

PULMONER REHABİLİTASYONA GİDEN HASTALARDA PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME VE YAKLAŞIM

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT AND INTERVENTION IN PATIENTS UNDERGOING PULMONARY REHABILITATION

Erinn Barker

Duke University School of Medicine, Physical Therapy, Durham, North Carolina, USA

e-mail: erinn.barker@duke.edu

DOI:10.5152/tcb.2015.052

Çeviri: Mehmet Oğuzhan Özyurtkan

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

e-mail: moozyurtkan@hotmail.com

Özet

Psikososyal etkenler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda pulmoner rehabilitasyon sürecini anlamlı şekilde etkilerler. Sonuçlar, ilk olarak rehabilitasyon süreci önündeki psikolojik, algısal ve sosyal engelleri berlileyerek, ikinci olarak da uygun girişimler veya hastayı uygun kişilere yönlendirerek, en iyi seviyeye getirilebilir. Toplumun kullanımına uygun, depresyon, anksiyete ve algılama bozukluğunda yeri olan Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), Generalized Anxiety Disorder-7 item test (GAD-7) ve Montreal Cognitive Assessment (MoCA) gibi testlerin hepsi geçerli ve süreci değerlendirmekte güvenilir araçlardır. Depresyon, anksiyete ve algılama bozukluğunun hepsi de hastanın rehabilitasyon programına katılımını etkilerken, sigara içilmesi rehabilitasyon sürecine zarar verir. Psikososyal bir engel olmamakla birlikte sigara kullanımı, hastanın daha iyi sonuç elde edebilmesi ve hastalığın nüks riskini düşürmesi için değiştirmesi gereken bir alışkanlıktır. Etkili motive edici konuşmalar ve sigara bırakma terapileri, hastanın bu zararlı davranışını bırakmasında gereklidir. Psikolog ve aile danışmanı yardımıyla pulmoner rehabilitasyonun başlangıcında bu engellerin ortaya konması ve sorumlu tedavi sağlayıcıların yardımının kaydedilmesi, genel tıbbi uyumluluğu, fiziksel işlevleri ve yaşam kalitesini iyileştirebilir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, anksiyete, pulmoner rehabilitasyon, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, sigarayı bırakma

Abstract

Psychosocial factors significantly affect the pulmonary rehabilitation process in patients dealing with chronic obstructive pulmonary diseases. Their outcomes can be optimized by the evaluation of the psychological, cognitive, or social barriers to the rehabilitation process, followed by appropriate interventions and referral to the suitable practitioners. Publicly available screening tests for depression, anxiety, and cognitive decline, such as the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), Generalized Anxiety Disorder-7 item test (GAD-7), and Montreal Cognitive Assessment (MoCA), respectively, are all valid reliable tools for assessing and measuring progress. Depression, anxiety, and cognitive decline all affect patients' adherence to rehabilitation programs, whereas smoking is counterproductive to the rehabilitation process. Smoking, while not being a specific psychological disorder, is a lifestyle habit requiring patients' willingness to change, to further optimize outcomes and decrease the risk of disease exacerbation. Effective motivational conversations and smoking cessation therapies are necessary for improving patients' willingness to change their detrimental behavior. Addressing these psychosocial barriers in the setting of pulmonary rehabilitation via access to psychologists, family counselors, as well as help from responsible caregivers can improve the patients' overall medical compliance, physical function, and quality of life.

Keywords: Depression, anxiety, pulmonary rehabilitation, Chronic Obstructive Pulmonary Disorders, smoking cessation

GİRİŞ

Bir akciğer hastasının yaşam kalitesinin şekli şemali ve tedaviye yanıtının durumu, onun psikolojik ve sosyal durumuna bağlıdır (1). Örneğin belirgin psikososyal durumların varlığı ve bunlarla ilgilenilmemesi halinde, pulmoner rehabilitasyon programına katılınsa bile akciğer fonksiyonlarındaki iyileşme sınırlı olabilir. Bu

bölüm, pulmoner rehabilitasyon programına katılan hastaların karşısındaki belirgin psikososyal durumları sunmakta ve bunlara karşı nasıl uygun şekilde davranılıp müdahale edilebileceği konusunu tartışmaktadır.

Psikososyal durumlar tanım olarak hem psikolojik hem de sosyaldir. Bunlar sosyal değerler, sosyal destek ve aile, okul, iş, dini kurumlar ve devlet yanında duygusal, bilişsel ve davranışsal komponentler içerir.

Duygular, inançlar, umutlar ve sorunlarla başa çıkabilme davranışları, pulmoner rehabilitasyonun sonuçlarına etki eden psikososyal bileşenlerdendir. Pulmoner rehabilitasyonun fizyolojik cephesiyle psikolojik ve sosyal kaygıların ilişkisi karmaşıktır. Bunun ötesinde, bu kaygıların pulmoner rehabilitasyonun sonuçlarını ne derecede etkileyebileceğin ve bu etkilenmenin nasıl meydana geldiği konusunda kesin bir fikrimiz olmadığını belirtmemiz dürüstlük olacaktır. Ancak, depresyon, anksiyete ve kavrama bozukluklarının pulmoner rehabilitasyonda önem arz eden durumlar olduklarını literatür desteklemektedir (2-4).

Psikososyal kaygıların yaygınlığı

Pulmoner rehabilitasyona yönlendirilecek kadar ciddi kronik solunum hastalığı olan hastalarda psikososyal morbidite siktir. Yazının devamında anksiyete, depresyon, kavrama bozuklukları ve diğer psikososyal kaygıların yaygınlığı tartışılacaktır.

Depresyon ve anksiyete

Depresyon ve anksiyete pulmoner rehabilitasyona yönlendirilen kronik akciğer hastalarından en sık görülen psikososyal durumlardır (3). Akciğer hastaları arasında depresyon ve anksiyetenin yaygınlığı çeşitli çalışmalarda %10 ila %80 arasında değişir (3). Bu değişkenlik iki sebep yüzündendir: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı hastalarında depresyon ve anksiyeteyi ortaya çıkarıp gösteren metodlar ve aletler ile çeşitli çalışmalarda ele alınan hasta gruplarının farklılık göstermeleri. Yaygınlık ciddi KOAH hastalarında ve ilave oksijen tedavisi gerektirenlerde de daha yüksek olacaktır. Bazı tahminlere göre hastalar sağlam kişilere göre, depresyon ve anksiyete göstermeleri açısından iki buçuk kat daha risklidirler (4). Bu psikolojik bozukluklar interstisyel akciğer hastalığı ve pulmoner hipertansiyon gibi diğer akciğer hastalıkları olanlarda da siktir (5).

Algılama bozukluğu

Algılama bozukluğu KOAH'da yaygındır ve kronik hipoksemi ile komplike olabilir (6, 7). Algılama bozukluğu KOAH kötüleştikçe artar (8, 9) ve KOAH hastalarının sırayla %33, %49,5 ve %40'ında Mini-Mental State Examination (MMSE, skor <24/30), Trail Making Test A (TMT-A, süre>94 sn) ve Trail Making Test B (TMT-B, süre >283 sn) testlerinde anormallikler saptanır (7). Bu bozukluklar yakın hafıza, yorumlama, görsel süreç, rakam sıralama, dikkat, dil ve oryantasyon, idrakte esneklik ve değişkenlik kapasitelerini içerir. Algılama bozukluklarının, eğitim ve kişisel yönetim stratejileri açılardan, pulmoner rehabilitasyon ile alakası olduğu

açıktır. Bazıları algılama bozukluğunun hipoksemik KOAH'ın bir ko-morbiditesi değil de öncelikli bir parçası olarak kabul edilmesi gerektiğini önermişlerdir (9). Ayrıca, algılama bozukluğu kişinin kendi ilaç kullanımını, maddiyatını veya temel hayat aktivitelerini yönetebilme kapasitesini kötü yönde etkiler. Basit bir saat çizme gibi bir çizim gerektiren veya diğer amaca dayalı karmaşık algısal görevlere dayalı testlerde bozulan performans, bir hükme varmada problemler olduğunu belirtir ve bunun hipoksemik KOAH hastalarında prognostik olduğu belirtilmiştir (10).

