

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OLGULARDA
SİGARA BIRAKMANIN SOLUNUM FONKSİYONLARI VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Nur PAKSOY
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA-2016

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



**SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OLGULARDA
SİGARA BIRAKMANIN SOLUNUM FONKSİYONLARI VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Nur PAKSOY
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde katkılarından dolayı değerleri hocam; sayın Yrd. Doç. Dr. Engin Burak Selçuk' a, hem eğitim sürecimde, hem de tez hazırlama döneminde büyük katkılarını ve desteğini gördüğüm değerli tez hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Burcu Kayhan Tetik'e,

Ayrıca tezime katkılarımdan dolayı kıymetli hocalarım Göğüs Hastalıkları A.B.D. öğretim görevlisi Yrd. Doç. Dr. Murat Yalçınsoy ve Biyoistatistik A.B.D. başkanı Prof. Dr. Saim Yoloğlu' na,

Asistanlık eğitimim boyunca desteklerini ve sevgilerini gördüğüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve diğer görev arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde desteklerini ve sevgilerini benden esirgemeyen annaneme, çok büyük emeklerle hayatımıza yön vermeye çalışan anneciğime, babama, kardeşlerime, dostlarıma,

Son olarak armağanım, tıp eğitimimin başından itibaren her anımda bana sabırla destek olan canım eşim Şahin Paksoy' a, öğrenciliğimde hayatıma katılan bu zorlu yolda annelerine güç veren biricik evlatlarım Mustafa'm ve Kerem Taha'ma Sonsuz teşekkür ederim.

Dr.Nur PAKSOY

Nisan, 2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	1
TABLolar DİZİNİ.....	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	V
GRAFİKLER DİZİNİ	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ÖZET.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Sigara.....	3
2.1.1 Sigara ve Diğer Tütün Ürünlerinin Tarihçesi.....	3
2.1.2 Tütün Ürünleri ve Kullanım Şekilleri.....	4
2.1.3 Tütün Ürünleri Kullanımı ve Epidemiyolojisi.....	5
2.1.4 Bağımlılık Sendromu ve Sigara Bağımlılığı.....	7
2.1.5 Sigara Bağımlılığının Değerlendirilmesi.....	9
2.1.5.1 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	12
2.1.6 Tütün bıraktırma yöntemleri ve Başarı Oranları.....	12
2.1.6.1 Bilişsel-Davranışçı Tedavi.....	13
2.1.6.2 Farmakolojik Tedavi	14
2.1.7 Sigara Bırakma Döneminde Sık Karşılaşılan Sorunlar.....	19
2.1.8 Sigaranın İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri.....	20
2.2. Yaşam Kalitesi.....	22
2.2.1 Medical Outcome Study (MOS), Short Form 36 (SF-36)	23
2.3. Solunum Fonksiyon Testleri.....	24
2.3.1 Spirometri.....	25
2.3.2 Sigara ve SFT.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1 Araştırmanın Tipi.....	30
3.2 Araştırmanın Evreni.....	30
3.3 Hasta Seçimi.....	30
3.4 Hasta Dışlama Kriterleri.....	31

3.5 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	31
3.6 Kısa Form 36 (SF-36) Anketi.....	32
3.7 Solunum Fonksiyon Testleri.....	34
3.8 İstatiksel Analiz Yöntemi	34
3.9 Etik Kurul Onayı	34
4.BULGULAR.....	35
5.TARTIŞMA.....	50
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKLAR.....	61
EKLER	
EK.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	74
EK.2. KISA FORM 36 (SF-36) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ.....	76
EK.3. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ.....	80
EK.4. ETİK KURUL KARAR FORMU.....	81

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.2.1.1: Türk toplumu için SF-36 normal değerleri.....	35
Tablo 4.1: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....	48
Tablo 4.2: Nikotin bağımlılık düzeylerine göre 3. ay sigara bıraktırma sayı ve yüzde değerlerinin karşılaştırılması	50
Tablo 4.3: 1. ve 3. ay sigara bıraktırma sayı ve yüzde değerlerinin 40 yaş üzeri ve altı bireylerde karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.4: Hastaların solunum parametrelerinin başvuru anındaki ortalama değerleri... ..	51
Tablo 4.5: Hastaların başvuru anındaki solunum fonksiyon parametrelerinin cinsiyetlere göre ortalama değerleri.....	52
Tablo 4.6: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigara tüketimi ile SFT parametreleri arasındaki ilişki	54
Tablo 4.7: Sigara bırakma hastalarının ilk başvuru ve sigarayı bıraktıktan sonraki SFT parametrelerinin karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.8: Tüm SFT kontrollerine katılan sigara bıraktırma hastalarının ilk başvuru ve sigarayı bıraktıktan sonraki SFT parametrelerinin karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.9: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların cinsiyete göre yaşam kalitesi ortalamaları	58
Tablo 4. 10: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki fiziksel yaşam kalitesi ortalamalarının karşılaştırması.....	59
Tablo 4. 11: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki fiziksel yaşam kalitesi alt skalalarının ortalamalarının karşılaştırması.....	60
Tablo 4. 12: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki ruhsal yaşam kalitesi ortalamalarının karşılaştırması.....	61
Tablo 4. 13: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki ruhsal yaşam kalitesi alt skalalarının ortalamalarının karşılaştırması.....	62

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1.3.1 Dünyada Sigara Kullanım Evreleri.....	17
Şekil.2.1.5.1 Birinci Basamakta Tütün Kullanımı ve Bağımlılığı İçin Tedavi Modeli	22
Şekil 2.3.1.1.1 Volüm-zaman grafiği.....	39
Şekil 2.3.1.1.2 Akım-volüm halkası.....	40
Şekil 2.3.2.1 Sigara içme / bırakma durumunun solunum fonksiyon testlerindeki yıllık azalmaya etkisi.....	41
Şekil 3.6.1. SF-36 Ölçeğinin Soru Numaralarına Göre Gruplandırılan Alt Ölçekleri....	45



GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik No	Sayfa No
Grafik 4.1 İçilen sigara sayısına göre hasta skorlamasının dağılımı.....	49
Grafik 4.2 Hastaların FEV1 (L), FVC (L), FEF25-75 (L) değerlerinin ortalamalarının cinsiyete göre her üç ay için karşılaştırılması.....	53
Grafik 4.3 Hastaların geçen seneye göre kendilerini nasıl hissettiklerinin değerlendirilmesi.....	57
Grafik 4. 4 Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki fiziksel yaşam kalitesi ortalamalarının cinsiyete göre değişimi.....	58
Grafik 4. 5 Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki ruhsal yaşam kalitesi ortalamalarının cinsiyete göre değişimi.....	59
Grafik 4. 6 Hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki fiziksel yaşam kalitesi alt skalalarının cinsiyete göre aylar içindeki değişimi.....	61
Grafik 4.7 Hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki ruhsal yaşam kalitesi alt skalalarının cinsiyete göre aylar içindeki değişimi.....	63

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

TV: Tidal volüm, Soluk volümü

VK: Vital kapasite

ERV: Ekspiratuar rezerv volüm

İK: İnspiratuar kapasite

FVC: Zorlu vital kapasite

FEV₁: 1. Saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm

FEF25-75 (MMEF): Maksimum ekspiryum ortası akım değeri

TLC: Total akciğer kapasitesi

FEV₁/FVC: Tiffeneau indeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SF-36 (MOS, KF-36): Medical Outcome Study, Short Form 36, Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi

SFT: Solunum Fonksiyon Testi

TAPDK: Tütün ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

KGTA, GYTS: Küresel Gençlik Tütün Araştırması, Global Youth Tobacco Survey

MPOWER-KUVVET: DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında imzalanmış ve tütün kontrolünde etkili olduğu kanıtlanmış 6 maddelik bir politika paketi

DRD2: Dopamin D2 geni

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

FDA: Food and Drug Administration

NRT: Nikotin replasman tedavisi

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

DLco: Difüzyon testi

PEF: Peak Ekspiratuar akım

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

ÖZET

Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran Olgularda Sigara Bırakmanın Solunum Fonksiyonları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Amaç: Sigara kullanımı birçok hastalığa neden olarak gösterilen önemli bir sağlık sorunudur. Başta solunum sistemi olmak üzere birçok organ ve sistemi etkileyerek bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bakımdan sigara bıraktırma polikliniğimize başvuran hastaların sigara bırakmayı takiben yaşam kalitesi ve solunum fonksiyonlarının erken dönemdeki değişimi ve birbiriyle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışmamızda Turgut Özal Tıp Merkezi Sigara Bıraktırma polikliniğine ayaktan başvuran 112 sigara bıraktırma hastası dahil edildi. Tüm hastalara sosyodemografik veri formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, SF-36 yüzyüze görüşme tekniği ile uygulandı, spirometrik ölçümleri yapıldı.

