

Türkiye'de KOAH Epidemiyolojisi

Epidemiology of COPD in Turkey

Dr. Yasin ABUL, Dr. Tefik ÖZLÜ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

ÖZET

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) popülasyonda erken ve yüksek bir mortalite, önemli bir morbidite sebebidir. Sigara KOAH etiyojisinde en önemli risk faktörü olarak yerini korumaktadır, ancak hava kirliliği ve mesleki faktörler gibi potansiyel risk faktörleri de daha iyi tanımlanmaya başlanmıştır. KOAH prevalansı farklı popülasyon, ülke, bölge, yaş ve cinsiyete göre değişmektedir. Yakın gelecekteki en önemli perspektif KOAH'ın genel popülasyonda erken tanısı ile sigaraya erken başlama yaşının önlenmesi kombinasyonu olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), epidemiyoloji.

SUMMARY

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is responsible for early and high mortality, significant morbidity in the population. Smoking remains the main risk factor of COPD, but other potential risk factors are also becoming better defined, such as air pollution and occupational factors. COPD prevalence varies according to different population, country, region, age and sex. The most important perspective in the near future will be to prevent early onset of smoking in combination with early diagnosis of COPD in the general population.

Key Words: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), epidemiology.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence

Prof. Dr. Tefik ÖZLÜ
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon
e-posta: ozlutevfik@yahoo.com

GİRİŞ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), zararlı partikül ve gazlara karşı hava yollarında ve akciğer parenkiminde kronik iltihabi cevapla karakterize, ilerleyici ve sürekli hava yolu kısıtlılığı arz eden önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAH, dünyada ölüm nedeni olarak dördüncü sırada yer alan ve yüksek morbidite ve mortaliteye sahip, öncelikli bir toplum sağlığı sorunudur⁽¹⁾. KOAH prevalansı, ülkelere, coğrafi bölgelere, yaşam tarzına, sosyokültürel yapıya, yaş ve cinsiyete göre farklılıklar gösterebilmekte⁽²⁾; ayrıca prevalansı saptamak için kullanılan yöntemlere göre de sonuçlar farklı çıkabilmektedir. Farklı bölgelerde, farklı popülasyonlarda farklı fenotipleri ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın tanımlanması ve tanısıyla ilgili bir konsensusun olmaması nedeniyle, prevalans, morbidite ve mortalitesiyle ilgili geçmişe ait sağlıklı veri pek yoktur. 2003'te Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim "Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)" kılavuzunun yayınlanmasını takiben, bu rehberde yer alan spirometrik tanı ve evreleme değerlerinin esas alınmasıyla karşılaştırılabilir çalışmaların önü açılmıştır. Ayrıca, ülkelerin KOAH prevalansı, risk faktörleri, sosyal ve ekonomik yüklerini içeren kendi verilerini toplamalarında koordinasyon, standardizasyon ve destek sağlamayı amaçlayan Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü "Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD)" grubunun da epidemiyolojik çalışmaların protokolleştirilmesinde ve sistematize edilmesinde büyük katkısı olmuştur.

KOAH prevalansı ile ilgili çalışmalar literatürde genel olarak üç türlü yöntem kullanılarak yapılmıştır. Bunlar: hekimin koyduğu tanıya dayalı KOAH prevalansı; anketlerle saptanan semptomların varlığına dayalı prevalans verileri ve özellikle 2003 sonrası GOLD rehberine dayalı spirometrik ölçümlerle elde edilen prevalans verileridir⁽³⁾.

Bu makalede literatür verileri ışığında ülkemizdeki KOAH epidemiyolojisi (prevalans, risk faktörleri, mortalite ve morbidite) ile ilgili çalışmalar gözden geçirilmiştir.

Türkiye'de KOAH Prevalansı

Ülkemizde KOAH prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Ülkemizde geriye dönük KOAH epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalar yapılmak istendiğinde, tanılarının kronik bronşit ve/veya amfizem kodlanmasından dolayı sağlıklı verilere ulaşılamamaktadır⁽⁴⁾. Ülkemizdeki çalışmaların bazıları spirometrik ölçümlerle KOAH tanısı alan hastalarla ilgili olup, di-

ğer bir kısmı da sadece klinik tanımlama üzerinden yapılan kronik bronşit çalışmalarıdır.