Diğer Psikososyal Kaygılar

Diğer anahtar psikososyal kaygılar arasında sorunlarla başa çıkabilme, stress, motivasyon ve sigara içmek gibi kimyasal bağımlılık vardır. Her ne kadar anksiyete, algılama bozukluğu ve depresyona göre görülme sıklıkları çok belirtilmemiş olsa da, bunlar bir kişinin pulmoner rehabilitasyondan göreceği faydayı azaltabilirler. Tüm bu kaygılarla, aile yardımı gibi sosyal destek şeklinde ilgilenilmeli ve bu şekilde rehabilitasyon için uygun bireysel bir plan oluşturulmalıdır.

Psikososyal kaygıların belirlenmesi

Depresyon

Depresyon, mutsuzluk hissinden major depressif bozukluğa kadar ilerleyen bir davranış bozukluğudur. Basit ruhsal bozukluk tipik olarak, kronik hastalıkta sık görülen, belirlenebilir yaşamsal streslerle ilişkilidir. Basit ruhsal bozukluğu olup da programa uygun şekilde katılan biri, olumlu sonuçlar alır. Ancak, majör depressif bozukluğu olan biri program süresince ciddi şekilde tedavi altında olmalıdır. Bu majör depresyon fark edilip tedavi edilmedikçe, kişi pulmoner rehabilitasyonun kazançlarından faydalanamayacaktır.

Bu kriterlerin farkında olmak önemli olsa da, tanı bir profesyonel tarafından konulmalıdır. Pulmoner rehabilitasyon programı için kritik olan depresyonu izlemek, ihtiyaçları belirlemek ve profesyonel yardım ve tedavi gerektiğinde hastayı yönlendirmektir. Tablo 1'de majör depressif hastalıklar için "Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-5th Edition" tarafından tanımlanan tanısal kriterler verilmiştir (11).

Yakın tarihli bir çalışma, mental hastalıkların PRIME_MD (Primary care Evaluation of Mental Disorders) değerlendirmesinden alınan iki basit sorunun, depresyon için ileri inceleme gerektiren kişileri uygun şekilde (%94,6) tespit edebildiğini belirlemiştir (3, 12, 13).

Son iki haftada, hiç şu durumlarda sıklık hissettiniz mi:

Tablo 1. Majör Depresif Hastalık ve Depresyon Atakları	
<p>Depresif ruh hali veya peşpeşe gelen iki haftada hemen her gün boyunca günlük yaşam aktivitelerine ilgi ve aktivitelerden alınan zevkin azalması.</p> <p>Ruh halinin kişinin temel durumundan farklılık göstermesi.</p> <p>Bozulmuş fonksiyon: sosyal, mesleki, eğitimsel.</p> <p>Bir madde ya da medical durumun yol açtığı fizyolojik etkilere bağlanamaması</p> <p>Başka bir psikoaffektif hastalığa bağlı olmaması</p> <p>Daha önce hiç manik ya da hipomanik atak geçirmemiş olmak.</p> <p>Ciddi bir kaybı takiben depresyon ya da major depresif atak tanısı klinik değerlendirme gerektirir ki bu da kişinin özgeçmişine ve kültürel olarak kayıp karşısındaki üzüntünün ne şekilde gösterildiğine bağlıdır.</p>	<p>Aşağıdaki 9 bulgudan en az 5'inin aynı iki haftalık dönemde hergün mevcut olması:</p> <p>Subjektif raporlarda gösterilen (üzgün hissetmek, boşluk ve umutsuzluk vb) ya da diğerleri tarafından gözlemlenen (ağlamaklı gözükme vb) ve hemen her gün ve gün boyunca depresif ruh hali,</p> <p>Neredeyse her gün ve günün hemen hemen tamamında yapılan aktivitelerin tama yakınında ilgi ya da zevkin belirgin azalması</p> <p>Ciddi kilo değişikliği (%5) ya da iştah değişikliği.</p> <p>Uyku düzeninde değişiklik: uykusuzluk ya da fazla uyuma</p> <p>Aktivitede değişiklik: psikomotor ajitasyon ya da retardasyon</p> <p>Yorgunluk ya da enerji kaybı</p> <p>Suçluluk /değersizlik: kendini değersiz hissetme ya da aşırı veya uygunsuz şekilde suçlu görme</p> <p>Konsantrasyon: düşünme ya da konsantrasyon kabiliyetinde azalma ya da kararsızlık.</p> <p>Sıkça ölüm ya da intiharı düşünme ya da intihar planı yapmak.</p>

-iş yaparken daha az keyif alma veya iş yapmaya ilgide azalma?

-kendini düşkün, deprese veya umutsuz hissetme?

Bu soruların, ileri inceleme gerektiren depresyonun mantıklı şekilde belirlenmesinde duyarlı oldukları gösterilmiştir. Eğer bu soruların birinde cevap olumlu ise (özellikle pulmoner rehabilitasyon sonunda), hastanın ileri incelemeler için ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirilmesi düşünülmelidir.

Pulmoner Rehabilitasyonun Sonucu Olarak Depresyonun ve Depresif Semptomların Belirlenmesi

Her ne kadar PRIME-MD'nin iki sorusu uygun tarama soruları olsa da, depresif semptomları taramanın ve sonuçta depresyonu ölçmenin daha derinlemesine yapılması için diğer belli başlı yaklaşımlara ihtiyaç vardır. İstenen yaklaşımlar fiziksel semptomları (yorgunluk ve bitkinlik gibi) içermemelidirler ki mizaç ve duygusal durumlar, pulmoner rehabilitasyondan veya hastalığın doğal sürecinden kaynaklanabilen fiziksel değişikliklerden ayrılabilir.

Geriatric Depression Scale (GDS) ve Center for Epidemiological Studies Depression Scale Revised (CES-DR), iki olası araçtır. GDS "evet" veya "hayır" şeklinde cevaplanan 15 soruyu içerir, dolayısıyla

cevaplaması hızlıdır (14). GDS'de 5 veya üstü bir skor ileri incelemeyi, 10 veya üzeri üstü skor ise acele tedaviyi gerektirir. Yakın zamanda güncellenen CES-DR, Amerikan Psikiyatri Birliğinin Tanısal ve İstatistikî Rehberinin dördüncü baskısında tanımlandığı şekilde, depresyon bulgularını dokuz grupta ölçer (15). On altı veya aşağısındaki bir skor normal kabul edilir. On altı ile 24 arasındaki bir skor depresyon bulgularının sınırda olduğunu ve hastanın yönlendirilmesi gerektiğini düşündürür. Skoru 24'ün üzerinde olan hastalar ise ileri inceleme için vakit kaybetmeden ilgili merkeze yönlendirilmelidir. Her iki test de tarama ve sonuçların ölçümünde başarıyla kullanılabilir.