Bulgular: ilk başvuru ve kontrollerinde SFT parametrelerinde kadın ve erkek cinsiyet arasında ortalamalarda anlamlı fark vardır. Yapılan değerlendirmede sigaranın solunum fonksiyonlarına olan olumsuz etkisi nedeniyle hastaların FEV₁/FVC değerinde %16 oranında ve FEF25-75 değerinde ise %32,7 oranında düşük olarak tesbit edilmiştir. Kontrol SFT parametrelerinde sigara bırakma ile anlamlı artış gözlenemezken yaşam kalitesinde artış anlamlı olarak tesbit edilmiştir. Yaşam kalitesindeki artış solunum fonksiyon parametrelerinde değişimin olmadığı erken dönemde de belirgin olarak saptandı. Kadın ve erkek cinsiyet arasında yaşam kalitesi ortalama değerleri arasında fark yoktur.

Sonuç: Sigara bıraktırma hastaların solunum fonksiyonlarında belirgin değişikliğin olmadığı erken dönemde de yaşam kalitesini arttırmaktadır. Daha önceki çalışmalarda sigara bıraktırmanın uzun dönem yaşam kalitesi ve solunum fonksiyonlarına olan etkisi üzerinde durulmaktadır. Bu nedenle solunum fonksiyonlarıyla birlikte yaşam kalitelerinin de değişiminin net olarak ortaya konabilmesi için daha kapsamlı çalışmalar yapılması uygun olabilir.

Anahtar kelimeler: Sigara bıraktırma, yaşam kalitesi, solunum fonksiyon testleri.

SUMMARY

Assessment of Effects of Smoking Cessation on Lung Function and Quality of Life in Applicant Cases of the Smoking Cessation Outpatient Clinic

Aim: Smoking is a significant health problem as the main cause of many diseases. Smoking negatively affects the many organs especially the respiratory system and affects all these patients quality of life. In this study we aimed to look for the early stages changes in the quality of life and the lung function following the cessation of smoking and to investigate the relationship with each other in the patients that admitted to our smoking cessation outpatient clinic.

Material and method: 112 smoking cessation patients that admitted to Turgut Ozal Medical Center Smoking Cessation outpatient clinic were included in this study. Demographic characteristics of the participants, Fagerstrom test for nicotine dependence and SF-36 were taken by face-to-face interviews on their first day and first and third months of smoking cessation days from all patients and spirometric measurements were made.

Results: There are significant differences on average of first appeals and controls at SFT parameters between male and female genders. The patients' FEV₁/FVC level in proportion of 16% and FEF25-75 level in proportion of 32,7% are established as low levels in our assessment. A revealing increment in SFT control parameters is not observed while increment on life quality is established as meaningful. Increment on life quality is established in early period that doesn't include significant change on respiratory function system. Any difference did not investigated on average value of life quality between male and female genders.

Conclusion: At an early stage of smoking cessation that there is no significant change in lung function but the quality of life of the patients increases. In previous studies have focused on long-term effects of smoking cessation on quality of life and respiratory function. Therefore more comprehensive studies can be performed to expose changes clearly on respiratory functions together with life quality.

Key words: smoking cessation, health quality, respiratory function test

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara bıraktırmaya yönelik yürütülen politikalara rağmen, toplumda sigara içiciliği hususunda yeterince bilgi ve tutum oluşturulamamıştır (1). Gelişmiş ülkelerde sigara kullanımında azalma görülse de, gelişmekte olan ülkelere hala sigara kullanım oranları istenilen düzeylerde değildir (2, 3). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2012 verilerine göre; dünyada 1,5 milyar dolayında, Türkiye’ de ise 14,8 milyon kişi (%27,1) tütün ürünü kullanmaktadır (1). Sigara erişkinlerde; kalp hastalıkları, akciğer kanseri başta olmak üzere pekçok organı ilgilendiren kanserlere ve serebrovasküler hastalıklara; çocuklarda da ani bebek ölümü sendromu, fetal gelişim geriliği, astım ve kistik fibrozis alevlenmelerinde artışa ve solunum yolu infeksiyonlarında yatkınlığa neden olmaktadır (4). Ayrıca sigara, kullanım süresi uzadıkça solunum fonksiyonları daha fazla etkilenmekte ve ilerleyici hava akım kısıtlanmasına neden olmaktadır (5). Sigara kullanan bireylerde zamanla öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve efor kapasitesinde azalma görülmektedir. Akciğer kapasitesinin azaldığını gösteren bu belirtiler solunum fonksiyon testi ile incelenmektedir. Solunum fonksiyon testi akciğer fonksiyonlarını değerlendirmede kullanılan temel laboratuvar yöntemidir. Akciğer hastalıklarının tanısında, şiddetini ve tedaviye yanıtını saptamada rutin olarak kullanılır. Spirometre ile soluk volümü (Tidal volüm, TV), vital kapasite (VK), ekspiratuvar rezerv volüm (ERV), inspiratuvar kapasite (İK), zorlu vital kapasite (FVC), zorlu ekspiratuvar volüm (FEVt) maksimum ekspiryum ortası akım değeri (MMFR- FEF25-75), rezidüel volüm, total akciğer kapasitesi (TLC) gibi akciğer volüm değerleri ölçülebilmektedir. Zorlu ekspiratuvar volüm (FEVt): FVC manevrasının başlangıcından itibaren belirtilen sürede (t) çıkartılan gaz hacmidir. En sık 1. saniye değeri kullanılır (FEV₁). Daima oranı (Tiffeneau indeksi) hesaplanmalıdır. Genç ve sağlıklı kişilerde FEV₁/FVC oranı %75’in üzerindedir. Restriktif ve obstrüktif hastalıklarda azalabilen bu değer akciğer etkilenme düzeyini değerlendirmede önemlidir.

Sigara kullanıcılarının solunum fonksiyonlarında ve yaşam kalitesinde ortaya çıkan değişiklikler birçok hastalığın klinik gidişi hakkında bilgi verebilmektedir. FEV₁’ deki azalma, kronik akciğer hastalığı tanısının konulmasında önemli bir belirteçtir. Özellikle sigara içenlerde FEV₁ deki azalmalar, akciğer kanseri riskinin arttığını göstermektedir. Sigaranın bırakılması ile FEV₁ deki düşüşün azalması kardiyak ve solunumsal komplikasyonları da azaltabilmektedir (6).

Bireyin sigara içme süresi uzadıkça ortaya çıkan semptomlar hastanın yaşam kalitesini bozmakta ve bireyi mutsuzluğa itmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından yaşamlarını nasıl algıladığıdır (7). Yaşam kalitesini değerlendirmek için çeşitli ölçekler hazırlanmış ve zaman içinde geliştirilmiştir Medical Outcome Study SF-36 bu ölçekler arasında sık kullanılanlardandır.

