

# Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Astım Olgularında Uzun Dönem Sigara Bırakma Oranları ve İki Grup Arasındaki Farklılıklar

## Long-term Smoking Cessation Rates and Differences in Outpatients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma

Zeynep Pınar Önen, Elif Şen, Banu Eriş Gülbay, Öznur Akkoca Yıldız, Turan Acıcan, Sevgi Saryal, Gülseren Karabıykoğlu  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Sigara solunum sistemi hastalıklarına önemli katkısı olan bir faktördür. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişiminde temel risk faktörüdür ve astım kontrolünü olumsuz şekilde etkiler. Bu nedenle solunum sistemi hastalıklarında sigaranın bırakılması prognozu etkileyen önemli yöntemlerden birisidir. KOAH ve astım hastalarında uzun dönem sigara bırakma oranlarını belirlemek ve hastalıklar arasındaki farklılıkları kıyaslamak.

**Gereç ve Yöntem:** 2007 yılında aktif sigara içen 42 KOAH ve 28 astım hastası prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların tamamı Fagerstrom nikotin bağımlılık testini ve genel özellikleri değerlendirmeyi sağlayan anketi cevapladılar. Başlangıç solunum fonksiyon testleri ve CO ölçümleri yapılan hastalara tedavileri başlandı. Demografik özellikleri ve 24 aylık takip sonuçları raporlandı.

**Bulgular:** KOAH olgularının daha yaşlı, toplam tüketilen sigara miktarının yüksek ve bununla doğru orantılı, belirgin bir hava yolu obstrüksiyonu olduğu görüldü. Bir yılın sonunda astım hastalarının (%32 ve %18) KOAH (%55 ve %9) ile kıyaslandığında sigara bırakma oranlarının düşük ve rölaps oranlarının da yüksek olduğu görüldü. Astım hastalarının büyük çoğunluğu kadınlardan oluşuyordu ve bu grupta erkek astım hastalarına göre sigara bırakma oranları daha düşük ve rölaps oranları da dikkat çekici bir şekilde daha yüksekti. İki yılın sonunda KOAH için sigara bırakma oranları %45 ve astım içinse %18 oranlarına düşmekteydi.

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçları, solunum sistemi hastalıklarında sigara bırakmanın hala büyük bir sorun olduğunu göstermektedir. Sigara her ne kadar astım etiolojisinde yer almasa da tütün bağımlılığı astım olguları için daha önemli bir sorun olup sigara bırakma başarıları düşük ve rölaps oranları daha yüksektir. (*Tur Toraks Der 2011; 12: 67-71*)

**Anahtar sözcükler:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, sigara bırakma

Geliş Tarihi: 04.02.2010

Kabul Tarihi: 04.04.2010

### ABSTRACT

**Objective:** Smoking is an important contributor to respiratory diseases and is the major etiological factor for the development of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and adversely affects control of asthma. For this reason, smoking cessation is the one of the most important ways to improve the prognosis of patients with respiratory disease. Our aim was to determine the characteristics with the long-term smoking cessation rates of outpatients with COPD and asthma and compared the differences between the diseases.

**Material and Method:** 42 smokers with COPD and 28 asthma patients were prospectively evaluated in 2007. All of the patients answered the Fagerstrom test with a regular questionnaire of general characteristics. Baseline spirometry and CO oximetry were performed. The 24 months follow-up results and demographic characteristics were reported.

**Results:** COPD patients were older and the total amount of smoked cigarettes was higher with an evident airway obstruction. In the first year, the smoking cessation rate was less with high tobacco dependence relapses in outpatients with asthma (32% and 18%) compared with COPD (55% and 9%). Asthma patients were predominantly women and cessation rates were quite low with higher relapse rates in women compared with men. At the end of 2 years follow up, smoking cessation rates for COPD was 45%, whereas this was 18% for asthma, which was dramatically low.