Türkiye'de bu konuda yapılan ilk çalışmalardan olan 1976 yılında Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan bir çalışmada 40 yaş üstündeki KOAH prevalansı %13.6 olarak bildirilmektedir⁽⁵⁾. Bu çalışmada KOAH tanısı ile ilgili spirometrik ölçümden bahsedilmemektedir. Trabzon'da, Özlü ve arkadaşlarının⁽⁶⁾ 30 yaş ve üzeri nüfusta yaptığı çalışmada KOAH prevalansı, GOLD kriterlerine göre %0.98, ATS kriterlerine göre %2.8 bulunmuştur. Aynı çalışmada KOAH prevalansının cinsiyetlere göre dağılımı ise GOLD'a göre erkeklerde %1.7, kadınlarda %0.3, ATS'ye göre erkeklerde %4, kadınlarda %1.6 idi⁽⁶⁾. Bir başka çalışma ise Çetinkaya ve arkadaşlarının Kayseri kırsalında 1023 kişilik örnekleme (yaş aralığı: 20-83) Avrupa Toplumunu Solunum Sağlığı Çalışması "European Community Respiratory Health Study (ECRHS)" Anketi kullanarak yaptıkları kesitsel çalışma olup, kronik bronşit prevalansı %13.5 (kadınlarda %10 erkeklerde %17.8) olarak bildirilmiştir⁽⁷⁾.

İzmir'de Konak Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşayan 40-69 yaş arası nüfusta yapılan bir çalışmada KOAH sıklığı değerlendirilmiştir. Şubat ve Mayıs 2003 tarihleri arasında 1.404 kişiye solunum fonksiyon testi uygulanmış ve bu hastalara aynı zamanda anket formu doldurulmuştur. GOLD kriterlerine göre KOAH sıklığı %10.2 bulunmuş ve bu oran erkeklerde %13.3, kadınlarda ise %7.3 olarak bildirilmiştir⁽⁸⁾. İzmir'de kurulan KOAH çadırında 2003 senesinde 40 yaş ve üzerindeki 505 kişiye solunum fonksiyon testi uygulanmıştır ve FEV₁/FVC oranı %70'in altında olan vakaların oranı %7.8 olarak bulunmuştur⁽⁹⁾. Zonguldak ili merkezinde 2004 senesinde kurulan bir başka KOAH çadırında ise 18 yaş üzerindeki 305 kişiye yapılan solunum fonksiyon testi sonuçlarına göre FEV₁/FVC oranı %70'in altında tespit edilen olguların oranı %9.2 olarak tespit edilmiştir⁽¹⁰⁾. 2004 Ocak ayında BOLD metodolojisi ile Adana ilinde yapılan KOAH prevalans çalışmasında Adana ilindeki 40 yaş üstü erişkinlerdeki KOAH prevalansı sabit oran ölçütü ile %19.1 olarak bulunmuştur⁽¹¹⁾. 2008 yılında yayınlanan Günen ve arkadaşlarının yaptığı Malatya bölgesinde ilk geniş bölge çalışması olan makalede ise 1160 vaka çalışmayı tamamlamış olup bunun hedeflenen popülasyonun %93'ünü kapsadığı belirtilmektedir. Bu çalışmada 40 yaş üstü sigara kullanmakta olanlarda KOAH prevalansı %18.1, genç sigara içen hasta grubunda da %4.5 olarak tespit edilmiştir⁽¹²⁾. Bu çalışmanın metodolojisinde Adana'da yapılan çalışmada kullanılan modifiye BOLD anketi kullanılmıştır. Aynı çalışmada Amerikan Toraks Derneği'nin

önerilerine göre yapılan standart spirometrik ölçümler ve erken reversibilite testi de uygulanmıştır. Yine BOLD protokolüne göre hazırlanan anket ve aynı protokole göre yapılan spirometrik ölçümlerle Elazığ'da Deveci ve arkadaşlarının yaptığı 1270 vakalık (610 vaka şehir merkezinden, 660 vaka kırsaldan) çalışmada da 1188 kişinin sonuçları değerlendirilmiş; 18 yaş ve üzerinde KOAH prevalansı %4.5 (kadınlarda %2.5; erkeklerde %6), 45 yaş ve üstünde KOAH prevalansı %11.5 (kadın % 5.9; erkek % 15.1) olarak bulunmuştur⁽¹³⁾. KOAH tanımı ve evrelemesi bu çalışmada GOLD'a göre yapılmıştır. İstanbul'un bir ilçesinde yapılan bir çalışmada 20 ile 51 yaş aralığında kronik bronşit ile ilgili semptom prevalansının %10.5 olduğu bildirilmiştir⁽¹⁴⁾. Denizli il merkezindeki erişkinlerde kronik bronşit prevalansının araştırıldığı bir çalışmada ise kronik bronşit prevalansı erkeklerde %15, kadınlarda %5.9 olarak bulunmuştur⁽¹⁵⁾.