Bu çalışmanın amacı; sigara içen bireylere SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği, Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) ve Solunum Fonksiyon Testi uygulanarak elde edilen veriler kaydedilecek, sigara bıraktıktan bir ve üç ay sonraki kontrollde bakılan Solunum Fonksiyon Testi ile Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği sonuçları karşılaştırılarak sigara bırakmanın bireylerin yaşam kalitesinde ve solunum fonksiyonları üzerinde etkisi olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çalışmamızda Turgut Özal Tıp Merkezi Sigara Bıraktırma polikliniğine ayaktan başvuran olgulara yönelik hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, SF-36' dan oluşan anket uygulanacak ardından spirometrik ölçümler yapılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara

2.1.1. Sigara ve Diğer Tütün Ürünlerinin Tarihçesi

Tütün tarımının Milattan Önce (M.Ö) 6000 yılında Amerika kıtasında başladığı bilinmektedir. Bu tarihten 4,500 yıl sonra Orta Amerika’da yaşayan, Mayalar tarafından tütün kullanılmaya başlanmıştır. Önceleri kuru tütün yapraklarını sararak veya ufalayarak ilkel pipolarda kullanan yerlilerin bazılarının ise tütünden yapılmış sakızları çiğnedikleri, tütün tozlarını derilerine sürdükleri veya lavman gibi kullandıkları anlaşılmıştır. Sonraları tütün üretimi ve kullanımı Kuzeyde Kızıl derililer, güneyde de İnkalar tarafından benimsenmiştir. Avrupalılar tütünü 1492 yılında Küba’ya ayak basan Christopher Columbus sayesinde öğrenmişlerdir (8). Yerlilerin tütün içtikleri saz borusuna verdikleri “tobacco” adını tütün bitkisine de verdiklerini kaydetmiştir (9). Yaklaşık keşiften bir yüzyıl kadar sonra, tütün tüm Avrupa’nın yanı sıra Uzak Doğu, Orta Asya, Sibiry, Hindistan ve Afrika’ya kadar yayılan; üretilen ve tüketimi gittikçe artan, dolayısıyla ticareti yapılan bitkilerin içinde yerini almıştır (10). Türkiye’de sigara kullanımında artış 1990’lı yılların sonuna dek sürmüştür ve 2000’li yılların ortalarından itibaren bu artış düşmüştür (11). Türkiye’de ilk tütün kontrolü yasası 1996 yılında çıkarılmış (No. 4207), yasa 2008 yılında revize edilmiş (No. 5727), 19 Temmuz 2009 tarihinde ikram sektöründe de dumansız hava sahası uygulamaları başlamıştır (1, 12). Tütün ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK), DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’nin (TKÇS) öngördüğü önemli gerekliliklerini de yerine getirerek Türkiye’nin “tam dumansız ortamlar” uygulaması yapan ilk ülkeler arasında yer almasını sağlamıştır. Yürütülen politikalar kapsamında Sağlık Bakanlığı sigara içenlere bırakmaları yönünde destek olmak amacıyla bünyesindeki sağlık kuruluşlarında 400’den fazla sigara bırakma merkezi açarak sigarayı bırakmak isteyenlere bu yönde destek sağlamaktadır. Ayrıca bazı üniversite ve özel kuruluşlar bünyesinde sigara bırakma merkezleri faaliyet göstermektedir. Bu merkezlerin fizik yapısı tanımlanmış, insan gücü sayısı ve nitelikleri bakımından belli standartlara sahip olmasına dikkat edilmiştir. Sağlık Bakanlığı 7/24 esasına göre çalışan Sigara Bırakma Danışma Hattı (ALO 171) kurmuştur. Bu hat aracılığı ile sigara bırakmak isteyen bireylere danışmanlık hizmeti vermektedir (1).

2.1.2. Tütün Ürünleri ve Kullanım Şekilleri

Patlıcangiller familyasında (solanaceae) yer alan tütün (nicotiana) Güney Amerika yerlileri tarafından yüzyıllarca kullanılmış bir bitkidir. Tütün (nicotiana) familyasında 65 dolayında tür bulunmasına karşın tütün ürünlerinin yapımında Nicotiana tabacum ve Nicotiana rustica başlıca kullanılan iki tütün türüdür. Bu bitkinin yaprağının tamamen yada kısmen hammadde olarak kullanılması ile oluşan tütün ürünlerinin içme, buruna çekme, emme yada çiğneme gibi kullanım şekilleri vardır (11). Çeşitli işlemlerden geçerek pazara sunulan tütün ürünleri şunlardır:

- Sigara
- Sarmalık kıyılmış tütün
- Pipo tütünü
- Puro ve sigarillo
- Nargilelik tütün
- Enfiye tütünü
- Çiğnemelik tütün

Pipo ve puro sigara içerken olduğu kadar, derin inhale edilmediği için akciğer kanseri ve diğer solunum sistemi hastalıkları açısından sigaraya göre daha az risk taşımaktadır (13).

Nargile tütün kullanımının Orta Doğu'daki geleneksel kullanım şekli olup akciğer fonksiyonlarını FEV₁' i azaltarak yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir. Kullanılan tütün ürünü çeşidine ve nasıl içildiğine göre nikotin ve toksinlerin miktarının çeşitliliği değişmektedir (14).

Maraş otu olarak da bilinen çiğnemelik tütün ve enfiye tütünü dumansız tütün ürünleri grubundan olup nikotin bağımlılığına neden olmaktadır. Her ne kadar sigara içimine göre daha az riskli olsa da oral kavite kanserleri ve kardiyovasküler hastalıklar için artmış riski mevcuttur (15).

Bu tütün ürünlerinin dışında elektronik sigara, tütünden ziyade nikotin içeren ürünler arasında yer almaktadır. Elektronik sigara tütünü aerosolize eden bir elektronik salınım sistemine sahip olup dumanı olmayan ama dumana benzeyen bir buhar üretmektedir (14).

2.1.3. Tütün Ürünleri Kullanımı ve Epidemiyolojisi

Yaşamın herhangi bir döneminde 100 tanenin üzerinde sigara içmiş olan kişiler sigara içicisi (ever smoker) olarak tanımlanmaktadır. Her gün tütün ürünü kullananlar (daily smoker) yada aralıklı olarak tütün ürünleri kullananlar (occasionally smoker) ayrı sınıflandırılmaktadır (11).

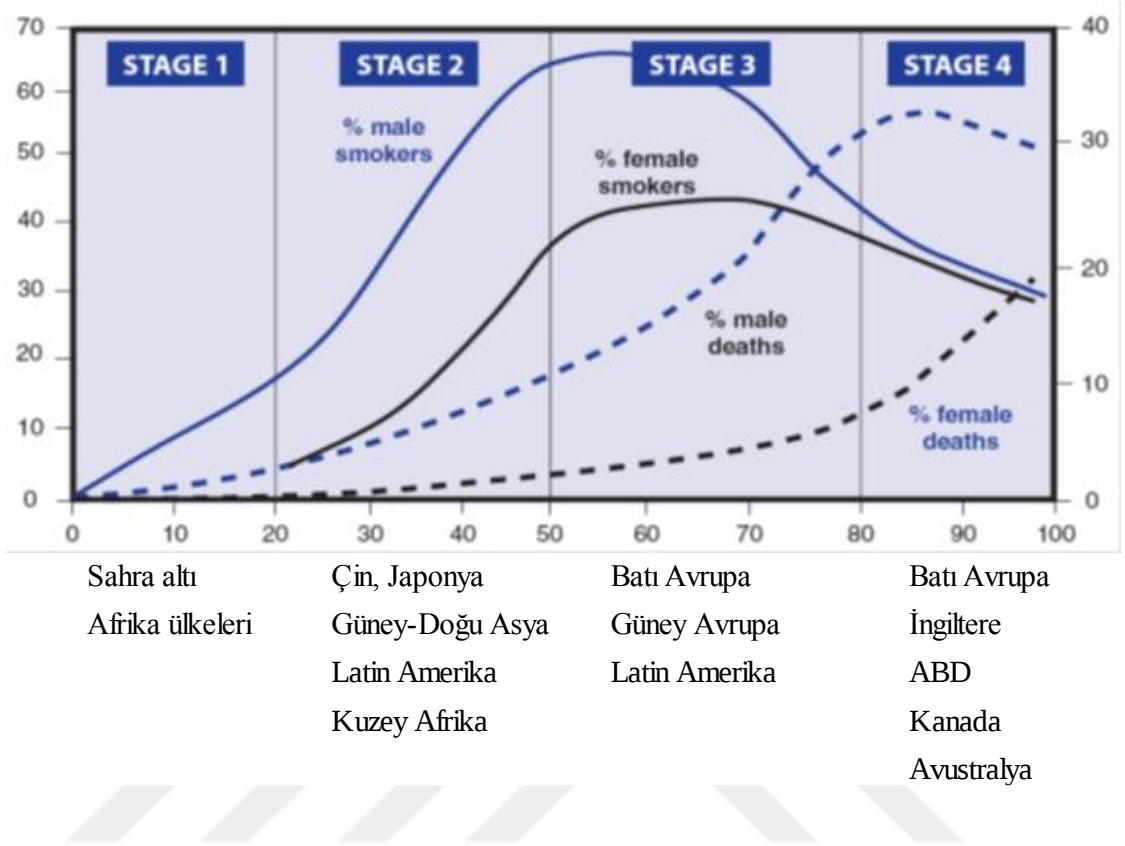
Tütün ürün kullanımı çeşitli şekillerde olup üç grupta değerlendirilebilir:

1. Sigara içmemiş (non-smoker): yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş olan kişiler.
2. Sigarayı bırakmış (ex-smoker): en az 6 aydır sigara içmeyen eski içicilerdir.
3. Sigara içen (current smoker): halen düzenli yada düzenli olmayan şekilde sigara içen kişilerdir.

Literatür verilerine göre Dünyada 1,5 milyar kişi tütün ürünü kullanmakta olup; yarısının bu nedenle öleceği tahmin edilmektedir (1). Tütün ve sigara kullanımı değerlendirildiğinde son 100 yıllık süre içerisinde 4 evre yaşandığı bugün dördüncü evreye ulaşan ülkelerin daha evvel önceki evreleri yaşadıkları ifade edilmiştir. Bu evrelerden bahsedecek olursak;

1. Evre: Tütün kullanımının düşük düzeyde olup ilerleyen zamanda artacağı evredir. Bu artış öncelikle erkek cinsiyette görülmektedir.
2. Evre: Tütün kullanımı erkeklerde hızla arttığı ve kadınlar arasında da yaygınlaşmaya başladığı dönemdir. Bu dönemde sağlık sorunları artmaya başlar.
3. Evre: Sigara bağlı sağlık sorunlarının çok görüldüğü evredir. Erkeklerde ölümlerin hızla arttığı ve buna paralel olarak yine erkekler arasında sigara kullanımının azaldığı evredir.
4. Evre: Tütün kullanımı hem erkeklerde hem kadınlarda azalırken erkeklerde sigara kullanımına bağlı ölümlerin azaldığı kadınlarda ise arttığı evredir (11).

Şekil 2.1.3.1 Dünyada Sigara Kullanım Evreleri



Dünyada en çok ölüme yol açan iki nedenden biri açlık diğeri ise tütün kullanımı olup tütün kullanımı dünyada en önemli önlenabilir ölüm nedenidir. Önümüzdeki yüzyıl içerisinde 1 milyar kişinin tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (16) . Dünyada tütün ürünü kullanan kişi sayısının en çok olduğu ülke Çin’ dir ve onu Hindistan, Endonezya, Rusya ve ABD izlemekte olup Türkiye bu sıralamada onuncu sırada yer almaktadır (17).

Türkiye’ de yetişkinlerde tütün kullanım sıklığı ortalama %31,2’dir. Bu oran erkeklerde %48, kadınlarda %15 olup en çok 25-44 yaş arasında tüketilmektedir. Eğitim düzeyi ile sigara tüketimi değerlendirildiğinde lise düzeyine kadar artış göstermekte, üniversite eğitimi olanlarda ise azalmaktadır. Türkiye’ de 2003 yılında ve 2009 yılında yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA, GYTS: Global Youth Tobacco Survey) sonuçlarına göre her on gençten birisinin gelecek bir yıl içerisinde sigara içmeye başlayabileceği öngörülmüştür (1, 11).

1950’ li yıllarda tütün kullanımının sağlığa olan etkisi ortaya konduktan sonra ilk kez 1964 yılında Amerikan Surgeon General Raporu’ nda sigara kullanımının sağlığa

zararlı olduğundan bahsedilmiştir. DSÖ ise ilk kez 1970 yılında tütünün sağlık için zararlı olduğunu belirtmiştir. 2003 yılında üye ülkelerin oy birliği ile DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi imzalanmış ve tütün kontrolünde etkili olduğu kanıtlanmış 6 maddelik bir politika paketi (MPOWER-KUVVET) hazırlanmıştır. MPOWER kriterleri:

- Koru
- Uygun yardım öner
- Vergiyi artır
- Var olan mevzuatı güçlendir
- Eğit
- Takip et

Tütün kontrolündeki bu etkili altı uygulama ile tütün salgınıyla başedilebilir. Bu kriterler esas alınarak yürütülen politikalar değerlendirildiğinde Türkiye MPOWER kriterlerinin hepsini karşılayan ilk ve tek ülke konumundadır (1,16). Türkiye’ de ilk kez 1987 yılında Sağlık Bakanı tütün kullanımının azaltılmasına yönelik neler yapılabileceğine dair ilgili uzmanlarla görüşme yapmış ve 1998 yılında sigara kullanım sıklığını belirlemek için ilk prevalans çalışması yapılmıştır (17). 1996 yılında kabul edilen “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” (No 4207) ilk tütün kontrolüne dair kanun olup daha sonra kapsamının genişletilmesi ile 2009 Temmuz ayından itibaren Türkiye “tam sigara dumansız” ülke olmuş ve tütün kullanımı azalma peryoduna girmiştir (11, 18).

2.1.4. Bağımlılık Sendromu ve Sigara Bağımlılığı

Bağımlılık, kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesidir. DSÖ madde bağımlılığını; kullanılan maddeye, daha önceden değer verdiği diğer nesnelerden çok daha fazla değer vermesi olarak tanımlamıştır (19).

Maddenin ilk kullanımından çevresel şartlar sorumlu görülürken bağımlılığa giden yolda biyolojik yatkınlığın rolünün büyük olduğu düşünülmektedir. Madde kullanım bozukluklarında kalıtsal faktörlerin yanı sıra çevresel ve sosyal şartlarla psikodinamik faktörlerin de etkili olduğu üzerinde durulmaktadır (11).

Sigaranın bağımlılık yapıcı etkisi, yapılan çalışmalarda %33 ile %94 arasında değişmekle birlikte, sigarayı deneyen her dört kişiden üçünde bağımlılık yaptığı düşünülmektedir (11). Sigaranın bağımlılık yapma özelliği klasik koşullanma ve edinsel

koşullanma ile sigara ve nikotinin hem pozitif hem de negatif pekiştirici olmasından kaynaklanmaktadır (11, 20, 21).

Tüm bağımlılık yapıcı maddelerin pozitif pekiştirici etkisi, nucleus accumbensteki $\alpha 4$ ve $\beta 2$ reseptörleri aracılığı ile olan dopamin artışından ve bu şekilde keyif vermesinden kaynaklanmaktadır (22-25). Ancak tütün ürünlerinin bağımlılık yapma potansiyelinde rolü olan pozitif pekiştirici özelliğine opioid peptid artışının da etkili olduğu belirtilmektedir (23).

Nikotin yoksunluğu sendromu en az birkaç haftadır hergün nikotin kullanan bir bireyde nikotin kesilmesini takip eden 24 saat içerisinde aşağıdaki belirtilerden en az dördünün ortaya çıkma durumudur:

- Şiddetli nikotin alma isteği
- Çabuk sinirlenme ve huzursuzluk
- Sıkıntı hissi (anksiyete)
- Dikkat dağınıklığı
- Hareketsiz duramama (restlessness)
- İştah artışı ve kilo alma
- Kalp atım hızında azalma

Nikotin yoksunluğu içerisindeki sigara bağımlısının sigara içmesi ile tüm yoksunluk belirtileri ortadan kalkmakta ve bu durum sigaranın hem negatif pekiştirici hem pozitif pekiştirici olmasına neden olmaktadır (22, 26, 27).