**Conclusion:** Results of this analysis confirm that smoking cessation is still a huge problem to be solved in respiratory diseases. Even if smoking is not an etiological factor in asthma, tobacco dependence is more severe and long-term cessation rates are very low with high relapses. (*Tur Toraks Der 2011; 12: 67-71*)

**Key words:** Chronic obstructive pulmonary disease, asthma, smoking cessation

Received: 04.02.2010

Accepted: 04.04.2010

### GİRİŞ

Sigara solunum sistemi hastalıklarından olan, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişiminden ve hastalık seyrinin kötüleşmesinden sorumlu en önemli önlenebilir faktördür [1]. Bugünkü veriler ışığında sigaranın astım gelişiminde rolü olmadığı düşünülmekle birlikte,

hasta olan kişilerin tedavi yanıtını bozduğu ve astım kontrolünü engellediği görülmektedir [2]. Bu hastalıklar tüm dünyada ve ülkemizde solunum ile ilişkili morbidite ve mortalite yükünün büyük kısmını oluşturmaktadır [3]. Bu nedenle hastalık seyrini düzeltmek ve mortaliteyi azaltmak için alınacak en anlamlı önlemin sigarayı bırakmak

olduğu herkes tarafından kabul görmektedir [4]. Ancak nikotin bağımlılığı nedeniyle rölaps ve remisyonlarla giden sigara bırakma başarısı, KOAH ve astım olgularında ne yazık istenen düzeylerde değildir [5].

Sigarayı bırakmak KOAH'ın tüm evrelerinde hastalığın ilerlemesini yavaşlatır. Bu nedenle KOAH tanısını yeni alan olguların sigarayı erken dönemde bırakmak istedikleri gösterilmiştir. Ayrıca KOAH hastalarının KOAH olmayanlara göre sigarayı daha zor bırakabildikleri göz önünde bulundurulduğunda en kısa sürede sigara bırakmaya yönlendirilmelidirler. Sigara bırakmanın tedavi ile desteklenmesi ise bırakma başarısını artırabilmektedir. Uzun süreli başarı oranlarına bakıldığında ise oranların %35 civarında olduğu görülür [6].

Aktif sigara içmek bronş aşırı duyarlılığını ve toplam immunglobülin (Ig) E düzeyini artırmaktadır [7]. FEV<sub>1</sub> deki azalmanın astımlı hastalarda sigara içen grupta daha belirgin olduğu düşünülmektedir [8,9]. Sigara içmenin astımdaki rolü halen aydınlatılması gereken bir sorun olmakla birlikte, sigara içen astım hastalarının içmeyenlere göre semptomları daha ciddi, atakları daha sık olmakta ve daha kötü seyretmektedir [10]. Sigara içmek astımla ilişkili hastaneye başvuru ve ölüm riskini artırmaktadır [8,11]. Bu nedenle sigarayı bırakma konusunda desteklenmeli ve uzun süreli sigara bırakma başarısı için sigara bırakma programlarına alınmalıdır [12].

Solunum sistemi hastalıklarında sigara bırakma yöntemleriyle ilgili yaklaşımlar olmakla birlikte, kılavuzlarda daha çok genel yöntemlere yer verilmektedir. İki hastalık arasında sigara içme ve bırakma yönünden benzerlik ve farklılıklar net olarak ortaya koyulamamıştır. Biz bu çalışmada iki hastalık grubuna ait sigara içme özelliklerini, uzun dönem sigara bırakma başarısını, rölaps oranlarını ve etki eden faktörleri belirlemek istedik.

