

## Yaşlılık ve Sigara

Hülya Bayız

*Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Sigara içimi önemli bir mortalite, morbidite ve en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Sigara içimi kalp hastalığı, serebrovasküler olay, kanser ve akciğer hastalığının bilinen risk faktörüdür. Yaşlılıkta sigara içimi mortaliteyi artırmaktadır ve sigara içmeyi sürdüren yaşlılarda mortalite içmeyenlerin yaklaşık iki katıdır (1,2). NIH-AARP nin 70 yaş üstü 160 113 katılımcıyı ortalama 6.4 yıl izlediği cohort çalışmasında aktif sigara içen kişilerde mortalite hiç içmeyenlere göre 3.18 kat fazla bulunmuştur (3). Avrupa ülkelerinde yaşayan yaklaşık 2000 yaşlıda yapılan prospektif cohort çalışmasında sigara içiminin mortalite için önemli risk faktörü olduğu bulunmuştur (4). Benzer olarak çinlilerde yapılan 70 yaş üstü Cohort çalışmada sigara içimi ile kardiyovasküler hastalık, kanser ve solunum hastalığından mortalite ile devam eden sigara içimi arasında önemli ilişki bulunmuştur (5). ABD’de yapılan diğer bir çalışmada ise sigara içiminin inme riskini 1.5-3 kat artırdığı bırakılmasıyla besinci yılda riskin bazal düzeye indiği saptanmıştır. Sigara içimi akciğerlerin normal yaşlanma prosesini hızlandırmaktadır ve bir yıl sigara bırakılmasıyla yıllık FEV<sub>1</sub> azalması nın yaklaşık %50 azaldığı gösterilmiştir (6). Sigara içen yaşlı bireylerin kognitif fonksiyonları içmeyen yaşlılarına göre daha düşüktür, yaşlı sigara içicilerde Alzheimer hastalığı daha fazla görülür (7). Sigara içimi genç içicilerde koroner arter hastalığı nedeniyle ölümün artışına neden olurken yaşlı içicilerde akciğer kanserinden ölümü artırır. Yaşlılarda KOAH varlığı mortalitede belirgin artışa neden olur (8).

Avrupa’da yaklaşık %12, Amerika’da %9 65 yaş üstü erişkin sigara içmeyi sürdürmektedir. ABD’de 70 yaş üstü bireyler nüfusun yaklaşık %9.3’ünü oluşturur ve bu oranın 2050 yılında %15.9 olacağı düşünülmektedir. Şu anda yaşayan 70 yaş üstü kişiler

yaşam boyu yüksek prevelansda sigara içimi gösteren kişilerdir (3). Yapılan çalışmalarda yaşlı sigara içicilerin gençlere göre daha ağır sigara içici ve genellikle daha yüksek nikotin bağımlısı olduğu saptanmıştır. Yaşlıların sigara bağımlılıklarında psikososyal etkilerinde önem taşıdığı gösterilmiştir (9,10).

Pek çok yaşlı sigara bırakmak için artık çok geç olduğunu ve herhangi bir kazanım sağlamayacağını düşünür ancak yaşlı nüfusta yapılan çalışmalar bu düşüncenin geçerli olmadığını göstermektedir. Altmışbeş yaşından sonra sigara bırakan erkeklerde sigara içmeyi sürdürenlere göre yaşamın 1.4-2 yıl fazla olduğu kadınlarda ise 2.7-3.7 yıl bir kazanım olduğu görülmektedir (11). Ölüm riskindeki azalma erken bırakanlarda daha belirgin olarak saptanmıştır. NIH-AARP çalışmasında aktif sigara içicilere göre bırakan grupta mortalite riskinin azaldığı bu azalmanın erken bırakanlarda daha belirgin olduğu gösterilmiştir. HR 30-39 yaş 0.41, 40-49 yaş 0.51, 50-59 yaş 0.64, 60-67 yaş için 0.77 olarak hesaplanmıştır. Sigaraya başlama yaşıyla mortalite riski arasında ters orantı günlük içilen sigara miktarıyla doğru orantı vardır (3).

Yaşlılarda sigara bırakılması sağlık kazanımları da sağlamaktadır; inme, solunum yolu hastalıkları ve kanser riskinde azalmaya neden olmaktadır. Koroner arter hastalığı olanlarda myokard enfaktüsü gelişimi ve bu nedenle ölüm azalmaktadır 80 yaşında sigarayı bırakanlarda bile sağkalım uzaması gösterilmiştir bu yaş grubundaki risk azalması belirgin değildir. Sigara bırakma mümkün olduğunca erken sağlanmalıdır (12).