Sigara bağımlısı olmanın hem genetik hem çevresel faktörlere bağlı olduğu bilinmektedir. Örneğin ebeveyn yada kardeşlerinde sigara içme alışkanlığının olması o bireyin sigara bağımlısı olma riskini 2-4 kat arttırmaktadır (28). Genetiğin sigarayı bir kez deneme üzerine etkisi %50 iken sigara kullanma üzerine etkisi % 70'lere çıkmaktadır (29). Monozigot, dizigot ve evlat edinilmiş bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda da genetik faktörlerin bağımlılık üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (29, 30).

Sigara bağımlılığı incelendiğinde bireysel yatkınlılar üzerinde etkili başka mekanizmaların da olduğu tesbit edilmiştir. Dopamin D2 geni (DRD2) beş dopamin reseptör geninden biridir. Dopamin D2 geninin (DRD2) Taq I A1 alleleline sahip kişilerde azalmış D2 reseptör bağlanma affinitesi gözlenmiştir ve bağımlılık oranı bu allele sahip olanlarda daha yüksek bulunmuştur (31, 32). Serotonin bağımlılık gelişimindeki etkisi dopamininki kadar net olmasa da sigara içicilerinde serotonerjik sistemde bazı allel genotiplerinin sıklığı yüksek olarak tesbit edilmiştir. Ayrıca vücutta nikotini karaciğerde

metabolize eden CYP2A6 ve CYP2B6 enzimlerinin işlev görmeyen allelini taşıyan bireylerde nikotin metabolizması yavaşlamakta ve bu bireylerde nikotin bağımlılığına karşı doğal bir koruma gelişmektedir. Bu kişilerin bağımlı olma olasılığı düşük olup sigara bırakma tedavilerine yanıtları daha iyi ve uzun süreli olmaktadır (29).

Nikotin bağımlılığı tanısı 12 aylık sigara kullanımı sürecinde aşağıdaki belirtilerden en az üçünün herhangi bir zamanda ortaya çıkması ve belirgin bir klinik bozulmaya yada sıkıntıya yol açması ile konmaktadır (11). Bu belirtiler şunlardır:

1. Tolerans gelişmiş olması: Fazla miktarda nikotin kullanılması ya da aynı miktarda nikotin içeren ürünün sürekli kullanımıyla başlangıçta gözlenen keyif verici etkilerin azalmasına karşın bulantı, sersemlik ve diğer belirtilerin olmaması ile kendini gösterir (3, 11).
2. Çekilme (Withdrawal): Nikotine karşı yoksunluk sendromu oluşması veya yoksunluk sendromu oluşmaması için aynı yada benzer ürünlerin tüketilmesi.
3. Niyetlenenden daha fazla miktarda ve uzun süre kullanım
4. Kullanım kontrolü ya da kesmek için ısrarlı arzuya mukabil boşa çıkan çabalar
5. Nikotin kullanmak temin etmek yada etkisinden kurtulmak için aşırı zaman harcama (Bu durum en çok zincirleme sigara içme esnasında görülür).
6. Kullanım yüzünden önemli sosyal, mesleki ya da boş zamanları değerlendirici aktivitelerden vazgeçmek ya da azaltmak: Kişi ancak sigara içmenin yasak olduğu yerlerde bir iş yapıyorsa bu durum geçerlidir. Yasağın olmadığı yerlerde bu madde geçerli değildir.
7. Kullanım yüzünden fiziksel sorunların ortaya çıktığı ya da kötüleştiği bilinmesine karşın kullanımı sürdürmek.

Yukarıdaki maddelerin ilk ikisi hariç kompulsif (engellenemez bir istekle süren) madde kullanımını yansıtmaktadır. Şayet ilk iki kriterden birini içeren bir bağımlılık söz konusu ise 'Fizyolojik Bağımlılık Gösteren' bu iki maddeden herhangi birini içermeyen durumlarda 'Fizyolojik Bağımlılık Göstermeyen' bağımlılıktan söz edilir (11).

2.1.5. Sigara Bağımlılığının Değerlendirilmesi

Tütün bağımlılığı birçok hastalığın nedeni olarak tesbit edilmiş ve son yıllarda tütün bağımlılığı tedavisi daha da önem kazanmıştır. Etkili sigara bırakma yaklaşımları için bireyin sigara bırakmaya hazır olup olmadığının anlaşılmasına yardım eden 5 aşamalı bir değişim süreci olan "Transteorik Model" ilk kez Prochaska ve arkadaşları

tarafından tanımlanmıştır (33). Sigara bırakma sürecinde davranışsal yönden 5 farklı evre içinde geçiş söz konusudur:

1. Bırakmanın düşünülmediği evre (pre-contemplation)
2. Bırakmanın düşünülmesi (contemplation)
3. Bırakma hazırlığının yapılması (preparation)
4. Bırakmanın denemesi (action)
5. Bırakmanın sürdürülmesi (maintenance)

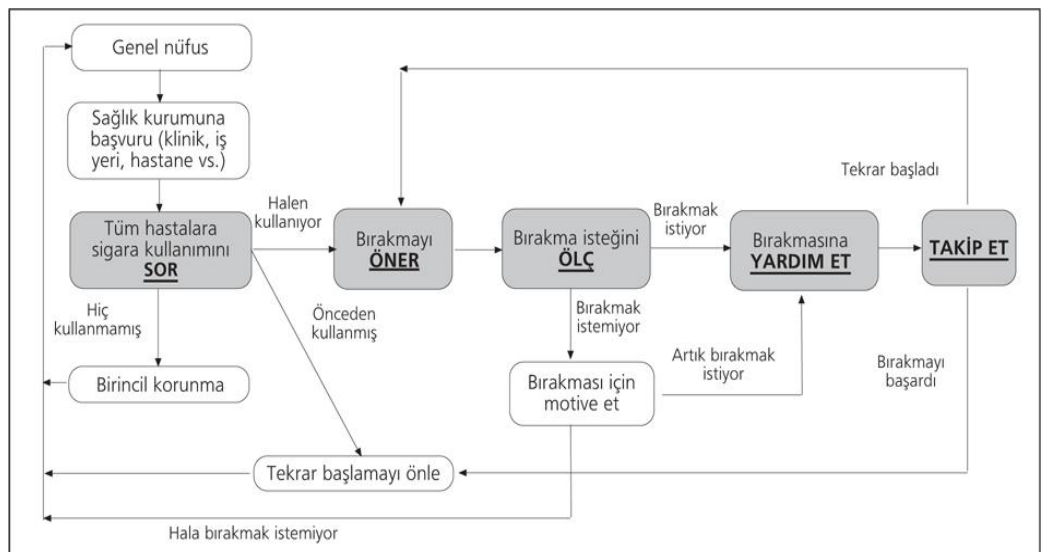
Kendi kendine sigara bırakmayı deneyen bireylerde evreler arası geçiş doğrusal değil de dairesel özellik gösterir. Hekime başvuru anında bireyin hangi evrede olduğu çok önemlidir, hekimin yaklaşımı bireyin içinde bulunduğu evreye uygun olmalıdır (11).

Sigara bıraktırma yönetiminde istekli olan hastalarda 5A (5Ö) bırakma konusunda isteksiz hastalarda ise 5R stratejilerinin uygulanması önerilmektedir (11, 34).

5 A Stratejileri:

1. Sor, öğren (Ask)
2. Bırakmasını öner (Advice)
3. Son 1 ay içerisindeki sigara içme isteğini ölç, değerlendir (Assess)
4. Tedaviyi planla, yardım ve önderlik et (Assist)
5. Nüksü önlemek için örgütle, izle (Arrange)

Şekil.2.1.5.1 Birinci Basamakta Tütün Kullanımı ve Bağımlılığı İçin Tedavi Modeli (34)



5 R Stratejileri (TeRKET Modeli):

Bırakma konusunda isteksiz olan hastalara 5 R stratejileri uygulanır.