Türkiye'de KOAH Risk Faktörleri

Sigara kullanımı: Sigara kullanımı KOAH için en önemli risk faktörüdür. KOAH'ta sigaraya atfedilen risk %40-70 arası değişmektedir⁽²⁾. Türkiye, sigara kullanımının yüksek olduğu ülkelerden birisidir. Sigara kullanım sıklığı ile ilgili 1988 yılında yapılan ilk çalışmalardan biri ülkeyi temsil eden 2500 kişilik bir grupta sigara kullanım sıklığını %44 olarak saptamıştır⁽¹⁶⁾. Kocabaş ve arkadaşlarının 1991 yılında yaptıkları ve 20 yaş üstü 12.786 kişinin alındığı çalışmada ise erkeklerin %56.2'sinin, kadınların ise %26.6'sının sigara kullandığı rapor edilmiştir⁽¹⁷⁾. 2003'te yapılan Ulusal Hane Halkı Çalışması'nın sonuçlarına göre ise 18 yaş ve üstünde Türkiye'de sigara kullanma sıklığı %32.1 olarak bulunmuştur⁽¹⁸⁾. Bir diğer kapsamlı çalışma da Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2010 yılında yapılmıştır⁽¹⁹⁾. "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması" başlığında verilen bu çalışmaya göre ülkemizde 15 yaş üstü erişkinlerin %31.2'si halen tütün kullanmaktadır. Tütün kullanım oranı bu çalışmaya göre erkeklerde %47.9 kadınlara %15.2'dir. Sigara içme hızının en yüksek olduğu yaş aralığı ise 25-44 yaş grubu olarak raporlanmıştır⁽¹⁹⁾. Denizli ve Kocaeli'nde yapılan sigara içme prevalansı ile ilgili çalışmalarda da benzer olarak yüksek oranlar bulunmuştur. Kocaeli'nde aktif sigara içme sıklığı %32.3 olup, erkeklerde sigara içme sıklığı %42.5, kadınlarda ise %21.8'e ulaşmaktadır⁽²⁰⁾. Denizli'de erkeklerde sigara içme prevalansı %50.3, bayanlarda %12.1, toplamda %30.3 olarak tespit edilmiştir⁽²¹⁾. Ülkemizde sigara içme prevalansı ve KOAH prevalansının birlikte çalışıldığı başka bir çalışmada ise Kocaeli'ndeki yaş ortalaması 38.9

olan 685 öğretmen değerlendirilmiş ve bunların %44'i aktif sigara içicisi, %17.7'si de öncesinde sigara kullanmış olarak bulunmuştur. Çalışma grubunda $FEV_1/FVC < \%70$ olan %2.5'luk bir hasta sayısından bahsedilmektedir⁽²²⁾. Trabzon'da 1998 yılında 1545 kişi üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise günlük sigara içici sıklığı (günde en az bir sigara içen) kadınlarda %24.9, erkeklerde %59.1; haftalık sigara içici sıklığı kadınlarda %2.8, erkeklerde %2.4 olarak bulunmuştur⁽²³⁾. Bu verilere göre KOAH'ta risk faktörü olarak birinci sırada yer alan sigara, ülkemiz için çok önemli bir halk sağlığı sorunudur.