Anksiyete

Tipki depresyonda olduğu gibi, anksiyetede de genel anksiyeteden panik atağa kadar uzanan bir yelpaze vardır. Anksiyete sıklıkla depresyonle birliktedir ve bazı raporlara göre ikisi birbirleriyle ilişkisi olan durumlardır (13, 16, 17). Son DSM-5 (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorder-5th edition) anksiyete bozukluklarını ve panik atağı şu şekilde tarifler (11):

Anksiyete bozuklukları aşırı anksiyete, korku ve bunlarla ilişkili davranışsal problemleri içeren bozuk-

Tablo 2. “Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-5” tarafından tanımlanan anksiyete bozuklukları

<p>Bir takım olaylar ve aktivitelerle (iş ya da okul performansı) ilgili günler süren, 6 aydan uzun olmayan aşırı anksiyete ve endişe</p> <p>Endişesini kontrol etmekte zorlanma</p> <p>Anksiyete, endişe ya da fiziksel semptomların ciddi klinik distress ya da bozulmuş sosyal, mesleki ya da diğer önemli fonksiyon alanlarında bozulmaya yol açması</p> <p>Rahatsızlıkların bir madde ya da medical durumun yol açtığı fiziksel etkilere bağlanamaması</p> <p>Rahatsızlıkların diğer mental hastalıklarla iyi açıklanamaması</p>	<p>Anksiyete ve endişenin aşağıdakilerden 3 yada daha fazlasıyla ilişkili olması, en az 3 ya da daha fazla semptomun 6 aydan fazla sürmemek kaydıyla günler sürmesi:</p> <p>Huzursuzluk ya da heyecanlı ya da yerinde duramama hali</p> <p>Kolay yorulma</p> <p>Konsantasyonda bozulma yada aklın durması</p> <p>Çabuk öfkelenme</p> <p>Kas gerginliği</p> <p>Uyku bozukluğu (uykuya dalmada yada uykuyu sürdürmede zorlanma ya da bitkinlik ve tatmin edici olmayan uyku</p>
---	---

luklardır. Korku, gerçek veya yakın olduğu hissedilen tehlikeye verilen duygusal yanıtken, anksiyete gelecekte olacağını hissedilen bir tehlikeye verilen yanıttır. Panik atakları, genelde korkuya farklı bir yanıt verilmesi şeklinde anksiyete bozuklukları arasında yer alır.

Anksiyete; yorgunluk, bitkinlik, uyarılma, hızlı konuşma, uyku bozukluğu, taşikardi, nefes darlığı ve terleme gibi aşırı vücutsal duygulanma ile ilişkili olabilir. Bu semptomların ve Tablo 2'deki kaygıların altı aydan kısa sürecek şekilde ancak günlerce mevcut bulunuyor olması genel anksiyetenin varlığını gösterir. Solunum hastalarında sıklıkla yorgunluk, nefes darlığı, taşikardi ve uyku bozukluğu olduğu için, bunların anksiyetenin dolaylı olup olmadıklarını klinik olarak anlamak güç olabilir.

Uyum bozukluğu adı verilen bir durum ayırıcı tanıda sıkıntı yaratabilir. Burada, tetikleyici olaydan sonraki üç ay içinde görülen, ancak bu olay bittikten sonra altı aydan uzun devam etmeyecek şekilde, ana hayati konulara uyumsuzluk tablosu söz konusudur (4). Eğer kişi, onu yukarıdaki uyum bozukluğuna yönlendiren tetikleyici olayın üzerinden altı ay geçmeden pulmoner rehabilitasyonu programına başladıysa, genel anksiyete ile uyum bozukluğu birbirlerine karışabilir. Bu durumda, hasta programa başlamadan önce belirleyici sıkıntı veren bulgularının olup olmadığı, bunların ne kadardır sürdüğü, psikolojik desteğe yönlendirilip yönlendirilmediğini ortaya koymak önemlidir.

Panik atak süreklilik arz etmekten farklı olarak kavramsal korkular ve nefes darlığının eşlik ettiği çok şiddetli akut anksiyete atakları şeklindedir. Panik ataktan kaynaklanan nefes darlığını, altta yatan hastalık yüzünden meydana gelen ciddi, akut nefes darlığı atağından ayırd etmek klinikte zordur. Panik bozuklukları, beklenmedik anlarda ataklar şeklinde

yanırlar veya mutlaka kişide diğer atakların ani şekilde gelecekleri düşüncesi vardır (11). Panik atak ve panik bozuklukları pulmoner rehabilitasyon dışında, mutlaka üzerine düşülüp tedavi edilmesi gereken durumlardır. Genel anksiyete ve panik atak rehabilitasyonundan maksimum sonuç alınmasını açık şekilde engelleyebilirler. Ancak, uygun destek sayesinde rehabilitasyon ortamı, panik yaşayan hastalar için terapötik hale getirilebilir (17).

Panik bozukluk ve genel anksiyete bozukluğu için tarama

Tıpkı depresyonda olduğu gibi bu kriterlerden haberdar olmak önemlidir, ancak bu durumları teşhis etmek yerine sadece hastaları uygun şekilde gözlemek yeterlidir. Tablo 3 panik bozukluğun tanısında kullanılan DSM-5 kriterlerini listeler. Depresyonu taramak için PRIME-MD'de kullanılan sorulardan aşağıda belirtilen üçü anksiyeteyi taramak amacıyla kullanılabilir(4, 12, 13). İlk iki soru aynı depresyon taramasındaki sorulara benzer şekildedir, ancak üçüncü soru daha ziyade panik atak gibi daha ciddi atakları yakalamaya yöneliktir (4, 12).

Geçen ayda, hiç kendinizi şu şekilde canınız sıkılmış halde hissettiniz mi?

Sinirli, veya kaygılı veya sınırdadır?

Farklı birçok şey için kaygılanmış şekilde?

Son ayda

Hiç anksiyete atağı (ani korku veya panik hissi) yaşadınız mı?

Pulmoner rehabilitasyonun sonunda eğer bu soruların birine cevap olumlu ise, hasta profesyonel bir ruh sağlığı uzmanınca değerlendirilmelidir. Pulmoner rehabilitasyonla alakalı kontrollü egzersiz toplantıları, panik atağın nefes darlığı dönemleriyle ilişkisi olup olmadığını belirlemede önemli bir ortamdır.

Tablo 3. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-5 tarafından tanımlanan panik atak

<p>Aşağıdakilerden bir ya da ikisi atakların en az birini bir ay ya da daha uzun süre takip etmeli:</p> <p>Başka bir panik atak ya da sonuçlarını devamlı düşünmek ve kaygılanmak</p> <p>Ataklarla ilişkili olarak uyumsuz bir davranış değişikliği (egzersiz ya da yabancı durumlardan kaçınmak gibi panik atağı önlemeye yönelik davranışlar)</p> <p>Rahatsızlık bir maddenin veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerinden kaynaklanmaz.</p> <p>Rahatsızlık başka ruhsal bozukluklar ile daha iyi açıklanamaz.</p>	<p>Dakikalar içerisinde pik yapan aşağıdaki semptomlardan dört ya da daha fazlasıyla birliktelik gösteren tekrarlayan panik ataklar</p> <p>Çarpıntı, kalp atım hızında artış.</p> <p>Terleme</p> <p>Titreme ya da ürperme</p> <p>Nefes darlığı ya da sıkışma hissi</p> <p>Boğulma hissi</p> <p>Göğüs ağrısı ya da rahatsızlığı</p> <p>Bulantı ya da karın ağrısı</p> <p>Şaşkınlık, kararsızlık, sayıklama bayılma hali</p> <p>Üşüme ya da sıcaklığa hassasiyet</p> <p>Parestezi (uyuşma ya da karıncalanma hissi)</p> <p>Derealizasyon (gerçekdışılık hissi) ya da depersonalizasyon (kendi gerçeklik duygusundan ya da bedeninden ayrıldığı hissi)</p> <p>Kontrolü kaybetme ya da “çıldırma” korkusu</p> <p>Ölüm korkusu</p>
--	---