1. Relevance (İlişki= Tüm etkileri gözden geçirme): O andaki hastalık, ekonomik durum, aile, çocuk, yaş ile sigara içmenin getireceği zarar ilişkilendirilir.
2. Risks (**R**iskler): Sigara içiminin kısa dönem uzun dönem ve çevresel riskleri üzerinde durulur. Hasta bilinçlendirilir.
3. Rewards (**K**azançlar): Sigarayı bıraktığı takdirde hastanın sağlık durumundaki, aile hayatındaki, ekonomik anlamdaki iyileşmeler gibi olumlu sonuçlarından bahsedilir.
4. Roadblocks (**E**ngeller): Sigara bırakma sürecindeki yoksunluk belirtileri, kilo alma, depresyon, etkin tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmama gibi engeller ve bu engelleri aşabilecek çözüm önerileri ile hasta bilgilendirilir.
5. Repetition (**T**ekrar): Her başvuruda motivasyonel destek verilmeli sigara bırakmanın birkaç denemeden sonra olabileceği anlatılmalıdır (11, 34).

Tüm içicilere sigara bırakması tavsiye edilmeli ve bırakmak isteyen içicilere davranışçı terapi ve farmakolojik tedavi kombine edilmelidir (35, 36). Bırakmak isteyen içicilerin önündeki engeller ve sigara içimini tetikleyici durumlar değerlendirilmeli ve alınabilecek önlemler belirlenmelidir. Çoğu çalışmada bırakma oranlarının davranışçı terapi ile arttığı gösterilmiştir (37, 38)

Sigaraya tekrar başlayan bireylerde ise psikolojik danışmanlık hizmetleri yoğunlaştırılarak farmakolojik tedavide bir üst basamağa geçilebilir (39). Sigara kullanan bireylerin bir kısmı tütün profesyonel bir yardım almaksızın veya organize bir program kullanmaksızın bırakmayı başarmasına rağmen pek çok içici bunu kendi kendilerine başaramamakta ve yardım aramaktadır (3). Bırakmaya hazır hissedenden tüm içicilere kendisi için mevcut ve kabul edilebilir en yoğun sigara bıraktırma danışmanlığı yardımı önerilmelidir (40).

Tüm bağımlılıklarda olduğu gibi tütün bağımlılık patogenezinde de 3 boyuttan söz edilebilir. Bunlar psikolojik, davranış ve nörobiyolojik boyutlar olup, sigara bırakma sürecinde hepsine eşit önem verilmeli, gerekli girişimler yapılmalıdır (11).

Tütün bağımlılığı değerlendirmesinin fiziksel değerlendirme ve bağımlılık değerlendirmesi şeklinde iki bileşeni bulunmaktadır. Fiziksel değerlendirmede göğüs ve kalp damar sistemi değerlendirmesi bir göğüs hastalıkları uzmanı yardımıyla fizik muayene, EKG, Akciğer grafisi, solunum fonksiyon testi, solunumsal karbonmonoksit ölçümü ve hematolojik incelemeleri içermelidir. Bağımlılık değerlendirmesinde ise sigarayı bırakmaya hazırlık evrelerinden hangisinde olduğu tesbit edilerek hastanın

durumuna uygun yaklaşım stratejileri kullanılır ve FNBT ile bağımlılık derecesi belirlenir.

2.1.5.1 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Nikotin bağımlılık değerlendirmesinde birçok ölçek kullanılmış olup rutinde en çok tercih edilen Fagerström Testinden daha sonra 8 sorudan oluşan Fagerström Tolerans Testi ve iç tutarlılığın ve farklı zamanlardaki ölçümlerin farklılık göstermesi nedeniyle daha sonra 6 sorudan oluşan FNBT geliştirilmiştir. Bu testlerde fiziksel bağımlılık ölçülmektedir (41, 42). Bu testlerin orta ve ağır bağımlılığın tesbitindeki gücü zayıf olup gücünü arttıran temel iki soru sabah ilk sigaranın ne zaman içildiği ve günlük içilen sigara sayısıdır (43, 44). Bu iki soru bağımlılık düzeyini göstermede oldukça duyarlı olup ikisi birlikte kullanıldığında ölçeğin duyarlılığı ve özgüllüğü artmaktadır(45, 46). FNBT’ de 6 soru ile 10 puan üzerinden değerlendirme yapılmaktadır.

Değerlendirme

FNBT değerlendirilirken 0-2 puan arası çok düşük, 3-4 puan düşük, 5 orta, 6-7 puan yüksek, 8-10 puan arası ise çok yüksek bağımlılık olarak değerlendirilir. Puan değerlendirmesi yapılan hastaya uygun sigara bırakma tedavi yöntemi hastanın tercihi ve ek hastalıkları da göz önünde bulundurularak belirlenmelidir (47).

2.1.6 Tütün Bırakma Yöntemleri ve Başarı Oranları

Sigara içicilerinin en az %70’inin yılda bir kez hekime muayene olduğu tahmin edilmektedir ve hekimlerin sigara bırakma konusundaki önerileri sigara bırakmada önemli bir motive edici faktör olup sadece bir tavsiyeyle bile sigara bırakmalarında % 2-4 oranında artış görülmüştür (48, 49). Hastaya uygun tedavi yöntemleri uygulanarak bu oran çok daha fazla arttırılabilir. Yapılan çalışmalara göre sigara bıraktırma yöntemleri arasında farmakolojik tedavi ile bilişsel ve davranışçı terapi kombinasyonu başarı oranları yüksek ve sık tercih edilen tedavi yöntemleri arasında yer almaktadır (47). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde sigorta şirketleri Food and Drug Administration (FDA) onaylı ilaç tedavileri ve davranışçı danışmanlığı da içeren sigara bırakma müdahalelerini kabul etmektedir. Bu bırakma müdahaleleri bireysel denemeler ve telefon danışmanlığı da dahil yıllık en az iki deneme teşebbüsünü içermelidir (50). Farmakolojik tedavi için tercih edilen preparatların başarı oranları çalışmalarda farklılık göstermektedir. Nikotin replasman tedavisi başlanan olguların 1 yıl süreyle sigarayı bırakma oranları %15-25

arasında değişmekte olup plaseboya göre etkinliği iki kat fazladır (37, 51-54). Literatürde 7 haftanın sonunda bupropion tedavisi ile elde edilen bırakırma oranları % 19 ile 44 arasında değişirken bir yılın sonunda %12- %23 arasındadır (55). Vareniklin ile onikinci haftada sigara bırakma oranları %23 ile %29,7 arasında bildirilmiştir (56).

2.1.6.1. Bilişsel-Davranışçı Tedavi

Davranışçı terapiler çoğunlukla polikliniklerde kısa klinisyen görüşmesi şeklinde olmaktadır. ABD’de kısa klinisyen görüşmelerine ek olarak sigara bırakırma telefon hatları da kullanılmaktadır (39). Ülkemizde DSÖ’nün Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’nin ardından 6 temel maddeyi içeren MPOWER kısaltması ile çeşitli uygulamalar hayata geçirilmeye başlanmıştır. Bu uygulamalardan biri de ülkemizdeki sigara bırakma danışma hattı olan ALO 171’in kurulmuş olmasıdır (57). Grup terapileri, telefon görüşmeleri, web tabanlı müdahaleler, telefon mesaj ve uygulamaları ,web sitesi kaynakları diğer danışmanlık yöntemleridir (40). Danışmanlık verilirken hasta olabildiğince bilgi ile donatılmalıdır. Etkili danışmanlık programlarında; nikotin yoksunluğu, tetikleyicileri engellemek ve sigarayı özendirici durumlarla başa çıkabilme ile ilgili bilişsel davranışçı teknikler genellikle kullanılmalı ve içicilerin bırakma konusunda cesaretlenmeleri sağlanmalıdır (34, 58).

Tetikleyicilerin tanımlanıp uygun başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi sigara bırakma sürecinde önemli davranışçı yaklaşımlardan biridir. Sigarayı hatırlatıcı özellikteki alışkanlık ve durumlar, sigara içilen ortamlar, stresli durumlar, alkol alımı sık karşılaşılan tetikleyicilerdir (40). Ayrıca bilişsel-davranışçı yöntemler olarak kendini izleme, belirlenen bırakma gününe kadar azaltıp o gün bırakma gibi yöntemler kullanılmaktadır.