2009 Temmuz ayında yürürlüğe giren 5727 sayılı kanun ile kapalı alanlarda sigara içimi yasaklanmıştır. Bu bağlamda önümüzdeki yıllarda hem sigara hem de KOAH prevalansında da bir düşme beklenebilir. Bunun yanında sigara bırakma polikliniklerinin sayısı ve bunlara teşvik de giderek artmaktadır. Oztuna ve arkadaşlarının yayınladığı 350 hastanın alındığı sigara bırakma polikliniği verilerine göre beş yıl sonundaki sigara bırakma oranı %34.6 olarak bulunmuştur⁽²⁴⁾. Öte yandan KOAH hastalarının normal sağlıklı bireylere göre sigarayı daha zor bıraktıkları da gösterilmiştir. 65 KOAH olgusu ve 50 sağlıklı sigara içen kontrol grubunu karşılaştıran bir çalışmada, her iki gruba da aynı tedavi metodu uygulanmasına rağmen, KOAH sigara içen grupta sigara bırakma oranı %29 iken, kontrol grubunda bu oran %49'a ulaşmıştır. Çalışmadaki kişilerin sigara bırakma başarıları 1., 6. ve 12. aylarda değerlendirilmiş, KOAH olgularında bırakma başarısı, her üç dönemde de sağlıklı sigara içicilerine göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur⁽²⁵⁾. Aralık 2007'de uygulamaya giren "Ulusal Tütün Kontrol Programı" ile ülkemizdeki tütün tüketiminin üç yıl içinde %15 oranında azaldığı bildirilmektedir⁽²⁶⁾.

Çevresel maruziyet: Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ev içi ortamdaki hava kirliliği de KOAH için önemli bir risk faktörüdür. Özellikle yemek pişirme ve/veya ısınmada kullanılan biyomas yakıt dumanları kadınlarda KOAH prevalansını arttırmaktadır⁽²⁾. 1999 yılında Demirtaş ve arkadaşlarının Sivas bölgesinden hastane başvurusu olan 30 yaş üzeri 403 kadın hastada yaptığı bir çalışmada British Medical Research Council (MRC) anketi, fizik muayene, akciğer grafisi ve Amerikan Toraks Derneği kriterleri ile konulan KOAH tanılı hastalar değerlendirilmiştir. Kırsal bölgedeki 97 (%37.2) kadında KOAH tespit edilirken, kentsel bölgedeki 14 (%14.8) kadında KOAH tespit edilmiştir. Yemek pişirme ya da ekmek yapmak için biyomas dumanına maruziyet süresi KOAH gelişiminde etkili bulunmuştur⁽²⁷⁾. 2000 yılında Gazian-

tep yöresindeki beş köyde 40 yaş üzeri kadınlar (n=332) üzerinde yapılan bir çalışmada odun dumanına maruz kalma ile kronik hava yolu hastalıkları arasında ilişki olduğu ve bu ilişkinin maruz kalma süresi ve yoğunluğuna bağlı olduğu tespit edilmiştir⁽²⁸⁾. 2004-2005 arası Gaziantep Nizip'te Kömür ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bir yılda göğüs hastalıkları servisine yatan 303 olgunun 151'inin (%36,7) ısınma amaçlı riskli araç (mangal, tüpgaz, şömine, tandır) kullandığı ve bu kişilerde hava yolu hastalığı riskinin 1.7 kat arttığı tespit edilmiştir⁽²⁹⁾. Sigara içmeyen kadınlarda KOAH etiyojisine yönelik nispeten düşük hasta sayılı bir başka çalışmada ise biyomas maruziyeti ve KOAH ilişkisi %40 hastada gösterilmiştir⁽³⁰⁾. Kayseri'de 344 kadın hastada yapılan çalışmada (242 kırsal bölge; 102 kentsel bölge) ise kentsel bölgedeki kadınların sigara içme oranı kırsal bölgeye göre yüksek bulunmasına (%14.7 ve %4.5) ve kırsal bölgedeki hastaların kentsel bölgedekilere göre daha genç yaşta (40.5 yaş ve 43.6 yaş) olmasına rağmen KOAH prevalansı kırsal bölgede kentsel bölgeye göre daha yüksek bulunmuştur (%14.4 kırsalda; %3.9 kentselde)⁽³¹⁾. Kırsal kesimdeki bu yüksek KOAH prevalansı, ısınma ya da yemek pişirme için kullanılan biyomas dumanına bağlanmıştır. Kırıkkale'de Ekici ve arkadaşlarının hiç sigara içmemiş 40 yaş üstü kadınlarda yaptığı çalışmada, biyomas dumanına maruz kalanlarda KOAH prevalansı, maruz kalmayanlardan daha yüksek (maruz kalanlarda %28.5; maruz kalmayanlar %13.6) bulunmuştur⁽³²⁾. Aynı çalışmada biyomas duman maruziyetinin KOAH gelişme riskini 2.5 kat arttırdığı ve diğer risk faktörlerine (yaş, pasif sigara içimi, eğitim ve gelir düzeyi) göre ayarlandığında biyomas için atfedilen riskin %23.1 olduğu tespit edilmiştir⁽³²⁾. Yemek pişirme ve/veya ısınmada kullanılan biyomas yakıt dumanlarının etkisi ülkemizde yapılan diğer gözlemsel ya da prospektif çalışmalarda da gösterilmiş ve özellikle kırsalda yaşayan ya da yaşamış popülasyonda KOAH prevalansı açısından önem arz ettiği ortaya konmuştur^(33,34). 2001 ve 2002 yılları arasında Ankara'da akut atakla hastaneye yatırılan 370 KOAH olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada kadın hastalarda %14.5 oranında pasif sigara içiciliği ve %45.6 oranında biyomas maruziyeti ve %3.9 oranında da her ikisi birden tanımlanmıştır. Erkeklerde biyomas maruziyeti oranı %23.9, sigara ve biyomas maruziyeti oranı ise %20.6 bulunmuştur⁽³⁵⁾. Uzun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 2003'te Van kırsal alanında erişkin kadınlar arasında, kronik bronşite uyan semptomlar organik yakıt kullananlarda %58.9, organik yakıt kullanmayanlarda ise %29.4 bulunmuştur⁽³⁶⁾.