### Yaşlılarda Sigara Bırakma Yaklaşımları

Yaşlılarda sigara bırakma genç içicilerden bazı farklılıklar içerir yaşlılarda sağlıkla ilişkili çok sayıda problemleri vardır. Avrupa'da 65 yaş üstü sigara bırakanların %40'ında bırakma nedenleri sigara ile ilişkili sağlık problemleri olarak bildirmiştir. Tütün kontrol politikalarının iyi uygulandığı ülkelerde sağlık kampanyaları, sosyal baskı, ailenin diğer üyelerine iyi bir rol model olma isteği gibi nedenlerinde bırakmada etkili olduğu bildirilmiştir. Yaşlıların sigara bırakma için motivasyonları değişik düzeylerde dir. Özellikle hastane yatışları sırasında yapılan bırakma girişimleri daha başarılı olmaktadır, hastaneye yatış öğretilerle bir zaman yaratması ve zorlayıcı bir süreç oluşturması nedeniyle bırakma için fırsattır, ancak bu süre çoğunlukla iyi değerlendirilmemektedir. Doktorların yaptığı sigara bırakma önerisinin sigara bırakma oranını artırdığı bilinmektedir. Avrupa ülkelerinde yapılan araştırmada sigara bırakanların sadece %10'u doktorlardan veya diğer sağlık çalışanlarından bırakma önerisi aldıklarını bildirmiştir, bu oran yaşlılarda daha da düşüktür. Oysaki yaşlı erişkinler daha sıklıkla doktora başvurmaktadır. Ayrıca, yaşlıların hastalıklarının etyolojisi ve sigarayla ilişkisi konusundaki bilgilerinin de zayıf olduğu saptanmıştır. Oysaki yaşlılar bırakma için motive edildiklerinde bırakma başarıları gençler kadar hatta daha yüksektir. Sigara bırakma danışmanlık girişimleri yaşlılarda etkili olmaktadır (13).

Sigara bırakma için uygulanan farmakoterapiler de yaşlılarda gençler kadar etkili olduğu saptanmıştır (13,14). Nikotin bağımlılıkları daha yüksek olmasına ve sigara bırakma ilaçları daha az reçetelenmesine rağmen pek çok çalışmada yaşlılarda sigara bırakma oranları daha yüksek bulunmuştur (14).

Randomize klinik çalışmalar ve cohort çalışmaların değerlendirilmeye alındığı bir meta-analizde nikotin yerine koyma tedavilerinin yaşlılarda gençler kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Vareniklin ve bupropion için yeterli çalışma olmaması nedeniyle sonuca varılamamıştır. Bu metaanalizde 60 yaş üstü olgular yaşlı olarak ele alınmıştır (15).

Nikotin replasman tedavisiyle ilgili çalışma güney Kore'de 60 yaş üstü erkeklerde yapılmıştır. Bu çalışmada davranışsal tedaviyle birlikte NRT uygulanmasıyla %57 bırakma oranına ulaşılmıştır (16).

ABD'de yapılan bir diğer geniş kapsamlı çalışmada (7354 olgu 65 yaş üstü) olgulara normal bakım, danışmanlık, danışmanlığa ilave olarak farmakoterapi ve bırakma hattı + farmakoterapi olarak dört farklı protokol uygulanmış, danışmanlık ve farmakoterapi alan grupta nikotin bandı veya bupropion, bırakma hattında olan gruba farmakoterapi olarak nikotin bandı reçete edilmiştir. Bırakma oranları; normal bakım alan grupta %10.2, danışmanlık + farmakoterapi alan grupta %15.8 ve bırakma hattı ve farmakoterapi alan grupta %19.3 olarak saptanmıştır (17).

2008 yılında Abdullah ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 60 yaş üstü kişilerde danışmanlık ve nikotin bandı tedavisinin etkinliği araştırılmış ve idrar kotinin düzeyi bakılarak doğrulanan bırakma oranı altıncı ayda %20 olarak saptanmıştır. 2003 yılında New York'ta 35.000 sigara içicisine ücretsiz nikotin bandı dağıtımı yapılmış ancak bu programda yeralan 65 yaş üstü kişi sayısı sadece 85'tir ve bu kişilerde kendi bildirimlerine göre sigara bırakma oranı altıncı ayda %47 olarak bulunmuştur (18).

