisine ödüller örnek gösterilerek cesaretlendirme yapıldığında başarının arttığı görülmektedir. Ülkemizde yapılan KOAH'da semptomun günlük değişkenliğini, sabah aktiviteleri üzerindeki etkisini ve hastalar ile fizik tedavi uzmanlarının terapötik beklentilerini araştırmak için yapılmış kesitsel bir gözlem (SUNRISE) alışmasında; hastaların sigara içmemesi, alevlenmeyi nleme amacıyla en sık önerilen (%88.3) ve uygulanan (%67.9) ilaç-dışı koruyucu yaklaşım olarak belirtilmiştir⁽¹³⁾.

Uluslararası çok merkezli bir çalışma olan UPLİFT çalışmasına 37 ülkeden, 475 merkez katılmış, çalışmadaki aktif sigara içiciliği oranı %30.6 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada tüm hastalar sigarayı bırakmaları için teşvik edildi. Hastaların alışma vizitleri süresince sigara kullanmamaları tavsiye edildi ve spirometre ölümünden önceki 30 dakika içinde sigara içimine izin verilmedi. Ocak 2003 ve Mart 2004 tarihleri arasında toplam 8020 hasta çalışmaya alınırken bu hastaların 5993 tanesi randomize edilebildi. Aktif sigara içicilerin büyük kısmı FEV₁'de \geq %15 artışı olması kriterine göre zayıf cevaplıdır, ancak çok değişkenli lojistik regresyon modelinde belirgin bir farklılık görülmemiştir. Aktif sigara içicilerin daha önce içmiş olanlara göre daha büyük bir yüzdesi FEV₁'de \geq %15 artış kriteri kullanıldığında reversibl değildi. İlginç olan, hangi kriter kullanılırsa kullanılsın yanıtı az olan kişilerde, kişilerin kendi raporladığı ortalama paket-yıl olarak sigara kullanımı daha düşük, KOAH süresi daha uzun ve SGRQ total skorları daha yüksek bulunmuştur. Bu hastaların sigara anamnezlerinin çok güvenilir olmadığını ve sorgulamak için daha fazla zaman ayrılması gerektiğini düşündürmektedir⁽¹⁴⁾.

Anamnezde nikotin bağımlılığının şiddetinin belirlenmesi için kullanılan Fagerstrm Nikotin Bağımlılık Testi, tedavinin planlanmasında önemli rol oynamaktadır (Tablo 1). Nikotin yerine koyma tedavisi gerekip gerekmediğine bu şekilde karar verilmelidir.

Sigarayı bırakması gerektiğine ikna olan bir KOAH hastasına uygulanacak tedavi konusunda da dikkatli bir seçim yapmak gereklidir. Tek başına farmakolojik tedavi reçete edilmesi yeterli başarıyı getirmeyecektir. Halen yaygın uygulamada kullanılan yöntemlerde, nikotin preparatları, vareniklin ve bupropion gibi etkinliği kanıtlanmış preparatların reçete edilmesiyle elde edilen başarıda, bir yılın sonunda hastaların sadece %3' sigarayı bırakmış olarak kalabilmektedir⁽¹⁵⁾. Hastanın cesaretlendirilmesi ve sigara bırakma döneminde karşılaşacağı güçlükler hakkında yeterli bilgilendirmenin yapılması ve hastayla güçlü bir işbirliği ortamı geliştirilmesi gereklidir.

Sigarayı kendi kendine bırakmaya alışan KOAH'lıların en sık karşılaştığı sorun nikotin kesilme belirtileri olsa da sigara bağımlılığının tek başına bir nikotin bağımlılığı olduğu şeklindeki yaklaşım da doğru değildir. Sigara bıraktırma tedavisi olarak nikotin formlarının tek başına kullanılması, plaseboya göre başarı şansını sadece iki kat artırabilmektedir⁽¹⁶⁾.

Sadece farmakolojik tedavinin, KOAH'lı hastaların yaşam kalitesinde ve sigara içme alışkanlığında bir etkisi olmadığını gösteren çalışmalarda eğitimin önemli vurgulanmaktadır⁽¹⁷⁾.

Ancak sosyal çevrenin etkisi sigaradan kurtulmak konusunda en önemli faktörlerden birisidir. Toplumsal gelişme ve yasalar en etkin rolü üstlenmektedir.