Mesleki faktörler: Türkiye'de tozlu-dumanlı işyerlerinde çalışanlarda KOAH prevalansı ve bu hastaların özellikleri ile ilgili sınırlı çalışma bulunmaktadır ve araştırmaya açık bir konu olduğu düşünülmektedir. 1998 yılında Ankara Set Çimento Fabrikasında çalışan işçiler üzerinde yapılan bir çalışmada, 20 yaş üstündeki 219 işçinin 41'inde (%18.7) KOAH saptanmıştır. Bu işçilerin %67.1'inin (n= 147) tozlu olduğu kabul edilen ortamda çalıştığı tespit edilmiş, ancak çalışmada KOAH bulunan işçilerde çalışma yeri bakımından istatistiksel fark saptanmamıştır⁽³⁷⁾.

Türkiye'de KOAH Morbidite ve Mortalitesi

Literatüre baktığımızda yaklaşık olarak her üç KOAH hastasından ikisinin bir ya da daha fazla komorbiditeye sahip olduğunu görmekteyiz. Bunlar arasında kardiyovasküler hastalıklar, bronşiyal kanser, akciğer enfeksiyonları, tromboembolik hastalıklar sayılabilir⁽³⁸⁾. KOAH'ta mortaliteyi etkileyen faktörler: hava yolu obstrüksiyonunun şiddeti, beslenme durumu (vücut kitle indeksi), egzersiz kapasitesi (altı dakika yürüme testi) ve dispnenin ağırlığıdır. Bu parametreler ile oluşturulan BODE indeksinin (Body mass indeks-vücut kitle indeksi, Obstrüksiyon derecesi, Dispnenin şiddeti ve Egzersiz kapasitesi) sadece FEV₁'e göre KOAH mortalitesini daha iyi öngördüğü bildirilmektedir⁽³⁹⁾. Türkiye'de 1965-1997 arası Sağlık Bakanlığı verilerine bakıldığında: kabaca obstrüktif akciğer hastalıkları olarak sınıflanabilecek kronik bronşit, amfizem ve astım hastalarının oranının yaklaşık üç kat arttığı söylenebilir. Bu hastalar arasındaki ölümlerin de yaklaşık beş kat arttığı gözlemlenmektedir⁽⁴⁰⁾. Sağlık Bakanlığı tarafından "Küresel Hastalık Yüku (Global Burden of Study)" yöntemi kullanılarak yapılan ölüm nedenlerine tahmin etmeye yönelik çalışmada "Türkiye'deki Ulusal Ölüm Sebepleri" başlığı altındaki sınıflamada en sık görülen ölüm nedenleri arasında KOAH'ın üçüncü sırada olduğu belirtilmektedir⁽⁴¹⁾. Tertemiz ve arkadaşlarının yaptığı "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Mortalite ve Mortaliteyi Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmada ise toplam 427 KOAH olgusu değerlendirilmiş olup, ortalama dört yıllık süre zarfında mortalite oranı %17.3 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada KOAH'lı hastaların ölüm nedenleri arasında pulmoner nedenler ilk sırada yer alırken, ikinci sıklıkta kardiyak nedenler belirtilmektedir⁽⁴²⁾. Aynı çalışmada BODE indeksi ile mortalite arasında literatüre uygun olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Türkiye’de 25 merkezin katıldığı 514 KOAH hastası üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmanın (COPD-SUNRISE Study) KOAH’a eşlik eden hastalık verilerine baktığımızda: çalışmaya alınan KOAH hastalarının yarısından fazlasının (n= 279; %54.3) en az eşlik eden bir başka hastalığa sahip olduğunu ve en sık eşlik eden hastalıkların %30.4 ile kardiyovasküler hastalıklar, %20.2 ile uyku bozukluğu hastalıkları ve %15.8 ile hiperlipidemi olduğunu görmekteyiz⁽⁴³⁾. KOAH’ta beklenen komorbiditelerden olan ve mortalitede önem arzeden pulmoner hipertansiyon sıklığı ile ilgili Sertoğullarından ve arkadaşlarının yaptığı 694 hasta sayılı çalışmada: sigara ve biyomas maruziyeti olan KOAH’lı hastaların orta derecede KOAH’lı olanlarında anlamlı olarak pulmoner hipertansiyon sıklığı yüksek bulunmuştur. Dikkat çekici bir bulgu olarak biyomas maruziyetine sekonder KOAH’ı olan bayan hastalarda pulmoner hipertansiyon sıklığı, sigaraya sekonder KOAH’ı olan erkek hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur⁽⁴⁴⁾.