Baş çıkma stratejileri olarak spor yapmak, karalama yapmak, örgü örmek, bilişsel olarak oyalayıcı yapılacaklar listesi yapmak, işini geliştirmek için neler yapabileceğini düşünmek, su içmek, sakız çiğnemek, pozitif telkinlerle sürecin iyi geçeceğini düşünmek, sigara bırakmanın faydalarını düşünmek başlıcalarıdır (59).

Sigara bırakmada stres yaygın bir engel olduğu için stres yönetimi önemlidir. Stresi belirgin bir engelleyici olarak tarifleyen bireylerde, stresle baş çıkma yöntemleri yardımcı olabilir. İritabilite, kaslarda gerginlik, alkol alımı, konsantrasyon güçlükleri gibi stres belirtilerine karşı, hasta bilgilendirilerek stresi azaltmasının ve sigaradan uzak kalabilmesinin sağlanmasında bu yöntemlerden yararlanabilmesi için teşvik edilebilir (40).

Sigara bırakma görüşmeleri esnasında hastaları teşvik etmek ve destekleyici olmak oldukça önemlidir. Bu görüşmelerde hastanın duyguları, korkuları, beklentileri öğrenilmeli ve açıkça iletişim kurulabilmelidir (34, 40).

Bireysel danışmanlık verilirken, eşitlikçi bir tavır izlenmeli, paternalistik yaklaşımdan kaçınılmalıdır (11). Bireysel danışmanlığa bırakma tarihinden önce başlanmalı, ilk kontrolü bırakma tarihini takip eden bir hafta içinde olmalı ve bırakma tarihinden sonra da en az üç ay danışmanlık sürdürülmelidir (40). Yapılan meta- analiz çalışmalarında danışmanlığın yoğun bir şekilde verilmesi ile bırakma oranları arasında güçlü bir bağ bulunmuştur. Yoğun danışmanlıkta görüşme sayısının 4 kez ve görüşme süresinin 10 dakikadan fazla olması gerektiği söylenmekte ancak optimal süre ve sıklık tam bilinmemektedir (34, 40)

Grup terapileri sigara bıraktırma yöntemleri arasında yer almaktadır ve hastaya davranışçı yöntemler kazandırmakta bireysel görüşmeler kadar etkili görülmüştür. Telefon danışmanlığı ise kısa görüşmelere ilave olarak kullanılabilir. Bilişsel-davranışçı yöntemler sigara bıraktırmada evde faydalanılabilen yazılı, görsel- işitsel yardımcı malzemelerden daha etkili bulunmuştur (58, 60).

Bu yardımcı malzemeler ve web tabanlı programlar, kısa mesaj programları, telefon uygulamaları ve hastalar için bilgilendirici nitelikteki website kanaklarından faydalanma gibi yöntemler ise diğer danışmanlıklardan faydalanamayan bireyler için tek başına yada yardımcı yöntem olarak kullanılabilir (40).

2.1.6.2. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavinin amacı nikotin yoksunluğun semptomlarını azaltarak bağımlılığın üstesinden gelmektir (47).

a) Nikotin replasman tedavisi (NRT)

NRT, vareniklin etken maddesi ile Champix ve yavaş salımlı bupropion etken maddesi ile Zyban farmakolojik tedavinin üç grup biricil seçeneklerindendir.

NRT, Fagerström Tolerans Testine göre orta ve yüksek skor alan, günde 15 adetten fazla sigara içen yada hafif derecede bağımlılığı olup diğer tedavilerden fayda görmeyen bireylerde doktor kontrolünde uygulanabilir. Nikotin yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmak amacıyla kullanılan NRT’de vücuda verilen nikotin dozu sigara içimi ile alınandan çok daha düşüktür. Bir sigara içiminin ardından 10 dakika sonra plazmada ölçülen nikotin değeri 20-50 mg/L ortalama 35mg/L’ dir. Plazmada pik değeri nikotin

sakızları ve nazal sprey ile replasman tedavisi uygulandığında 6-8mg/L transdermal formlarda ise 12 mg/L' dir. Ülkemizde bant ve sakız formları bulunan NRT' nin diğer formları nazal sprey, oral inhaler, pastil, sublingual tablet ve ağız spreyidir. Randomize kontrollü çalışmalarda nikotin replasman ürünleri sigara bırakma konusunda plaseboya göre 2 kat daha etkili olduğu ve etkinlik açısından ürünler arasında fark olmadığı ancak nikotin replasman ürünleri ile kombine edildiğinde tek ürüne göre daha etkili olduğu belirtilmiştir (61, 62). Kombinasyon tedavisi olarak nikotin bandı ve nikotin sakızının birlikte kullanımı tercih edilmekle birlikte, genellikle uzun etkili ve yavaş salınımlı olan nikotin bandına kısa etkili olan diğer herhangi bir replasman ürünü kombinasyonu için tercih edilebilir (11, 47). Yan etkileri bupropion ve vareniklinden çok daha azdır ve kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda güvenle kullanılabilir (63). NRT ürünlerinin genellikle nüks riski yüksek olan sigarayı 2-3 aydır bırakmış eski içicilerde daha çok önerilmektedir. Önceden sigara bıraktırma gününde NRT başlanması ve sigaranın eş zamanlı kullanılmaması önerilirken FDA artık sigara kullanan hastaların da bu ürünleri kullanılabileceğini belirtmektedir (47). NRT; hipertansiyon, Tip 1 diabetes mellitus, feokromasitoma hastalarında, karaciğer, böbrek ve kalp yetmezliği olanlarda dikkatli kullanılmalıdır. Gebelerde, emzirenlerde, unstabil anjina ve aritmisi son bir ay içerisinde miyokard infarktüsü geçirenlerde NRT uygulanmamalıdır. NRT ürünleri kullanılırken sigara içilmemelidir (11).

Nikotin Sakızı

İyon değişimi ile bukkal mukozadan nikotin emiliminin gerçekleştirildiği nikotin sakızı, ilk geliştirilen nikotin replasman ürünlerinden biridir. Biyoyararlanımı sınırlıdır, kafeinli ve asitli yiyecekler emilimini etkilemektedir (47). 4 mg' lık formu günlük 25 adet ve üzeri içicilerle Fagerström Testine göre yüksek bağımlılığı olan hastalara önerilirken, 2 mg' lık formu günlük 25 adetten az sigara içenlerle düşük yada orta düzeyde bağımlılığı olanlara önerilmektedir (11, 37). Nikotin sakızı tedavisinde günlük 10-15 sakız çiğnenmesi önerilmekte ancak yapılan çalışmalarda bu miktarın çok daha azının tüketildiği bilinmektedir. Kullanım şekli günlük 24 adeti geçmeyecek şekilde her 2 saatte bir (en erken önceki sakızdan yarım saat sonra) sigara içme isteği geldiğinde “ çiğne ve park et” şeklinde çiğnemeleridir. Nikotin tadı alınana kadar çiğnenen sakız nikotin tadı alınınca bukkal mukozada birsüre bekletilir ve tekrar çiğnenir, parkedip yeniden çiğneme 30 dakikaya kadar tekrarlanabilir. İlk altı haftalık tedavi bu şekilde devam ederken, ikinci altı haftalık sürede kullanılan sakız miktarı azaltılarak kesilir. Yutulan nikotin bulantı,

kusma, hazımsızlık, hıçkırık, baş ağrısı, tükürük salgısında artış, ağızda irritasyon ve ülser gibi geçici semptomlara neden olabilir (11, 47).