## GEREÇ ve YÖNTEM

2007 yılında aktif sigara içen 42'si KOAH ve 28'i astım olan, 70 solunum sistemi hastası prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Olgular, ilk başvurularında anket (antropometrik parametreler, yaş, cinsiyet, tıbbi özgeçmiş, sigara hikayesi, aile öyküsü, eşlik eden hastalık, eğitim düzeyi, daha önce aldığı tedavi protokolleri, solunum sistemine ait patolojilere bağlı yıllık hastaneye yatış sıklığı), eksalasyon havasında CO ölçümü ve fizik muayeneden oluşan protokolle değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen olguların tamamı, Fagerstrom nikotin bağımlılık testini ve genel özellikleri değerlendirmeyi sağlayan anketi cevapladılar. Tam kan, biyokimya, CRP, SaO<sub>2</sub>, EKG, solunum fonksiyon testi, postero-anterior ve lateral akciğer grafilerinden oluşan laboratuvar incelemeleri yapıldı.

En geç 15 gün sonrasına sigara bırakma günü belirlendi. Bu süre içerisinde, metabolizma hızları ve yağsız vücut kitle indeksleri 'TANİTA' adı verilen cihazla değerlendirildi. Uyulması gereken davranış modeli, beslenme, sıvı tüketimi önerileri, günlük programlarına ve sağlık koşullarına uygun aktiviteler planlandı. Karbon monoksit ölçümleri tekrar yapılan hastalara kılavuzlara uygun bir şekilde benzer davranış tedavisi mutlaka verildi. Herhangi bir nedenle ilaç tedavisi alamayan olgular dışında medikal tedavi protokolleri başlandı.

Olgular sağlıkla ilişkili kayıtlarına göre, KOAH ve astım olmak üzere iki gruba ayrıldı. Tüm olgular aynı parametrelerle en az 24 ay süre ile takibe alındı. Takipler yüz yüze veya telefonla görüşme şeklinde düzenlendi. İlk ay, ayda iki kez, daha sonra ayda bir kez olmak üzere 3 ay süreyle izlenen olguların sonraki takipleri 3 ayda bir olmak üzere planlandı. Ancak daha sık görüşme talebinde bulunan olgularla ek ara görüşmeler yapıldı. Bütün hastalar, yazılı hasta onay formu verdikten sonra çalışmaya dahil edildi. Sigara bırakma kişilerin kendi ifadeleri ve CO<10 ppm düzeyi ile doğrulandı. Bütün hastalar, yazılı hasta onay formu verdikten sonra çalışmaya dahil edildi.

## İstatistik

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken 'Statistical Package for Social Sciences' (SPSS) for Windows 11.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistik yöntemlerle; ortalama ve standart sapma sonuçları elde edilmiştir. Veriler normal dağılım göstermekteydi bu nedenle, niceliksel karşılaştırılma için Student t testi ve parametreler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi için Pearson korelasyon testi kullanıldı. Alt grup analizleri yapılırken 'ANOVA' testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılması için ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinde ise tek değişkenli lojistik regresyon analizi kullanıldı. Tek değişkenli regresyon analizinde istatistik düzeyde anlamlı bulunana tüm parametreler çoklu regresyon analizinde kullanıldı. Çoklu regresyon analizi ile tedavi gruplarına göre sigara bırakma başarısı belirlendi. Yine aynı yöntemle eşlik eden hastalıkların sigara bırakma başarısı üzerine etkileri kıyaslandı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

## BULGULAR

Başvuru sırasında astım hastalarının ortalama yaşları 41±10 yılı ve KOAH grubunda yer alan hastalara göre anlamlı derecede daha küçüktü (p<0.0001). Astım hastalarının %82'sini, KOAH hastalarının ise %40'ını kadınlar oluşturuyordu. Başvuruyu yönlendiren nedenler sorgulandığında, astım hastalarının %71 oranında kendi isteği ile sigarayı bırakmak için başvurduğu öğrenildi. Bu oran KOAH hastalarında %76'ya çıkıyordu. Her iki grupta sigara bırakma konusunda yüksek oranda motiveydi. Var olan hastalıkları ve/veya daha fazla hastalanma kaygısı, sigarayı bırakma gerekçeleri arasında beklendiği kadar yüksek bir yer oluşturmuyordu ve benzerdi; KOAH ve astım grubunda sırasıyla %45 ve %46 oranındaydı. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda, tüketilen toplam sigara miktarı astım hastalarına göre daha yüksekti (p<0.001). Beklendiği gibi başlangıç FEV<sub>1</sub>, FEF<sub>25-75</sub> ve FEV<sub>1</sub>/FVC oranı daha düşüktü (p<0.001). Çalışmaya dahil edilen olguların genel özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Astım hastalarının %85 ve KOAH hastalarının ise %81 gibi yüksek bir oranı daha önce sigarayı bırakmayı düşündüğünü ve her iki grubun %69 oranında fiilen denediği öğrenildi. Her iki hasta grubunun sigara bırakma konusunda kendi girişimlerinin ön planda olduğu ve destek