Mortalite ve morbiditesi yüksek olan KOAH, aynı zamanda uzun süreli hastane yatışlarına da sebep olabilmektedir. Hacıevliyagil ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada göğüs hastalıkları hastalarının hastanede ortalama yatış süreleri değerlendirildiğinde, en uzun süreli hastane yatışı KOAH’da (12.1 gün) bulunmuş bunun da yüksek maliyete sebep olduğu belirtilmiştir⁽⁴⁵⁾.

Tüm bu morbidite ve mortalite verilerine karşın KOAH hastaları yaşamın içinde aktif hastalardır. Polatlı ve arkadaşlarının yaptığı çok merkezli, kesitsel Türkiye geneline kapsayan bir çalışmaya göre genel kanının aksine, KOAH sadece yaşlı hastalara özgü bir hastalık olmayıp, KOAH hastalarının hayatın içinde, aktif oldukları ve vakitlerinin çoğunu evde ve yatakta geçirmediikleri tespit edilmiştir⁽⁴⁶⁾. Kırkbir merkezin katıldığı 497 stabil KOAH hastasının alındığı bu çalışmada Türkiye’deki 45-65 yaş aralığında olan KOAH hastalarının oranı %59 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %91’inin evden dışarı çıkabilirken, üçte ikisinden fazlasının bakkala ve pazara rahat gidebildikleri tespit edilmiştir⁽⁴⁶⁾.

Türkiyede KOAH’ın Önlenmesine Yönelik Faaliyetler

Dünyada KOAH’la mücadele, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bünyesinde kurulmuş olan “Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD)” isimli kuruluşun eşgüdümü ile yapılmakta ve ulusal ve uluslararası kuruluşların gönüllülük esasına dayanan bir paydada birleşilmektedir. GARD Dünya Genel Kurulu toplantılarının birincisi Haziran 2006 yılında

Çin/Pekin’de, ikincisi Haziran 2007’de Kore/Seul’de, üçüncüsü Mayıs 2008’de Türkiye/İstanbul’da ve dördüncüsü Haziran 2009’da İtalya/Roma’da yapılmıştır. Ülkemizde de “Türkiye Kronik Hava yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” adı altında KOAH gelişimini önlemek, KOAH’ı kontrol altına almak, bunun için koruyucu önlemler almak, KOAH’a bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltıp, hastalık ve ekonomik yükün azalmasına katkıda bulunmak amaçlı bir program uygulanmakta olup, bunun mevzuatı ve 2009-2013 yıllarını kapsayan bir eylem planı hazırlanmıştır⁽⁴⁷⁾.