Pulmoner rehabilitasyonun sonucu olarak anksiyete ve kaygıyı belirlemek

PRIME-MD'nin üç sorusu rehabilitasyon programları için uygun tarama sorularıdır, ancak eğer daha derin bir anksiyete değerlendirmesi tercih ediliyorsa, anksiyetenin kanıtlanmış ölçme şekilleri de vardır. Genel Anksiyete Bozukluğu 7 (GAD-7), çok hastalıklı popülasyon için geçerli bir taramadır (18). GAD-7 0'dan (asla) 3'e (hemen her gün) kadar ölçek üzerinden cevaplanan yedi ögeli bir taramadır ve bulguların ne kadar stress yarattığını belirten sekiz sorusu vardır. Beş veya üzerindeki bir GAD-7 skoru hafif anksiyeteyi, 10 veya üstündeki bir skor sevk edilme ihtiyacını gösterir. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) ve onun kısaltılmış psikometrik versiyonu olan PSWQ-A, tarama ve sonuçları görmeye kullanılan diğer önemli anketlerdir (18-20). PSWQ 16'dan 80'e kadar skorlanır. Skor 50'nin üzerindeyse, PSWQ kişinin klinik durumunu %71,7 duyarlılık ve %99,9 özgüllükle belirleyebilir. PSWQ-A'da 23 skoru, anksiyeteyi göstermede %77 duyarlı ve %92.5 özgül olan bir kesme değeridir (20). Sık kullanılan diğer anketler arasında the Hospital Anxiety and Depression Scale ve the Chronic Respiratory Questionnaire (20), Ferrains and Powers Quality of Life Index, and the Short Form-36 (21) bulunmaktadır (21).

Algılama bozukluğu

Her ne kadar Montreal Cognitive Assessment skoru testi (24, 25) bilişsel bozukluğu taramada kullanılmakta ve rehabilitasyon programı sonrası gelişmeleri takip edebilmek amacıyla bir temel ölçüt veriyor olsa da, algılama bozukluğunu taramada altın standart Mini Mental State Exam testidir (6, 22, 23). MMSE'nin hafif bozukluğu düzgün şekilde fark edebilme kapasitesi hakkında karşıt görüşler bulunmaktadır. MMSE daha önceden tariflenmiştir ve 23/30'un altında skoru olanların nörolog veya konuşma dili patoloğuna daha ileri inceleme için yönlendirilmesini önerir. MoCA 2005 yılında Nasreddine tarafından tariflenmiştir ve şu şekilde tanımlanır:

MoCA tamamlanması 10-15 dakika kadar süren ve ciddi algısal durumu belirleyen 30 puanlık bir testtir. Yirmi altının altındaki bir skor ciddi algılama bozukluğunu gösterir. Test, saat çizme görevi (3 puan) ve üç boyutlu küp kopyalama (1 puan) kullanarak görsel-işitsel algı yeterliliğini belirler. Düz çizgi çizme (1 puan), akıcı konuşma (1 puan) ve iki-maddeli fiil çıkarım görevleriyle (2 puan) yönetim fonksiyonlarının bir çok özelliği belirlenir. Heceleme karmaşık olan iki cümlenin tekrar edilmesi (2 puan) ve bilinen hayvanlarla karşılaştırılıp onların adlandırılmasını amaçlayan (3 puan) üç madde kullanılarak dil

Tablo 4. Hasta uyumunu artırmak için açık uçlu sorular	
Açık Uçlu sorular	Hastayı güçlendiren bilgiler
...konuda ilginizi çeken nokta nedir?	... konuda daha fazla bilgi almak istemiydiniz?
Siz nasıl davranırdınız?	... ile ilgilenmiydiniz?
...nız için ne olması gerekir? anlatabilirmiyim?	Size başkalarının ... konuda nasıl başarılı olduklarını
...dan alacağınız olumlu yönler nelerdir?	...konusu hakkında size bir broşür verebilir miyim?
...manızın olumsuz yönü nedir? yeni ilaçlar, vs.)? ...nız hakkında hangi bilgileri aldınız?	(diyet, konulan tanı, evde uygulanacak egzersiz programı,
...nıza engel olan nedenler nelerdir?da daha önceden hangi bilgilere sahiptiniz?
...nız için ne tür bir desteğe sahipsiniz?	...da sormak istedikleriniz nelerdir?

belirlenir. Kısa dönem hafıza beş ayrı ismin ikişer kez söylenip beş dakika sonra hatırlanması şeklinde (5 puan) ortaya konur. Uyarılar karşısında cevap verebilme (hafifçe vurarak hedefi belirlemek, 1 puan), parmağı ileri geri hareket ettirme (her biri 1 puan) ve sıralı çıkarma testleriyle (3 puan) dikkat, konsantrasyon ve iş hafızası ortaya konur. Testin sonunda oryantasyon ve yer belirlenir (6 puan) (24, 25).

Yayınlanan son "Health and Retirement Study", KOAH hastalarının hafif algılama bozukluğunu göstermekte iki kat daha yatkın olduklarını göstermiştir (23). Diğer fiziksel fonksiyon kazanımlarına karşın, algının pulmoner rehabilitasyonu iyi yönde etkilediğini gösteren kanıt azdır.

Diğer Psikososyal Kaygılar

Diğer psikososyal kaygıları tarama testleri anksiyete, depresyon ve algı bozukluğununki kadar standartlaştırılmamıştır. Anahtar nokta, pulmoner rehabilitasyona katılmakla elde edilebilecek kazançların önüne geçebilecek psikososyal olayları belirleyebilmektir. Motivasyon, kişisel faydalar, uyum, baş edebilme, sosyal destek, ilaç tedavisi ve bağımlılık (sigara gibi) gibi anahtar durumların tümü genel giriş sorularındır.

Davranışsal değişiklikleri konuşmaya başlarken kanıta dayalı yaşam koçluğu yapmanın ve açık uçlu sorular sormanın, ilaca uyum gösterme ve bağlanmakta (26), sigarayı bırakmakta (27) belirgin ilerleme gösterdiği, fiziksel kapasiteyi arttırmada (28) da orta derecede gelişme gösterdiği ortaya konmuştur. Tablo 4, uygulayıcının konuşmayı ilerletmek ve hastanın ilaca uyumunu ve bağlılığını arttırmak için sorabileceği açık uçlu soruları sıralamaktadır.

Motivasyon

Motivasyon, çevresindeki veya kendisine ait etkenleri değiştirmeyi isteyen kişi tarafından yaratılan güdü-

dür. Bu önemli psikososyal durum, pulmoner rehabilitasyona katılıma tesir eder ve birçok etken tarafından etkilenir. Pulmoner rehabilitasyona katılan çoğu hasta, kronik akciğer hastalığının tanısının koyulması veya yakın tarihli bir hastaneye yatış durumu gibi, önemli olaylar yaşamıştır. Bu olay veya durumlar, daha önceki pulmoner rehabilitasyon düşünülmemeyen bir çokları için özendirici, dolayısıyla motivasyonu artırıcı olabilirler.

Buna benzer şekilde, hastalığının kendisini tehlikeye sokacak kadar önemli ve ciddi olduğunun bilincinde olan hastalar rehabilitasyona katılmaya daha istekli olabilirler. Buna karşılık, ciddiyet ve savunmasızlık aynı zamanda hastayı, hiç bir şekilde durumunda düzelme meydana gelmesi için birşey yapılamayacağı düşüncesiyle hareketsiz duruma da sokabilir. Bu durumda, kişiye düzelme potansiyeli gösterilip motivasyonu sağlanırsa, pulmoner rehabilitasyona başlamak başarılı olabilir. Sezilen faydalar, kişiyi pulmoner rehabilitasyona motive olmasına yardımcı olan önemli noktalar. Olası yararlar konusunda pulmoner rehabilitasyona başlanmadan kişiyle açık ve dürüst şekilde konuşulması, kişinin rehabilitasyona katılmaya karşı oluşturmuş olabileceği potansiyel engel duvarını aşmaya yardımcı olacaktır. Bir çok kez, özellikle sıkıntı yaratıcı bir bulgu hedeflendiğinde veya sevilen bir aktiviteye geri dönüş mümkün olduğunda, motivasyon tetiklenmiş olur.