**Tablo 1.** Çalışmaya dahil edilen olgularının başvuru sırasındaki genel özellikleri

	KOAİ (n=42)	ASTİM (n=28)	p
Yaş (yıl)	55±11	41±10	<0.0001
Cinsiyet (K/E)	17/25	23/5	<0.0001
Sigaraya başlama yaşı	18±5	16±4	>0.05
Sigara sayısı (/gün)	18±8	22±10	>0.05
Sigara (pk-yıl)	42±25	21±15	<0.0001
Fagerstrom nikotin bağımlılık puanı	5.6±2.6	6.7±2.2	>0.05
CO (ppm)	22±19	26±20	>0.05
FEV <sub>1</sub> (%)	66±23	81±11	0.01
FVC (%)	78±22	90±13	0.02
FEV <sub>1</sub> /FVC	66±13	79±9	0.01
FEF <sub>25-75</sub> (%)	46±24	65±23	0.01
SaO <sub>2</sub> (%)	90±7	95±2	>0.05
Total kolesterol	210±41	183±32	0.02
Trigliserik asit	170±10	186±18	>0.05
LDL	111±32	118±35	>0.05
HDL	47±13	45±10	>0.05

Veriler ortalama±SD veya sayı (yüzde)

alan hastaların ise sigara bırakma yöntemi olarak akupunkturu tercih ettiği öğrenildi. Hastaların hiç birinin sigarayı uzun süreli bırakmayı başaramadığı öğrenildi. Yine iki grupta yer alan olguların yarısından fazlası yüksek öğrenim mezunuydu (p>0.05).

Hastaların tamamında davranış tedavisinin yanı sıra farmakolojik tedavi önerildi. Ancak KOAH ve astım hastaları sırasıyla %41 ve %42 oranında ilaç fiyatlarını karşılamayacakları söyleyerek tedavi almayı reddettiler ve sadece bireysel danışmanlıkla yürütülen davranış tedavisi aldılar. Hastalıklara göre verilen tedaviler Tablo 2’de özetlenmiştir. Birinci yıl sonunda hastaların sigara bırakma ve rölaps oranları Tablo 3’de gösterilmiştir.

İkinci yıl sonunda sigara bırakma başarısı KOAH olgularında %45’e düşerken astım grubunda %18 gibi dikkat çekici bir orana gerilemiştir (p<0.0001) (Tablo 4). Bu olgularda sigaraya tekrar başlama nedeni %90 oranında “sigara içme isteği” şeklinde tanımlanmıştır. Tedavi seçeneklerinin sigara bırakma ve rölaps üzerine etkilerine bakıldığında hiçbir tedavinin diğerine üstünlüğü gösterilememiştir. Ancak rölaps oranları KOAH olgularında sadece davranış tedavisi alan grupta görülürken astım olgularında kombinasyon tedavisi hariç tüm tedavi seçenekleri ile görülmüştür (p>0.05).