SONUÇ

Sonuç olarak KOAH, tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de mortalitesi, morbiditesi, ekonomik yükü yüksek bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle ülkemizde epidemiyolojik verilerin az olduğu KOAH risk faktörleri üzerinden yapılacak çok merkezli yüksek hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çok merkezli topluma genellenebilecek çalışmalardan çıkacak sonuçlara dayalı öngörülerde bulunup, KOAH prevalansını kendi verilerimiz üzerinden düşürecek planların yapılması, genç nüfusu yüksek, ama yaşlı nüfusu giderek artan ülkemiz için önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Revised 2011. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). <http://www.goldcopd.org>*
2. *Raherison C, Girodet PO. Epidemiology of COPD. Eur Respir Rev 2009; 18: 213-21.*
3. *Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu. Türk Toraks Dergisi. Mayıs 2010; 11: 5-64.*
4. *Kocabas A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. Mayıs 2010; 1 (2).*
5. *Baykal Y. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı üzerinde epidemiyolojik bir araştırma. Tüberküloz ve Toraks 1976; 24: 3-18.*
6. *Özlü T, Çetinkaya M, Öztuna F, Topbaş M, Bülbül Y. Trabzon’da 30 yaş ve üzeri nüfusta KOAH prevalansı. Toraks Dergisi 7 Yıllık Kongresi Bildiri Özetleri Antalya. Nisan 2004; 5: TP 628.*
7. *Cetinkaya F, Gulmez I, Aydın T, Ozturk Y, Ozesmi M, Demir R. Prevalence of chronic bronchitis and associated risk factors in a rural area of Kayseri, Central Anatolia, Turkey. Monaldi Arch Chest Dis 2000; 55: 189-93.*
8. *Güzelant A, Gündoğdu Ü, Ar C, Beliner AS, Böncü M, Padir I. Konak Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşayan 40-69 yaş arası nüfusta kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) sıklığı araştırması. Toraks Dergisi 7 Yıllık Kongresi Bildiri Özetleri Antalya 2004; 5: TP 638.*