Öz etkinlik

Öz etkinlik, kişinin çevresinde veya kendinde değişiklik yaratabileceğine dair olan inançtır. Hastaların en azından tekniklerin veya egzersizlerin bazılarını uygulayabileceklerine inanıyor olmaları, pulmoner rehabilitasyona girişmeden önce yeterince motive olmalarına yardımcıdır. Yüksek özgüven genelde yüksek öz etkin-

likle ilişkilidir, bu da hastalığın seyri boyunca günlük değişikliklerle mücadele edebilme kapasitesine inanmayı gerektirir (29). Hastalara ilk toplantıda sorumluluk vererek veya kısa egzersiz bölümlerinde yer almaları sağlanarak ya da onlara inhaler ilaçların nasıl kullandığının tekniğini gösterip bunu tedaviyi uygulayan kişiye geri göstermelerini isteyerek yüksek öz güvenleri ve etkinlikleri sağlanabilir. Uygulayıcılar, aynı zamanda hastalara, benzer durumdaki veya hastalığıdaki diğer bazı başarılı kişilerden örnekler verebilirler. Böylece, olası hastalar kendi hastalıkları hakkında daha iyi bir bakış açısına sahip olabilir, kendilerini yalnız hissetmez ve kendilerini değişiklik yapabilmeye daha kabiliyetli olarak hissedebilirler.

Psikososyal tasalara müdahaleler

Egzersiz anksiyete, depresyon ve stresin ortadan kaldırılması için en iyi müdahalelerden biri olduğundan dolayı pulmoner rehabilitasyon psikososyal endişelerin tedavisinde çok avantajlı olabilir. Kısa süreli bir pulmoner rehabilitasyonun bile depresyon, kelime hafızası ve görsel-mekansal algılama işlevlerinde düzelme sağladığı gösterilmiştir (30). Anksiyete veya depresyonu olmayan akciğer hastalarıyla karşılaştırıldığında, yedi haftalık bir pulmoner rehabilitasyon programının HADS'de klinik olarak yüksek skoru olan hastalardaki anksiyete ve depresyonun ikisinde birden anlamlı azalma sağladığı görülmüştür (31).

Rehabilitasyon programlarının egzersiz bölümlerine katılmanın yanı sıra, hastalar kendilerine depresyonlarını düzeltmek ve anksiyetelerini azaltmak için reçete edilen ilaçları alabilirler. Konuya ilişkin özel ilaçlar burada yeniden gözden geçirilmeyecektir, ancak bu ilaçların çoğunun hemen etki göstermeyecekleri, kişinin etkileri hissedebilmesi için bir kaç haftanın geçmesi gerekebileceği hatırlanmalıdır. Kişinin sağlık hizmeti sunucusunca aksi belirtilmedikçe rehabilitasyonun egzersiz bölümlerine katılımı, depresyon ve anksiyete açısından sınırlanmamalıdır. Buna karşılık, anksiyete, depresyon ve algılama bozuklukları kişinin odaklanma ve ciddi şekilde öğrenme kapasitesini etkileyebilir. Hastada böylesi psikososyal kaygılar olduğunda, programın kişiye özel hale getirilmesine önem verilmelidir.

Egzersiz denemelerinin hipoksik KOAH hastalarında algılama bozukluklarında az da olsa ilerleme kaydettiği görülmektedir (9). Ancak programı, algılama bozukluğu olan hastaların bu rahatsızlıklarıyla kendi kendilerine başa çıkabilmeleri için gerekenleri elde edebilecekleri şekilde uyarlamak ve şekillendirmek gerekli olabilecektir. Eğer kişinin algılama bozuklukları yargıya varma ve bilgileri aklında tutma şeklindeyse, rehabilitasyon programına başka destek ve tedavi

vericilerin de katılması gereklidir. Buna ilave olarak, “tekrar, tekrar, tekrar” şeklindeki eski klasik strateji, bilgilerin akılda tutulabilmesi için çok yardımcı olabilir.

Diğer psikososyal tasalara müdahaleler

Bu bölüm pulmoner rehabilitasyon programına yönlendirilen hastalarda sık görülen diğer iki önemli psikososyal konuya değinmektedir: yetersiz sosyal destek ve sigara kullanımı. Sigara içmek her ne kadar önemli sistemik etkileri olan fiziksel bir bağımlılık olsa da, aynı zamanda belirgin psikososyal etkileri de bulunmaktadır ve bu bölümde tartışılacaktır.

Destek sistemleri kurmak

Pulmoner rehabilitasyonda belki de en temel psikososyal girişim yeterli destek sistemi kurmaktır. Hill ve arkadaşları pulmoner rehabilitasyonun öğelerini, destek sistemlerini kapsayıp egzersizi ve çeşitli etkilerini kapsamayacak şekilde, literatürde taramışlardır. Bozulmuş egzersiz toleransı ve aktiviteler esnasında aşırı nefes darlığı hissedilmesi hastaları fiziksel aktivitelere katılmaktan uzaklaştırarak daha eve bağlı duruma getirir. Pulmoner rehabilitasyona katılanlar birlikte çalışmanın sosyal yönlerinden memnuniyet duyduklarını bildirmişlerdir ve aralarındaki ilişki birbirlerini motive edip cesaretlendiren duygusal bir destek ortamı oluşturmaktadır. Akranlarından oluşan bir grupta egzersiz yapmak ve sosyal ilişki kurabilme fırsatı olması, uzun dönemde fiziksel olarak aktif bir hayat şekli kurulabilmesinin önemli parçalarındandır (32).

Tedavi sunucular ve hastalar, hastalıkla ilgilenen ve tedavide aktif rol alınan grup desteğini desteklerler. Destek grubu, düşüncelerin, hislerin ve deneyimlerin paylaşıldığı, aynı zamanda benzer şikayetleri olan akranlarından destek alınıp arkadaşlık kurulabildiği ortamlardır. Bu gruplar KOAH'lı hastalarca kurulabilir, ama kuruluşları solunum sağlığı çalışanlarınca hızlandırılabilir. KOAH'lı hastalar rehabilitasyon programı esnasında böyle lokal gruplara katılmaları konusunda cesaretlendirilmelidirler (32).

Sosyal destek ayrıca hastanın eşi veya başka bir destekleyici kişinin eklenmesiyle geliştirilebilir. Belli kişiler, ailesel dinamiklerin ve kişisel yeteneklerin gözlenebileceği, yanlış anlamaların düzeltilebileceği, bilgilerin paylaşılacağı ve korku ile kaygıların belirlenebileceği destek gruplarına katılmaları için teşvik edilmelidirler. Rehabilitasyon ekibi eşlere ve diğer destek sağlayıcılara duyarlı davranmalıdır. Özellikle önemli olan nokta, hastaya bir bağımlılık yaratmadan aile üyelerinin nasıl destek olabileceklerine odaklanılan

tartışmalar ve yetenek geliştirme çalışmalarıdır. Knedi içinde veya aile içi anlaşmazlığı olan hastalar için, klinik sosyal güvenlik uzmanına, psikoloğa veya diğer aile terapistine yönlendirme yapılması önerilir.