Astım hastalarının sigarayı bırakma oranları KOAH hastalarından daha düşüktü ve rölaps oranları da istatistiksel düzeyde anlamlı oranda yüksekti (p=0.01). Kadın astım hastalarının sigarayı bırakma başarıları kadın KOAH hastalarına göre anlamlı derecede daha düşüktü (p<0.001) ve rölaps oranları da bu grupta çok yüksekti (p<0.001). Astım hastalarında sigara bırakma başarısını tek başına olumsuz etkileyen en önemli faktör eşlik eden depresyondur.

Bu çalışmada sigara içen olguların %81’i yılda en az bir kez doktora gittiklerini, %90’ı her yıl mutlak bir sağlık

çalışanını gördüklerini belirtiyor. Tüm olgular, doktor ve sağlık personeli tarafından sigara ve kronik hastalıklar hakkında bilgilendirilmek istiyordu.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada solunum sistemi hastalıklarından KOAH ve astımın eşlik ettiği hastalarda sigarayı bırakmak için yüksek oranda motivasyon olmasına karşın uzun süreli bırakma başarısının genel topluma göre çok daha düşük olduğu görüldü. Sigarayı bırakan hastaların rölaps oranlarına bakıldığında ise astım hastalarının zaten düşük olan sigara bırakma başarılarının uzun dönem rölaps oranlarının yüksek olması nedeniyle, KOAH hastalarına göre çok daha düşük olduğu kaydedildi. Seçilen tedavilerin sigara bırakmaya katkısının olmadığı, ancak astım hastalarında eşlik eden depresyonun doğrudan sigara bırakma başarısını azalttığı sonucuna ulaşıldı.

Çalışmaya dahil edilen astım hastalarının beklenenin aksine daha erken yaşta sigara içmeye başladıkları görülmüyor. Diğer taraftan sigara içmeye daha geç yaşta başlanmasına rağmen, tüketilen toplam sigara miktarı KOAH hastalarında anlamlı derecelerde daha yüksekti. Bu nedenle beklendiği gibi başlangıç hava yolu obstrüksiyonları KOAH grubunda daha belirgindi. Solunum fonksiyon testinin sonuçlarından KOAH’da daha belirgin olmakla birlikte her iki hastalıkta da FEF<sub>25-75</sub> değerinin düştüğü görüldü. Buradan yola çıkarak, solunum sistemi hastalıklarında sigara içildiğinde, küçük hava yollarında inflamasyona bağlı obstrüksiyonun büyük hava yollarından daha önce ve önemli bir düşüş gösterdiği söylenebilir. Elde edilen bu sonuçlar Hogg ve arkadaşlarının 2004 yılında KOAH hastalarında yaptığı çalışmanın sonuçları ile benzerdir [13]. Diğer çalışmalarda da, sigara içen ama henüz duyarlılığını kaybetmemiş solunum sistemi hastalarında, hastalıklarını değerlendirirken solunum fonksiyonlarında

bozulma gibi daha güçlü dayanaklardan yararlanmak, sigara bırakma konusunda ek motivasyon sağlayabildiği gösterilmiştir [14-16]. Ancak bizim hastalarımızda hava yolu obstrüksiyonunun sigara bırakma başarısı üzerine olumlu ya da olumsuz katkısı gösterilememiştir.

Her iki grupta yer alan hastaların yaklaşık yarısı hastalıklarını gerekçe göstererek sigarayı bırakmak istediklerini beyan etmekteydi. Ancak hekim önerisi ile başvuran olgu sayısı yaklaşık %20 gibi yüksek bir oranla karşımıza çıkıyordu. Kronik hastalıkları nedeniyle düzenli takip edilen bu hastalar hekimleri tarafından uyarılıyor ve destekleniyordu. Yayınlanmış çalışmaların sonuçlarından, sigarayı bırakmak için en sık kullanılan ve bir o kadar da önemli olan motive edici unsurun sağlıkla ilişkili kaygılar olduğu görülmektedir. Sigara içen ve solunum sistemi ile ilişkili semptom tanımlayan kişiler hiçbir şikayeti olmayan kişilere göre sigara bırakma konusunda daha motive görünüyorlar [17]. Diğer taraftan sigarayı bırakma konusunda desteklenseler bile genellikle başarısız oluyorlar [18].