9. Demir A, Büyüksirin M, Erbay G ve ark. Dünya KOAH günü: KOAH çadırında ölçülen SFT sonuçlarının analizi. *Toraks Dergisi 7 Yıllık Kongresi Bildiri Özetleri Antalya 2004*; 5: PS 182.
10. Örnek T, Tanrıverdi H, Akkoyunlu M, Dutkun Y, Tor M. Zonguldak il merkezinde dünya KOAH günü deneyimi ve sonuçları. *Toraks Dergisi 8 Yıllık Kongresi Bildiri Özetleri Antalya 2005*; 6: TP 240.
11. Kocabas A, Hancioglu A, Turkyilmaz S, et al. Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). *Proceedings of the American Thoracic Society (Abstract Issue) 2006*; 3: A543.
12. Gunen H, Hacievliyagil SS, Yetkin O, Gulbas G, Mutlu LC, Pehlivan E. Prevalence of COPD: First epidemiological study of a large region in Turkey. *Eur J Intern Med* 2008; 19: 499-504.
13. Deveci F, Deveci SE, Turkoglu S, et al. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Elazig, Eastern Turkey. *Eur J Intern Med* 22: 172-6.
14. Dörtbudak Z, Erkan F. İstanbul'da bir ilçede kronik bronşit semptom prevalansı. *Toraks Derneği 1 Yıllık Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Nevşehir 1996*: 55.
15. Hacıoğlu M, Fişekçi F, Özkurt S, Kiter G, Başer S, Zencir M. Denizli ilindeki yaşayan erişkinlerdeki kronik bronşit prevalansı ve etkileyen risk faktörleri. *Toraks Dergisi 2003*; 4: 47, PS-186.
16. *Public Research on Smoking Habits and Campaign against Smoking*. PIAR. İstanbul 1988.
17. Kocabas A, Burgut R, Bozdemir N. Sociodemographic factors affecting smoking behaviour in Turkey. *Solunum Hastalıkları 1994*; 5: 375-86.
18. *National Burden of Disease Study*. Ministry of Health, 2003.
19. *Turkish Statistical Institute Global Adult Tobacco Survey, 2010*.
20. Baris SA, Yildiz F, Basyigit I, Boyaci H. [Smoking prevalence in Kocaeli]. *Tüberk Toraks* 59: 140-5.
21. Başer S, Hacıoğlu M, Evyapan F, Özkurt S, Kiter G, Zencir M. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara İçme Özellikleri. *Toraks Dergisi 2007*; 8: 179-84.
22. Baris SA, Yildiz F, Basyigit I, Boyaci H, Ilgazli A. Prevalence of smoking and chronic obstructive pulmonary disease amongst teachers working in Kocaeli, Turkey. *Multidiscip Respir* 6: 92-6.
23. Çan G, Özlü T. Trabzon İl Merkezinde Sigara İçme Sıklığı. *OMÜ Tıp Dergisi 1999*; 16: 200-3.
24. Oztuna F, Can G, Ozlu T. Five-year outcomes for a smoking cessation clinic. *Respirology* 2007; 12: 911-5.
25. Aytemur Solak Z, Basoglu OK, Erdinc E. [Success of smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. *Tüberk Toraks* 2006; 54: 43-50.
26. Adams P. Turkey's transformation. *Bull World Health Organ* 90: 408-9.
27. Demirtaş N, Seyfikli Z, Topçu S. Sivas Bölgesinden Hastanemize Başvuran Kadın Hastalarda Geleneksel Biomass Kullanımı ile KOAH arasındaki ilişki. *Solunum Hastalıkları 1999*; 10: 148-55.
28. Filiz A, Dikensoy O. Gaziantep Yöresindeki Köylü Kadınlarda Odun Dumanı Maruziyetinin Solunum Sistemi Üzerine Olan Etkilerinin Araştırılması. *Solunum Hastalıkları 2000*; 11: 237-43.
29. Komus N, Albayrak S, Ellidokuz H, Cimrin AH. [Occupational and environmental exposures and relations with pulmonary health]. *Tüberk Toraks* 2008; 56: 275-82.
30. Demircan N, Arıkan S, Ulubas B, Demircan S. Etiology of COPD in Non-Smoker Females. *T Klin J Med Res* 2001; 19: 31-5.
31. Kiraz K, Kart L, Demir R, et al. Chronic pulmonary disease in rural women exposed to biomass fumes. *Clin Invest Med*. 2003; 26: 243-8.
32. Ekici A, Ekici M, Kurtipek E, et al. Obstructive airway diseases in women exposed to biomass smoke. *Environ Res* 2005; 99: 93-8.
33. Demir A, Büyüksirin M, Polat G, et al. KOAH Çadırında Ölçülen SFT Sonuçları ve KOAH Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Toraks Dergisi 2006*; 7: 23-8.
34. Yakışan A, Özbudak Ö, Çilli A, Ögüş C, Özdemir T. KOAH'lı Kadın Hastalardaki Risk Faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi 2006*; 33: 215-9.
35. Eren A, Yurdakul AS, Atıkcın Ş. Akciğer Hastalığı Tamsı Alan 370 Olgunun Analizi. *Solunum Hastalıkları 2003*; 14: 254-65.
36. Uzun K, Ozbay B, Ceylan E, Gencer M, Zehir I. Prevalence of chronic bronchitis-asthma symptoms in biomass fuel exposed females. *Environ Health Prev Med* 2003; 8: 13-7.
37. Çakmak A, Arslan T. Ankara Set Çimento Fabrikasında Çalışan İşçilerde Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı İnsidansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi 1998*; 46: 345-51.
38. Sin DD, Anthonisen NR, Soriano JB, Agusti AG. Mortality in COPD: Role of comorbidities. *Eur Respir J* 2006; 28: 1245-57.
39. Celli BR, Cote CG, Marin JM, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 1005-12.
40. *Sağlık İstatistikleri 1964-1994*. Sağlık Bakanlığı APK Dairesi yayınları, Ankara 1995.
41. Republic of Turkey Ministry of Health Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health Başkent University. National Burden of Disease and Cost Effectiveness Project Burden of Disease Final Report. December 2004.
42. Tertemiz KC, Komus N, Ellidokuz H, Sevinc C, Cimrin AH. [Mortality and factors affecting mortality in chronic obstructive pulmonary disease]. *Tüberk Toraks* 60: 114-22.
43. Kuyucu T, Guclu SZ, Saylan B, 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. *Tüberk Toraks* 59: 328-39.
44. Sertogullarından B, Gumrukuoglu HA, Sezgi C, Akil MA. Frequency of pulmonary hypertension in patients with COPD due to biomass smoke and tobacco smoke. *Int J Med Sci* 9: 406-12.
45. Hacievliyagil SS, Mutlu LC, Gülbaş G, Yetkin Ö, Günen H. Göğüs Hastalıkları Servisine Yatan Hastaların Hastane Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması. *Toraks Dergisi 2006*; 7: 11-6.
46. Polatlı M, Bilgin C, Saylan B, et al. A cross sectional observational study on the influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: The COPD-Life study. *Tüberk Toraks* 2012; 60: 1-12.
47. SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Türkiye Kronik Havayolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Ankara 2009.