Finlandiya'da 1998-2007 yılları arasında yapılan 10 yıllık KOAH kontrol programı çerçevesinde; 1995 yılında çıkarılan yasayla hastanelerde, işyerlerinde ve halka açık alanlarda sigara içme yasağının başlaması ve 2003 yılında bu yasak kapsamına restaurantlarında eklenmesinin sonuçları da araştırılmış ve 1997 yılında erkeklerde %30, kadınlarda %20 oranında olan sigara bağımlılığının 2007 yılında erkeklerde %26'ya kadınlarda %17'ye düştüğü tespit edilmiştir. Sigara bağımlılığındaki bu azalmaya paralel olarak, KOAH bilincinin geliştirilmesi, spirometre kullanımının ve değerlendirilmesinin yaygınlaştırılması sonucunda, KOAH hastalarının hastaneye yatış oranlarında 1997 ile 2007 arasında %39.7'lik bir azalma ve buna bağlı KOAH harcamalarında bir azalma sağlanmış, ancak bu dönemde KOAH prevalansında bir azalma saptanamamıştır. Prevalans zerine sigaranın etkisinin uzun yıllar içerisinde etkili olduğu ve bu etkinin daha uzun dönemde görüleceği değerlendirilmesi yapılmıştır⁽¹⁸⁾.

Bizim lkemizde de yasal düzenlemeler açısından çok olumlu bir gelişme süreci yaşanmıştır. 1996 yılında 4207 sayılı "Tütün Mamüllerinin Zararlarının nlenmesine Dair Kanun" ıkarılmış, 2002 yılında

Tablo 1. Fagerstörn nikotin bağımlılık testi.		
SORU		PUAN
1. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? (How many cigarettes do you smoke per day?)		
a. 10 veya daha az	0 Puan	
b. 11-20	1 Puan	
c. 21-30	2 Puan	
d. 31 ve üzeri	3 Puan	
2. İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz? (How soon after you wake up do you smoke your first cigarette?)		
a. 0-5 dakika sonra	3 Puan	
b. 6-30 dakika sonra	2 Puan	
c. 31-60 dakika sonra	1 Puan	
d. Daha sonra	0 Puan	
3. Sigara içmenin yasak olduğu (örneğin; hastane, sinema ve kütüphane gibi) yerlerde, bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? (Do you find it difficult to refrain from smoking in places where smoking is not allowed (e.g. hospitals, government offices, cinemas and libraries etc)?)		
a. Evet	1 Puan	
b. Hayır	0 Puan	
4. Sabah saatlerinde, günün diğer saatlerine göre daha çok sigara içer misiniz? (Do you smoke more during the first hours after waking than during the rest of , the day?)		
a. Evet	1 Puan	
b. Hayır	0 Puan	
5. Hangi sigaradan vazgeçmek size daha zor gelir? (Which cigarette would you be the most unwilling to give up?)		
a. Sabah ilk sigara	1 Puan	
b. Diğer herhangi biri	0 Puan	
6. Çok hasta olsanız bile sigara içer misiniz? (Do you smoke even when you are very ill?)		
a. Evet	1 Puan	
b. Hayır	0 Puan	
Toplam Puan		
Değerlendirme		
0-3 Puan	Düşük Nikotin Bağımlılığı	
4-6 Puan	Orta Derecede Nikotin bağımlılığı	
7-10 Puan	İleri Derecede Nikotin Bağımlılığı	

4733 sayılı kanunla Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuş, 2004 yılında 5261 sayılı kanunla Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kabul edilmiş ve nihayet 1996 yılında çıkarılmış olan 4207 sayılı kanun, 03.01.2008 tarihinde yeniden düzenlenerek 5727 sayılı "Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında" kanun olarak yürürlüğe girmiştir.

Kanun iki aşamalı olarak yürürlüğe konmuştur. "Kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında tüketilemez." maddesi 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe

girmiş, "Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tüketilemez." maddesi ise bir yıllık bir hazırlık döneminden sonra 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu bir yıllık süreçte toplumda yeni yasaya bakış açısından yapılan araştırmalarda; aynı düzeyde eğitim almış olan kişiler arasında bile farklılıklar olduğu görülmüş, sigara bağımlısı öğretmenlerle, sigara içmeyen öğretmenlerin, sigara karşıtı yasalara bakışının ve reaksiyonlarının çok farklı olduğu tespit edilmiştir⁽¹⁹⁾.

Sigara mücadelesinde tüm tedavi yöntemlerinin etkisi, yasal düzenlemelerin desteğiyle ancak istenen düzeylere yükselebilmektedir. Türkiye'nin 2008'den beri yürüttüğü tütünle mücadelede büyük bir başarı elde edilmiş ve bu başarısı, DSÖ Avrupa Bölgesi 62. Bölge Toplantısı'nda da duyurulmuştur. DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Zsuzsanna Jakab, Türkiye'nin DSÖ'nün MPOWER ölçütlerinin tamamını yerine getiren dünyadaki ilk ve tek ülke olduğunu açıklamıştır.