Hastaların çok yüksek oranda motive olmaları ve kendi istekleri ile başvurduklarını söylemelerine karşın özellikle ekonomik nedenlerle yaklaşık %40 oranında önerilen ilaç tedavisini almadıkları görüldü. Astım ve KOAH hastalarının tamamına kılavuzlarda önerildiği şekli ile bireysel danışmanlıkla yürütülen davranış tedavisi verildi. Farmakolojik tedavi olarak; nikotin replasman tedavisi (NRT), bupropion ve her ikisinin kombinasyonları uygulanmıştır. Hastalar 2007 yılında çalışmaya alındığı ve o dönemde vareniklin ülkemizde olmadığı için bu çalış-

mada yer almamaktadır. Tedavilerin KOAH ve astım hastalarında, sigara bırakma başarısı üzerine olumlu ya da olumsuz etkileri olmamıştır ve hiçbir tedavinin (tek başına davranış tedavisi de dahil olmak üzere) istatistiksel anlamda diğerine üstünlüğü gösterilememiştir. Literatürden elde edilen bilgilerle birleştirildiğinde, bu standardizasyonu her hastaya benzer şekilde uygulanan davranış tedavisi sağlamış olabilir [19-22]. Ancak rölaps oranlarına bakıldığında sadece davranış tedavisi alan astım olgularının, ilk ve ikinci yıllar için anlamlı bir oranda daha yüksek rölaps oranlarına sahip olduğu görülür.

Sigarayı bırakmak için başvuran KOAH ve astım hastalarının yarısından fazlası üniversite mezunuydu. Bu durum hastalık ve sigara arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşıldığını düşündürüyordu. Ancak eğitilmiş olmak sigara bırakma başarısı üzerine olumlu bir etki sağlamıyordu.

Çalışmaya alınan astım ve KOAH hastalarının, uzun dönem sigara bırakma başarılarına bakıldığında birinci yılın sonunda KOAH hastalarının yarısından fazlasının (%55) sigarayı bıraktığı kendi beyanları ve CO ölçümleri ile doğrulanmıştır. İkinci yıl sonunda bu hastalarda oranın %45'e gerilediği görüldü. Sonuçlar KOAH hastalarında yapılan çalışmaların sonuçlarına benzemekle birlikte bireysel danışmanlık hizmetinin katkısıyla bir miktar daha yüksek olup, KOAH hastaları için ümit vaat etmektedir. Oysa astım hastalarında bu oranların beklenin aksine çok düşük olduğu fark edildi. Sigarayı bırakmak için başvuran her 3 astım olgusundan biri birinci yıl sonunda sigarayı bırakabilirken, ikinci yılda 5 astım olgusundan dördünün sigara içmeye devam ettiği görüldü. Etki eden faktörlere bakıldığında kadın cinsiyet ve eşlik eden depresyonun sigara bırakma başarısını yarı yarıya azalttığı belirlendi.

Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında, astım hastalarının sigara içme oranlarının genel topluma benzerlik gösterdiği görülür. Ancak astım çalışmaları genellikle sigara içmeyen olgular üzerine yoğunlaşmıştır. Sigara içen astım hastalarına bakıldığında ölüm riskinin, solunum fonksiyonlarındaki düşme hızının, hastaneye yatarak tedavi olma oranının ve astım bulgularının içmeyen hastalara göre anlamlı şekilde arttığı görülür [11,12,23]. İki hastalığın kıyasladığı çalışma sayısı sınırlıdır.