Sigarayı bırakmak

2014 yılı, ABD Cerrahları'nın Sigara ve Sağlık üzerine olan raporunun 50. yılıdır. ABD'de sigaraya bağlı yıllık ölüm sayısının 480000 kişi olduğu yeni tahminlerde belirtilmektedir. Sigarayla ilişkili hastalıklara daha milyonlarca kişi yaşamakta, 20 milyondan fazla pre-matür ölüm sigara veya pasif içicilikle ilişkilendirilmektedir (33). Tütün kullanımı ve bağımlılığı, tekrarlayan bırakma dönemleri ve aralıklı nükslerle birlikte olan kronik bir hastalıktır. Akciğer Sağlığı Çalışması'na göre, sigarayı bırakmak beş yıllık takipte tüm ölüm sebeplerinden %32 azalmaya ilişkilidir ve bu azalma eğilimi ileriki 14 yıllık takip süresince de sürmektedir. Sigarayı tamamen bırakanlarda ölüm riski, devam edenlere göre %42 azalmıştır. Aralıklı bırakanlarda, devam edenlere göre bu oran %30'dur. Sigarayı bırakmak kardiyovasküler ölüm riskini %45 düşürür (34). Pulmoner rehabilitasyondaki klinisyenler hastanın sigarayı bırakması için anahtar rol oynarlar ve uzun dönemde başarılı bir bırakma olması için gereken kanıtlanmış metodların uygulanmasında yardımcı olabilirler.

Nikotin bağımlılığı sıklıkla nikotinin psikoaktif etkilerine bağlıdır. Sigara içmek, algılama, hafıza, zevk, ruh hali kontrolü, anksiyete yapımı, gevşeme ve açlığın bastırılması ile ilgili olan nörokimyasal yolları uyarır. Sigaranın zevk verici etkisi, alkol ve sosyal ilişkiler gibi çevresel tetiklerle ilişkili şartlı cevaplarla artar. Buna karşılık sigarayı bırakma, anksiyete, huzursuzluk, konsantrasyon kaybı, kötü ruh hali, uykusuzluk, baş ağrısı, artan iştah ve kilo artışı ile bağlantılıdır. Her ne kadar nikotin bağımlılık ötesinde daha fazla risk yaratmazken, tütün ciddi tehlikeler içerir. Nikotin bağımlılığının farmakolojik ve davranışsal olarak yönetilmesine odaklanılması, yoksunluk sendromlarının azaltılması, uzun dönem başarıya yönlendiren davranışların desteklenmesi, ve her ikisi ni birlikte uygulayıp tüm popülasyonda başarıyla sigaranın bırakılması şeklindedir.

Yüksek bırakma oranlarına ulaşabilmek ve nikotin bağımlılığıyla uygun şekilde başa çıkabilmek için davranışsal ve farmakolojik tedavilerin birlikte uygulanması önerilir. 2008'de Fiore ve arkadaşları (35) tütün kullanımının bırakılmasını motive edici beş anahtar noktanın altını çizmişlerdir:

Uygunluk: Sigarayı bırakmak neden uygun?

Riskler: Halen içenlerle karşılaştırıldığında, sigara kullanımının akut, uzun dönem ve çevresel risklerini kapsayan, tütün kullanımının negative potansiyel sonuçları.

Ödüller: Tütün kullanımını durdurmanın potansiyel faydaları

Engeller: Bırakmanın ve bunu devam ettirebilmenin önündeki engeller

Tekrar: Tam motive olamamış bir hasta ne zaman kliniğe gelirse, onunla motive edici konuşmaların yapılması tekrarlanmalıdır.

Farmakolojik çalışmalar

Nikotin bağımlılığı için kullanılan onaylanmış ilk basamak ilaçlar bupropion (Zyban, Wellbutrin, GlaxoSmithKline, London, UK) ve varenicline'dir (Chantix, Pfizer, New York City, USA). Nikotin replasman tedavisi, reçete gerektirmeyen patch, pastil veya sakız formlarıyla veya reçete gerektiren nazal sprey veya oral inhaler formlarıyla kullanımdadır. Nikotin replasman tedavisi genelde bırakılan ilk anda başlar ve iki ila üç ay içerisinde doz azaltılması yapılır. Tedavi genelde, bilinen kardiyovasküler hastalığı olanlarda güvenilir kabul edilir. Kahve, meyve suları veya hafif içecekler gibi asitli içecekler nikotinin oral emilimini azaltırlar ve nikotin sakızı, pastili veya inhaler kullanılmadan 15 dakika önce ve kullanım süresince alınmamalıdır. Farmakolojik tedavi hastanın tercihine, vakit ayırabilme durumuna ve tıbbi tavsiyelere göre belirlenir. Tablo 5 sigara bırakmada kullanılan farmakolojik metodları listelemektedir. Dikkat edilmesi gereken noktalar veya yan etkilerin listesi detaylı verilmemiştir, her zaman için birlikte kullanılmaması gereken ilaçların, yan etkilerin, önemli hususların tam listesi için klinisyene danışılmalıdır.

Hasta danışmanlığı

İlaç dışı yaklaşımlar kişisel danışmanlığı ve kendine yardımcı olan gereçleri içerir. Etkili danışmanlık, kişisel gözleme, kesinleştirilmiş bir bırakma tarihini takiben ilerleyerek sigarayı bırakma ve nüksleri önleme stratejileri gibi algısal davranış stratejilerini içerir. Danışma, hastanın bırakma konusunda kendi engellerini anlaması ve başarıyla sigarayı bırakmak için sosyal destek almasına yardımcı olur. Motive edici konuşmalar (34) empati, sigaranın artı ve eksi yönleri hakkında açık tartışmalar, sigara bırakma teknikleri ve hastanın hedefleri ile sigaranın bu hedefleri nasıl engellediği konularını içerir. ABD'deki 1-800-QUIT-NOW gibi ücretsiz hatlar danışma için mevcuttur. Kişileri sigara yerine kullanılabilecek sakız, tarçınlı çubuklar, şekersiz sakız, kürdan, su ve düşük kalorili içecekler gibi oral maddeleri kullanmaları için cesaretlendiriniz. Sinirlilik bulguları yürüme, banyo yapma veya sevilen bir aktivite yapmayla azaltılabilir. Hastalar başarılarını kendilerine sağlıklı ziyafetler vererek ödüllendirmeye cesaretlendirilmelidirler.

Tablo 5. Sigarayı bırakmaya yardımcı farmakolojik müdahaleler					
Brakma metodu	Kullanım şekli	Doz	Sağlanan nikotin miktarı	Potansiyel yan etkiler (yan etkilerin geçmemesi durumunda yan etkilerin) tam listesi için bir hekime başvurun.)	Güvenlik/kullanım uyarıları
Birinci basamak ilaçlar					
Bupropion (yavaş salınım) (Zyban; GlaxoSmithKline, Londra, İngiltere)	Oral	150 mg/gün 3 gün süreyle 150 mg günde iki kez 7–12 hafta	İçermez: Santral sinir sisteminde noradrenerjik ve dopaminerjik salınımı artırarak yoksunluğu azalttığı düşünülmektedir	Uyuşukluk, anksiyete, uykuya meyil, ağız kuruluğu	Depresyon/intihar düşüncesi/davranış değişikliği semptomları gelişmesi halinde doktora haber veriniz
Varenicline (Chantix, Pfizer, New York, ABD)	Oral	0.5 mg/gün 3 gün süreyle 0.5 mg günde iki kez 3 gün süreyle 1 mg günde iki kez	İçermez: nikotin reseptörlerine bağlanır ve parsiyel olarak stimüle eder Hem nikotin yoksunluk semptomlarını hem sigaranın ödüllendirme hissini azaltır.	Bulantı, kabızlık, gaz, kusma, mide ekşimesi, iştah değişiklikleri	Depresyon/intihar, düşüncesi/davranış değişikliği semptomları gelişmesi halinde doktora haber veriniz
Nikotin replasmanı					
Nikotin Bandı (jenerik)	Transdermal, 24 saati aşan uzun salınım. Tüysüz deriye günlük uygulanır	<10 sigara/gün: 7–14 mg bant >10 sigara/gün: 21 mg 8 haftadan sonra azaltılır	7–21 mg/ gün	Uykusuzluk, canlı rüyalar, baş dönmesi, baş ağrısı	İritasyonu önlemek amacıyla bandın farklı bölgelere yapılandırılması, uyku öncesi bandın çıkarılması
Nikotin Sakızı (jenerik)	Oral mukozadan emilerek 20 dk.da serum pik değerlerine ulaşır	<25 sigara/gün: 4 mg sakız >25 sigara/gün: 2 mg	2–4 mg/doz	Baş dönmesi, bulantı, kusma, diare, düzensiz kalp atımı, ağız içi lezyonlar	Tadı alınana kadar çiğnenmeli, sonrasında 30 dk süre ile yanak ve diş etleri arasında tutulması
Nikotin Pastili (jenerik)	Oral mukozadan emilir, 30 dk içinde çözülür	Uyandıktan sonraki 30 dk içinde sigara içenlerde: 4 mg 1–2 pastil6 saatte bir, 6 haftadan sonra azaltılır	4 mg×9+günlük 20 pastil günlük maks.	Hıçkırık, mide ekşimesi, bulantı, boğaz ağrısı	Çözünene kadar yanak ve diş etleri arasında tutulması
Nikotin İnhaler (jenerik)	Oral inhalasyon yoluyla alınır	Bir kartuş 20 dk'nın üzerinde inhale edilir.	Günlük 16 kartuştan fazla kullanılamaz	Ağız/boğaz iritasyonu, öksürük, burun akıntısı, tadalmada değişiklik.	Kartuşlar çocukların/ evcil hayvanları ulaşamayacağı yerde saklanmalıdır