KOAH için olduğu kadar, başta akciğer kanseri olmak üzere birçok sağlık sorunuyla direkt ilişkili olan sigara bağımlılığıyla etkin mücadele, toplum sağlığı açısından çok elzemdir ve sigaranın bıraktırılması ile elde edilecek kazanımlar için zaman asla geç değildir⁽²⁰⁾.

Bu aşamadan sonra hekimlerin sorumluluğu daha fazla artmaktadır. Yasal düzenlemelerin bu kadar etkin olduğu ülkemizde bu yasalara destek vermek, uygulanmasının takipçisi olmak, sivil toplum örgütleri ve il tütün kontrol kurulları gibi etkin görev yapan kuruluşlarla işbirliğini geliştirmek gereklidir.

Sonuç olarak; KOAH önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak kabul edilmeli ve KOAH'ın gelişiminde, progresyonunda, alevlenmelerin yaşanmasında en önemli faktörlerin başında sigara içiminin geldiği asla unutulmamalıdır. KOAH tedavisine yaklaşımda hasta eğitimi ve risk faktörlerinin azaltılması aşamalarında hastaların, sigaradan kurtulmaları gerektiği üzerinde ısrarla durulmalı ve hastaların gönüllü işbirliği sağlanmalıdır. Sigaradan ne kadar erken kurtulurlarsa, sağlık açısından o kadar etkili bir kazanç olarak, bundan hastanın ömür boyu yararlanacağı hastalara anlatılmalıdır. Yasal düzenlemelerin etkin uygulanması, sosyal çevrenin sigaradan kurtulmak için uygun bir hale gelmesini sağlayacak önemli bir faktördür. KOAH'lı hastalarda sigara bıraktırma tedavisi düzenleyen hekimlerin sosyal çevredeki bu uygun iklimden yararlanarak, eğitim, öneri, motivasyon, cesaretlendirme yöntemlerini yeterince etkin kullanması başarıyı artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Lundback B, et al. Obstructive Lung Disease in Northern Sweden S: Not 15 but 50% of smokers develop COPD?—Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med* 2003; 97: 115-122.
2. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments. Available from: URL: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>
3. Bunker, et al. A pragmatic cluster randomized controlled trial of early intervention for chronic obstructive pulmonary disease by practice nurse-general practitioner teams: Study Protocol *Implementation Science* 2012; 7: 83.
4. Polatlı M, et al. A cross sectional observational study on the influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: The COPD-Life study. *Tuberk Toraks* 2012; 60: 1-12.
5. Doherty DE. Early detection and management of COPD. What you can do to reduce the impact of this disabling disease. *Postgrad Med* 2002; 111: 41-4, 49-50.
6. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global initiative for chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 532-5.
7. Anthonisen NR, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. *The Lung Health Study. JAMA* 1994; 272: 1497-505.
8. Vasankari T, et al. Use of spirometry and recording of smoking habits of COPD patients increased in primary health care during national COPD programme. *BMC Family Practice* 2011; 12: 97.
9. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package. Available from: URL: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>
10. WHO Programme on Tobacco and Health. Report of the Director-General to the Executive Board. Geneva: WHO, 1985.
11. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: The Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 598-600.
12. Zakrisson AB, et al. Nurse-led multidisciplinary programme for patients with COPD in primary health care: A controlled trial. *Prim Care Respir J* 2011; 20: 427-33.
13. Kuyucu T, Et al. A cross-sectional observational study to investigate daily symptom variability, effects of symptom on morning activities and therapeutic expectations of patients and physicians in COPD-SUNRISE study. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2011; 59: 328-39.
14. Tashkin DP, Celli B, Decramer M, et al. Bronchodilator responsiveness in patients with COPD. *Eur Respir J* 2008; 31: 742-50.
15. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. *Chest* 2002; 121: 932-41.
16. Gratziau C, Tonnesen P. Smoking cessation and prevention. *Eur Respir Mon* 2006; 38: 242-57.
17. Efrainsson EO, Hillervik C, Ehrenberg A. Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scand J Caring Sci* 2008; 22: 178-85.
18. Kinnula VL, et al. The 10-year COPD Programme in Finland: Effects on quality of diagnosis, smoking, prevalence, hospital admissions and mortality. *Prim Care Respir J* 2011; 20: 178-83.
19. Coşkun F, Karadağ M, Ursavaş A, Ege E. Öğretmenlerin Sigara İçme Alışkanlıkları ve Yeni Yasaya Bakışları: Solunum 2010; 12: 119-24.
20. Wu J, Sin DD. Improved patient outcome with smoking cessation: When is it too late?. *International Journal of COPD* 2011; 6: 259-67.