**Tablo 2.** Çalışmaya dahil edilen olgulara uygulanan tedaviler ve oranları

Uygulanan tedaviler	KOAİ n (%)	ASTİM n (%)
Davranış tedavisi	17 (%41)	12 (%42)
Nikotin replasman tedavisi (NRT)	14 (%33)	10 (%36)
Bupropion	9 (%21)	3 (%11)
NRT+Bupropion	2 (%5)	3 (%11)

**Tablo 3.** Çalışmaya alınan olguların birinci yıl sonunda sigara bırakma oranları

	KOAİ n (%)	ASTİM n (%)	p
Sigara içmiyor	23 (%55)	9 (%32)	0.01
Sigara içiyor	15 (%36)	14 (%50)	0.01
Rölaps	4 (%9)	5 (%18)	0.01

**Tablo 4.** Uygulanan tedavilere göre 2. yıl sonunda sigara bırakma ve rölaps oranları

Tedaviler	Kardiyopulmoner hastalıklar			Diğer eşlik eden hastalıklar		
	Sigara içiyor	Sigara içmiyor	Rölaps	Sigara içiyor	Sigara içmiyor	Rölaps
Davranış tedavisi	10 (%24)	3 (%7)	4 (%10)	8 (%28)	2 (%7)	2 (%7)
NRT	5 (%12)	9 (%22)	-	5 (%18)	3 (%11)	2 (%7)
Bupropion	3 (%7)	6 (%14)	-	-	2 (%7)	1 (%4)
NRT+Bupropion	1 (%2)	1 (%2)	-	1 (%4)	2 (%7)	-

Nikotin bağımlılığı rölaps ve remisyonlarla giden, motivasyonun düştüğü dönemlerde uzun süreli sigara bırakan olgularda bile, tekrar sigaraya başlamaya neden olan bir özelliğe sahiptir. Öyle ki sigara günlük yaşamın stres ve zorlukları ile baş edebilme yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Diğer taraftan zaten kronik bir hastalığı olan kişiler yaşam kaliteleri dışında bir beklentileri olmadığını ve sigaranın ise bu noktada vazgeçilmez olduğunu tanımlamaktadır. Altta yatan hastalıklarının da etkisiyle bu kişilerde depresyon görülme sıklığı artmaktadır ve sigarayı bırakmak daha zorlaşmaktadır. Bırakan olgularda ise duygu durum değişikliği ile birlikte rölaps oranları artmaktadır [24-26]. Bu çalışmadaki hastaların rölaps oranlarına bakıldığında, KOAH grubunda ilk yıl %9 ve ikinci yıl %10 gibi benzer ama toplamda yüksek bir rölaps görüldü. Astım hastalarının ise sırasıyla her yıl için %18 ve %14 gibi çok daha yüksek rölapslarla karşı karşıya kalınlmaktaydı.

Bu çalışmayı kısıtlayan en önemli faktör, alınan olgu sayısının sınırlı olmasıydı. Çalışmada takip süresinin uzun tutulması araya giren ataklar nedeniyle randevulara gelememe, takip düzenlerini aksatmaya yol açabilmekteydi. Bu nedenle başlangıçta alınan hasta sayısı daha yüksek olmasına karşın istenen süre ve sıklıkta izlenen hastaların sayısı iki yıl sonunda istenilen düzeyde kalamamıştır.

## SONUÇ

Solunum sistemi hastalıklarının yaygınlığı ve sigarayla olan sebep sonuç ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda sigara için KOAH ve astım hastalarının en etkin tedavisi sigarayı bırakmaktır. Kronik hastalıkları nedeniyle düzenli olarak takip edildikleri merkezlerde hekimler tarafından sigara bırakma konusunda uyarılmak ve yönlendirilmek, sağlıkla ilişkili kaygıları nedeniyle yüksek olan motivasyonlarını uygulamaya geçirmeye neden olmaktadır. Bu nedenle her basamaktaki hekimlere en azından uyarma noktasında iş düşmektedir. Solunum sistemi hastalıklarında sigara bırakma tedavileri zor ve zahmetlidir. Bu nedenle deneyimli ve donanımlı merkezlerde bireysel danışmanlık hizmeti ile yürütülmesi başarı oranlarını artırabilmektedir. Daha önce başarısız deneyimlerden etkilenmek doğru değildir. Ancak başarısız olduğu hasta tarafından düşünülen yöntemin tekrarlanması toleransı artırmaktadır bu nedenle farklı yöntemin tercih edilmesi hasta uyumunu artırabilmektedir.

## Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD 2009. <http://www.goldcopd.org> sitesinden ulaşılabilir (Erişim tarihi 18.03.2010).
2. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004; 328: 217-9. [CrossRef]
3. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults United States, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007; 56: 1157-61.
4. Ezzati M, Lopez AD. Regional, disease specific patterns of smoking attributable-mortality in 2000. *Control* 2004; 13: 388-95. [CrossRef]
5. Barr RG, Celi BR, Mannino DM, et al. Comorbidities, patient knowledge, and disease management in a national sample of patients with COPD. *Am J Med* 2009; 122: 348-55. [CrossRef]
6. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002; 121: 932-41. [CrossRef]
7. Viegi G, Sherrill DL, Carrozzi L, et al. An 8-year followup of carbon monoxide diffusing capacity in a general population sample of northern Italy. *Chest*, 2001; 120: 74-80. [CrossRef]
8. Viegi G, Matteelli G, Annesi I. Epidemiology of asthma. In: Chung F, Fabbri LM, eds. *Asthma*. *Eur Respir Mon* 2003; 23: 1-25.
9. Ulrik CS, Lange P. Cigarette smoking and asthma. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001; 56: 349-53
10. Thomson NC, Chaudhuri R, Livingston E. Asthma and cigarette smoking. *Eur Respir J*, 2004; 24: 822-33. [CrossRef]
11. Hylkema MN, Sterk PJ, de Boer WI, Postma DS. Tobacco use in relation to COPD and Asthma. *Eur Respir J*, 2007; 29: 438-45. [CrossRef]
12. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390-417.
13. Hogg JC, Chu F, Utocparach S, et al. The nature of small airway obstruction in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 2645-53. [CrossRef]
14. Clotet J, Gomez-Arbones X, Ciria C, Aldalad JM. Spirometry is a good method for detecting and monitoring chronic obstructive pulmonary disease in high-risk smokers in primary health care. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 155-9. [CrossRef]
15. Stratelis G, Jakobsson P, Molstad S, Zetterstrom O. Early detection of COPD in primary care: screening by invitation of smokers aged 40 to 55 years. *Brit J Gen Pract*, 2004; 54: 201-6.
16. Görecka D, Bednarek M, Nowiński A, Puścińska E, Goljan-Geremek A, Zieliński J. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop-smoking rate. *Chest* 2003; 123: 1916-23.
17. Hughes JR. Comorbidity and smoking. *Nicotine Tob Res*, 1999; 1: s149-52. [CrossRef]
18. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet*, 2001; 357: 1571-5.
19. Uyar M, Bayram N, Filiz A, et al. Comparison of nicotine patch and bupropion in treating tobacco dependence. In abstracts 15th European respiratory Society Annual congress; 2005 Sep 17-21; Copenhagen, Denmark; 2005. p. 388.
20. McEwen A, Werst R. Do implementation issues influence the effectiveness of medications? The case of nicotine replacement therapy and bupropion in UK Stop Smoking Services *BMC Public Health*, 2009; 9: 28.
21. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 2: CD001007.
22. Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 3: CD000146. [CrossRef]
23. Althuis MD, Sexton M, Prybylski D. Cigarette smoking and asthma symptom severity among adult asthmatics. *J Asthma*, 1999; 36: 257-64. [CrossRef]
24. Dierker LC, Avenevoli S, Stolar M, Merikangas KR. Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. *Am J Psychiatry*, 2002; 159: 947-53.
25. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the source of major depression: a follow up study. *Lancet* 2001; 357: 1929-32. [CrossRef]
26. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis*, 1998; 17: 35-46. [CrossRef]