Nikotin nazal sprey (jenerik)	Nazal mukoza yolu ile emilir	2 puf, herbir burun deliğine bir: 1 doz	Günlük 40 dozu geçmeyecek şekilde	Brun/boğazın arka kısmında yanma, burun akıntısı, boğaz iritasyonu, sulu göz, hapsirik/öksürük	Yan etkiler genellikle bir kaç gün içinde kaybolur.
İkinci basamak ilaçlar					
Nortriptilin (Pamelor; Novartis, Basel, İsviçre)	Oral: kapsül ve likit	Per MD	içermez	Bulantı, uyuşukluk, halsizlik, anksiyete, ağız kuruluğu, iştah değişiklikleri, kabızlık, idrar yapmada değişiklikler, bulanık görme, Ciddi yan etkiler arasında: ağır/zor konuşma, çene/boyun/sırt spazmları	Ciddi yan etkiler görülmesi halinde ya da ilaç prospektüsündeki uyarılar kısmında belirtilenlerden birinin görülmesi halinde reçete eden doktora başvurunuz, ihmal etmeyiniz.
Klonidin (jenerik)	Oral, transdermal band	Per MD	içermez	Ağız kuruluğu, yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı, sinirlilik, bulantı, kusma, kabızlık Allerjik reaksiyona yol açabilir: döküntü, ürtiker, yüz, boğaz, dil dudak, göz, el, ayak ve ayak bileklerinde şişme.	Ciddi yan etkiler görülmesi halinde ya da ilaç prospektüsündeki uyarılar kısmında belirtilenlerden birinin görülmesi halinde reçete eden doktora başvurunuz, ihmal etmeyiniz.

Sigara bırakmanın kritik etkenleri, bırakma desteği ve yöntemlerinin yanı sıra hastanın isteğini içerir. Sağlık çalışanlarının hastalara sigarayı bırakmaya yardımcı olma sistemi Fiore 2008'den gelmektedir (35).

Sor: Her ziyarette tüm tütün kullanıcılarını belirle

Öğüt ver: Açık, güçlü ve kişisel bir mesaj ver: “(Doktorunuz, terapistiniz, hemşireniz olarak) sigarayı bırakmanın sağlığını şimdi ve gelecekte koruyabilmek için yapabileceğiniz en önemli şey olduğunuzu bilmenizi istiyorum. Sigara içmek akciğer hastalığınızı kötüleştirir. Bırakmanıza yardımcı olacağım. Şimdi sigarayı bırakmanız önemlidir. Aralıklı veya az içiyor olmak bile hala tehlikelidir”

Belirleyin: Hastanın bırakma isteğini ortaya koyun. “Bırakmayı denemek arzusunda mısınız?”

Destekle: Öneriler ve ilaçlar sağla. Hastanın bırakmak için bir plan geliştirmesine yardım et ve bir bırakma tarihi belirle. Hasta planından ailesi ve arkadaşlarına bahsetmeli ve anlayış ve destek beklemeli. Özellikle yoksunluk bulguları döneminde, zorluklar tahmin edilmeli. Hastayı çevresinden tütün ürünlerini kaldırması için bilgilendir. Kontrendike olmadıkça veya geçerliliği hakkında yetersiz kanıt olmadıkça (mesela hamilelerde, pasif içicilerde, gençlerde, az içenlerde) hastaya

kabul edilmiş ilaçları öner. Daha önceki bırakma deneyimlerinde nelerin zorluk çıkarıp nelerin yardımcı olduğunu incele. Zorlukları ve tetikleyen olayları, bunları nasıl aşabileceğini tartış. Alkol nökslerle ilişkilidir, dolayısıyla hasta bırakma dönemi esnasında içmemeyi veya az içmeyi düşünmelidir. Sigarayı bırakmak, evde başka kullanan varsa zordur. Evdeki diğer kullanıcılar ya bırakmaları ya da hastanın yanında içmemeleri konusunda cesaretlendirilmelidirler. Hastaya, ABD'deki (1-800-QUIT-NOW) veya başka organizasyonlardaki gibi yazılı bilgileri vererek desteği sürdür. Malzemeler hastanın kültür seviyesi, ırkı, eğitim seviyesi ve yaşına uygun olmalıdır. Problemleri çözme ve yeteneğini geliştirme konusunda kişisel Pratik öneriler sağla. Tamamen bırakma için çabala.

Düzenle: Takiplerin düzgün olmasını garantiye al. Kontroller, sigarayı bırakma tarihini takiben, mesela ilk hafta içinde başlamalıdır. İkinci kontrol ilk ayda önerilir. Karşılaşılan zorlukları belirle ve ileriki zorlukları önceden tahmin et. İlaç kullanımını ve zorluklarını belirle. Başarıları için sigara içmeyenleri tebrik et. Eğer hasta sigara içiyorsa, nöks sebeplerini gözden geçir ve hastayla daha uygun bırakma yöntem ve tedavileri üzerinde daha fazla çalış.

Eğer hastada sigara bırakma konusunda ilgi az var veya yoksa, kişiye sigara içmeyi ne zaman sevip sevmediğini sormak hastanın bakış açısını klinisyenin anlamasına ve hastanın sigaranın eksi yönlerini belirleyebilmesine yardımcı olur.

Yoğun davranışsal girişimler en etkililerdir. İlaçe stratejiler arasında egzersiz, düzgün beslenme ve ihtiyacı olanlara ruhsal destek önermek bulunur. Rehberdeki stratejileri kullanmasına rağmen kalıcı olarak bırakmakta zorluk çekenler nikotin bağıllığı uzmanına yönlendirilmekten fayda görebilirler.

ÖZET

Başarılı bir sonuç elde edebilmek için, pulmoner rehabilitasyonun erken dönemlerinde hastayla kuvvetli ve güvenli bir bağ kurulmalıdır. Pulmoner rehabilitasyonun dışında, psikososyal durumların belirlenmesi rutinde yapılmalıdır. Basit tarama soruları (PRIME-MD) anksiyete ve depresyonu ortaya koymak için kullanılabilir. Algılama bozukluğu olan hastalar için, Mini-Mental State Examination uygun bir tarama incelemesidir. Psikososyal işlevlerinde hali hazırda bozukluklar yaşayan hastalar ileri inceleme ve tedavi için ruh sağlığı sağlayıcılarına yönlendirilmelidirler. Daha basit derecedeki psikososyal problemlere yönelik girişimler pulmoner rehabilitasyon planına eklenmelidir. Kişisel veya grup ortamında verilen psikososyal girişimler, stresi azaltmakta ve başa çıkabilmeyi kolaylaştırmakta etkili olabilirler. Solunum egzersizleri, rahatlama çalışmaları ve stresle başa çıkma çalışmaları anksiyeteyi ve nefes darlığı siklusunu azaltmakta ayrıca faydalı olabilirler, bu yüzden bu yaklaşımlar tüm tedavi planında yer almalıdırlar.