Bupropion etkinliğini göstermek amacıyla yapılan beş çalışmanın alt grup analizinde 65 yaş üstü olgular değerlendirilmiş, ancak bu çalışmaların hiçbiri 76'dan fazla kişiyi kapsamadığından yorum yapmak için yeterli değildir (15).

Vareniklin için yapılan güvenlik çalışmalarında yaşlı kişilerde tolere edilebilen güvenilir bir ilaç olduğu gösterilmiştir bu çalışmalarda yer alan olgular normal böbrek fonksiyonlarına sahip olgulardır sadece yaş gözönüne alınarak varenicline için doz ayarlaması gerekli değildir (15).

Sonuç olarak; yaşlılarda sigara içimi mortaliteyi artırmaktadır sigara bırakılmasıyla sağ kalımda uzama ve hastalıkların riskinde azalma sağlanmaktadır. Sigara bırakma girişimleri gençler kadar başarılıdır. Danışmanlık ve farmakoterapi etkili olarak uygulanmalıdır.

**KAYNAKLAR**

1. Smith SS, Fiore MC. The epidemiology of tobacco use, dependence and cessation in United States. *Prim Care* 1999; 26: 433-61.
2. Karnath B. Smoking cessation. *Am J Med* 2002; 112: 399-405.
3. Nash S, Liao L, Harris TB, Freedman ND. Cigarette smoking and mortality in adults aged 70 years and older: results from the NIH-AARP cohort. *Am J Prev Med* 2017; 52: 276-83.
4. Menotti A, Mulder I, Nissinen A, et al. Cardiovascular risk factors and 10 year all cause mortality in elderly European male population. *Eur Heart J* 2001; 22: 573-9.
5. Ho SC, Zhan SY, Tang JL, Chan SG, Woo J. Smoking and mortality in an older chinese cohort. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1445-50.
6. Mitchell BE, Sobel HE, Alexander MH. The adverse health effects of tobacco and tobacco-related products. *Prim Care* 1999; 26: 462-98.
7. Peters R, Poulter R, Warner J, Beckett N, Burch L, Bulpitt C. Smoking, dementia and cognitive decline in elderly, a systematic review. *BMC Geriatr* 2008; 8: 36.
8. Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: Disease consequences and the benefits of cessation. *Am J Health Promot* 2000; 14: 357-61.
9. Hall SM, Humfleet GL, Gorecki CA, Munoz RF, Reus VI, Prochaska JJ. Older versus younger treatment seeking smokers: Differences in smoking behaviour, drug and alcohol use, and psychosocial and physical functioning. *Nicotine Tob Res* 2008; 10: 463-70.
10. Rimer BK, Orlens CT, Keintz MK, Cristinzio S, Fleischner L. The older smoker. Status, challenges and opportunities for intervention. *Chest* 1990; 97: 547-53.
11. Taylor DH, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA. Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Health Promot* 2002; 92: 990-6.
12. Thomas D. Is it useful to quit smoking cessation in the elderly populations? Yes! smoking cessation is beneficial at any age. *Presse Med* 2013; 42: 1019-27.
13. Honda K. Psychosocial correlates of smoking cessation among elderly ever smokers in the United States. *Addict Behav* 2005; 30: 375-81.
14. Lugo A, La Vecchia C, Boccia S, Murisic B, Gallus S. Patterns of smoking prevalence among elderly in Europe. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10: 4418-31.
15. Cackwell P, Blaum C, Sherman SE. Pharmacological smoking cessation therapies in older adults: A review of evidence. *Drugs Aging* 2015; 32: 443-51.
16. Kim H, Oh JK, Lim MK, Jeong BY, Yun EH, Park EY. The national smoking cessation clinics program in republic of Korea: Socioeconomic status and age matter. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14: 6919-24.
17. Joyce GF, Niaura R, Maglione M, Mongoven J, Larson-Rotter C, Coan J et al. The effectiveness of covering smoking cessation services for medicare beneficiaries. *Health Serv Res.* 2008; 43(6):2106-23.
18. Abdullah AS, Lam TH, Chun SK, et al. Effectiveness of mobile smoking cessation service reaching elderly smokers and predictors of quitting. *BMC Geriatr* 2002; 8: 2318-25.
19. Miller N, Frieden Tr, RLiu SY, et al. Effectiveness of large-scale distribution programme of free nicotine patches: Prospective evaluation. *Lancet* 2005; 365: 1849-54.