Uzun dönemde sigarayı bırakmanın başarısını arttırabilmek için, davranışsal ve medical yaklaşımların birleşimi önerilir. Psikososyal durumun yeniden değerlendirilmesi ve girişimlerin geliştirilmesi rehabilitasyon sonrası planı ortaya koymak için yardımcıdır. Öğrenilen stratejileri destekleyen ve ödüllendiren bu aktiviteleri geliştirmek uzun dönem fizyolojik ve psikososyal getirilerin elde tutulabilmesinde yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today J Psychosom Res. 2009;67:607-611. [\[CrossRef\]](#)
- Singh SJ, ZuWallack RL, Garvey C, et al. Learn from the past and create the future: the 2013 ATS/ERS statement on pulmonary rehabilitation. American Thoracic Society/ European Respiratory Society Task Force on Pulmonary Rehabilitation. Eur Respir J 2013;42:1169-74. [\[CrossRef\]](#)
- Fan VS, Meek PM. Anxiety, depression, and cognitive impairment in patients with chronic respiratory disease. Clin Chest Med. 2014;35:399-409. [\[CrossRef\]](#)
- Lacasse Y, Rousseau L, Maltais F. Prevalence of depressive symptoms and depression in patients with severe oxygen dependent chronic obstructive pulmonary disease. J Cardiopulm Rehabil 2001;21:80-6. [\[CrossRef\]](#)
- Ryerson CJ, Berkeley J, Carrieri-Kohlman VL, et al. Depression and functional status are strongly associated with dyspnea in interstitial lung disease. Chest 2011;139:609-16. [\[CrossRef\]](#)
- Lahousse L, Vernooij MW, Darweesh SK, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and cerebral microbleeds. The Rotterdam Study. Am J Respir Crit Care Med 2013;188:783-8. [\[CrossRef\]](#)
- Dal Negro RW, Bonadiman L, Tognella S, et al. Extent and prevalence of cognitive dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease, chronic non-obstructive bronchitis, and in asymptomatic smokers, compared to normal reference values. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2014;9:675-83. [\[CrossRef\]](#)
- Kunik ME, Veazey C, Cully JA, et al. COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. Psychol Med 2008;38:385-96. [\[CrossRef\]](#)
- Incalzi RA, Corsonello A, Trojano O, et al. Cognitive training is ineffective in hypoxemic COPD: a six-month randomized controlled trial. Rejuvenation Research 2008;11:239-250. [\[CrossRef\]](#)
- Incalzi AR, Corsonello A, et al. Drawing impairment predicts mortality in severe COPD. Chest 2006;130:1687-94. [\[CrossRef\]](#)
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013;160-230.
- Kunik ME, Azzam PN, Soucek J, et al. A practical screening tool for anxiety and depression in patients with chronic breathing disorders. Psychosomatics 2007;48:16-21. [\[CrossRef\]](#)
- Kunik ME, Roundy K, Veazey C, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. Chest 2005;127:1205-11. [\[CrossRef\]](#)
- Schwarzbach M, Luppá M, Hansen H, et al. A comparison of GP and GDS diagnosis of depression in late life among multimorbid patients - Results of the MultiCare study. J Affect Disord 2014;168:276-83. [\[CrossRef\]](#)
- Eaton WW, Muntaner C, Smith C, et al. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In: Maruish ME, ed. The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. 3rd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2004:363-77.
- Kapfhammer HP. The relationship between depression, anxiety and heart disease - a psychosomatic challenge. Psychiatr Danub 2011;23:412-24.
- Barrera TL, Grubbs KM, Kunik ME, et al. A review of cognitive behavioral therapy for panic disorder in patients with chronic obstructive pulmonary disease: the rationale for interoceptive exposure. J Clin Psychol Med Settings 2014;21:144-54. [\[CrossRef\]](#)
- Dear BF, Titov N, Sunderland M, et al. Psychometric comparison of the generalized anxiety disorder scale-7 and

- the Penn State Worry Questionnaire for measuring response during treatment of generalised anxiety disorder. *Cogn Behav Ther* 2011;40:216-27. [\[CrossRef\]](#)
19. Topper M, Emmelkamp PM, Watkins E, et al. Development and assessment of brief versions of the Penn State Worry Questionnaire and the Ruminative Response Scale. *Br J Clin Psychol* 2014;53:402-21. [\[CrossRef\]](#)
 20. Wuthrich VM, Johnco C, Knight A. Comparison of the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) and abbreviated version (PSWQ-A) in a clinical and non-clinical population of older adults. *J Anxiety Disord* 2014; 28: 657-63. [\[CrossRef\]](#)
 21. Verrill D, Barton C, Beasley W, et al. The effects of short-term and long-term pulmonary rehabilitation on functional capacity, perceived dyspnea, and quality of life. *Chest* 2005;128:673-83. [\[CrossRef\]](#)
 22. Li J, Huang Y, Fei GH. The evaluation of cognitive impairment and relevant factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration* 2013;85:98-105. [\[CrossRef\]](#)
 23. Martinez CH1, Richardson CR, Han MK, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease, cognitive impairment and development of disability: The Health and Retirement Study. *Ann Am Thorac Soc* 2014 [Epub ahead of print].
 24. Singh B, Parsaik AK, Mielke MM, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and association with mild cognitive impairment: the Mayo Clinic Study of Aging. *Mayo Clinic Proceedings* 2013; 88:p1222. [\[CrossRef\]](#)
 25. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:695-9. [\[CrossRef\]](#)
 26. Minkin A, Snider-Meyer J, Olson D, et al. Effectiveness of a Motivational Interviewing Intervention on Medication Compliance. *Home Healthc Nurse* 2014;32:490-6. [\[CrossRef\]](#)
 27. Lim G, Park I, Park S, et al. Effectiveness of smoking cessation using motivational interviewing in patients consulting a pulmonologist. *Tuberc Respir Dis (Seoul)* 2014;76:276-83. [\[CrossRef\]](#)
 28. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic -health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2014. [\[CrossRef\]](#)
 29. Bonsaksen T, Fageroen MS, Lerdal A. Factors associated with self-esteem in persons with morbid obesity and in persons with chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional study. *Psychol Health Med* 2014;1-12. [Epub ahead of print]. [\[CrossRef\]](#)
 30. Kozora E, Tran ZV, Make B. Neurobehavioral improvement after brief rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil* 2002;22:426-30. [\[CrossRef\]](#)
 31. Harrison SL, Greening NJ, Williams JE, et al. Have we underestimated the efficacy of pulmonary rehabilitation in improving mood? *Respir Med* 2012;106:838-44. [\[CrossRef\]](#)
 32. Hill K, Vogiatzis I, Burtin C. The importance of components of pulmonary rehabilitation, other than exercise training, in COPD. *Eur Respir Rev* 2013;22:405-13. [\[CrossRef\]](#)
 33. Alber AJ, Shopland DR, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's report: commemorating the 50th Anniversary of the 1964 Report of the Advisory Committee to the US Surgeon General and updating the evidence on the health consequences of cigarette smoking. *Am J Epidemiol* 2014;179:403-12. [\[CrossRef\]](#)
 34. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, 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. [\[CrossRef\]](#)
 35. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline Executive Summary. *Respir Care* 2008;53:1217-22.