Nikotin Bandı

Nikotin bandı, yavaş ve uzun süreli nikotin salınımı sağlayan bir NRT ürünüdür. 16 ve 24 saatlik formları ile nikotin miktarı olarak 7 mg, 14 mg ve 21 mg'lık formları mevcuttur. Tedaviye 30 cm²'lik yani 21 mg nikotin içeren en yüksek nikotin dozu ile başlanır, her 2-4 haftada bir doz azaltılarak 8-12 haftada tedavi tamamlanır. Günde 10 adetten çok sigara içenlerde 21 mg ile tedaviye başlanırken, daha az sayıda sigara içenlerde düşük doz ile tedaviye başlanabilir. Vücudun temiz kuru ve kılsız bir bölgesine uygulanır ve hergün vücudun farklı bir bölgesine yapıştırılması tercih edilir. Nikotinin kanda etkili seviyeye ulaşması yarım saat ile 3 saat arasında olmaktadır. Gece çıkarılan formları kullanan hastalardan sabah nikotin açlığı hissedenlerin bu nedenle sabah uyanmayı takiben bu süre zarfında ek bir kısa etkili NRT ürünü kullanması önerilmektedir (64). Nikotin bandı ile tedavide hasta uyumu yüksektir ancak kanda yüksek değere ulaşması çok zaman almaktadır ve nikotin yoksunluğu için kullanıcının dozu kontrol etmesi mümkün değildir (47). 16 saatlik formları, nikotinin uyku üzerine olan olumsuz etkilerini azaltmak için kullanılmaktadır (11, 65). Nikotin bandı ile davranışsal tedavi kombine edildiği zaman tedavinin etkinliği iki kat artmaktadır (66). Nikotin bandının yan etkileri az olmakla birlikte en sık yan etkisi uygulama yerinde oluşan lokal deri reaksiyonlarıdır. Bu deri reaksiyonlarının ancak %1,5-2 kadarında tedavinin kesilmesi gerekmektedir. Psöriazis ve egzama gibi deri hastalıklarında bant kullanımı önerilmemektedir (11).

Nikotin Pastili

Nikotin pastili ise son yıllarda ülkemizde kullanılmaya başlanmıştır. 1 mg, 2mg, 4 mg'lık formları mevcuttur. 4 mg formları uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içerisinde sigara içen hastalara, 2 mg formları ise tüm hastalara önerilebilir. Önerilen doz çizelgesi nikotin sakızı ile benzerdir, 1-2 saatte bir pastil ve günlük 15 ve üzeri pastil kullanımı hedeflenmiştir. Her 6 saatte 5 pastil yada günlük 20 pastil kullanılabilecek maksimum dozdur. Pastilin ağızda kalış süresi 30 dakikayı bulmalıdır. Sakıza üstünlüğü takma diş, diş kaybı, temporomandibular eklem hastalıkları gibi durumlarda kullanılabilir olmasıdır. Nikotin kullanımına bağlı yan etkilerin dışında ağızda ülser ve irritasyon yapabilmektedir (47).

Nikotin Nazal Sprey

Nikotin nazal sprej her defasında 0,5 mg nikotinin saatte 1-2 doz, günlük ise 10-40 doz kullanılarak vücuda alındığı nikotin replasman ürünüdür. Tedavi süresi 3-12 aydır. Yüksek bağımlılığı olan bireyler için uygun tedavi yöntemidir. Vücuda nikotinin en hızlı alınış şeklidir. Sigaraya en yakın farmakokinetik etkiye sahip olmasına rağmen sigara kadar hızlı nikotin salınımı sağlayamamaktadır (11, 67). Sık görülen yan etkileri nazal mukoza ve boğazda irritasyon, sekresyon artışı, konjesyon, burun çekme, akıntı ve gözlerde yaşarmadır. Nazal semptomlar ilk iki gün içinde hastaların % 94'ünde başlamaktadır ve %81 hastada tedavinin üçüncü haftasına dek sürmektedir (68).

Nikotin İnhalatör

Nikotin inhalatör aslında akciğerlere nikotinin ulaşmadığı inhalatör aracılığı ile salınan nikotinin oral mukozada depolanarak absorbe edildiği bir NRT ürünüdür. Sigara ağızlığına benzerliği, el ve ağız alışkanlıkları gibi davranışsal ve duyuşsal yönlerinin de yerini doldurması açısından faydalı olmaktadır (47). Kartuşları bulunan inhalatörde her saat 20 dakika olmak üzere 3 kullanımdan sonra kartuş değiştirilip günde en az 4, ideal olarak ise 6 kartuş kullanılmalıdır. 3 aylık tedaviden sonraki 3 aylık dönemde dozun azaltılarak kesilmesi önerilmektedir. Yaygın yan etkileri ağız ve boğazda irritasyondur. Nikotin az da olsa inhale edildiği için aşırı hava yolu duyarlılığı olan bireylerde bronkospazma yol açabileceği unutulmamalıdır (47). Nikotin inhaleri kullanan bireylerin bir yıllık bırakma oranları %15 dir (11).

Nikotin Sublingual Tablet

Nikotin sublingual tablet saat başı bir tablet alınarak 20 dakika dilaltında bekletilen NRT formudur. Ülkemizde bulunmamaktadır. (11).

b) Bupropion HCL

Noradrenalin ve dopamin geri alımının zayıf bir inhibitörü olan bupropion nontrisiklik ve aminoketon bir antidepresif ajandır. Tek başına yada NRT ile kombine edilerek kullanılabilen bupropionun yapılan çalışmalarda sigara bırakma başarısını plaseboya göre 2 kat arttırdığı gösterilmiştir. Yavaş salınımlı bupropionun sigara bırakmada yardımcı olarak lisanslandırılmış formu Zyban® 150 mg'lık tabletler halinde bulunur ve ilk 3 gün 1x1 4. günden itibaren ise 2x1 yani 300 mg/ gün ile tedaviye 8 hafta

ile 6 ay arasında devam edilebilir. Kullanımına başlandıktan sonra kanda kararlı duruma ulaşması beş ile yedi gün arasında olduğundan hedef bırakma günü 7.- 14. günler arasında bir gün için belirlenir. Tedavi alırken sigara bırakılır ve tedaviye devam edilir. Önerilen tedavi süresi en az 12 hafta olmakla beraber daha uzun süreli de verilebilen tedavide ilacın duygudurum üzerine olan etkilerinden dolayı doz ayarlaması gerekir (47). Uzun süreli tedaviler relapsı önleyebilir (69).

Bupropionun pazarlama sonrası olgu raporları değerlendirildiğinde suisid ve kendine zarar verme vakalarında artışın NRT daha fazla vareniklin tedavisi alanlardan daha az olduğu bildirilmiştir (70). Bu yüzden FDA'in de önerdiği gibi hastaların ve ailelerin tedavi esnasında depresif mod, ajitasyon, suisid düşüncesi yada teşebbüsü gibi duygusal ve davranışsal değişiklikler açısından uyarılmalı ve gözlemlenmelidir. Tedavi sonrasındaki bir hafta içerisinde yan etkiler açısından hasta değerlendirilmelidir.

Bupropionun nöbet eşiğini düşürme etkisi olduğundan epilepsi gibi nöbet bozuklukları yada nöbete predispozan faktörlerin varlığında kontraendikedir. Bu etkisi doz ve predispozan faktörlere bağlıdır (47). Kontraendike olduğu durumlar; konvulziyon eşiğini düşüren ilaç kullanımı yada MSS (merkezi sinir sistemi) travma öyküsü, kontrolsüz hipertansiyon, ağır hepatik nekroz, yeme bozuklukları, MAO inhibitörü kullanımı, 18 yaş altı içiciler, gebelik, mss tümörü, bipolar duygudurum bozukluğu hastalığı ve ağır siroz hastalığı ile anoreksiya nervroza ve bulimiyadır.

En yaygın yan etkileri uykusuzluk, baş ağrısı, ağız kuruluğu ve ajitasyondur. Akut miyokard enfarktüsü dışında stabil durumdaki kardiyovasküler hastalıkları ve kronik obstruktif akciğer hastalığı olan bireylerde de kullanımı güvenli bulunmuştur (47). Bupropion kilo alımını geçici olarak baskıladığından dolayı kilolu hastalarda yada kilo almaktan korkan hastalarda iyi bir tercih olabilir (70). Ayrıca ağır içicilerde NRT ile kombine olarak kullanılabilir (11, 47).

c) Vareniklin

Vareniklin nikotinik asetilkolin reseptörünün parsiyel agonistidir. İlacın $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptörleri üzerindeki parsiyel aktivasyonu sayesinde, nikotin yoksunluğu döneminde düşük olan mezolimbik dopamin düzeylerini yükselttiği ve sigara kesilme semptomlarını düzelttiği ileri sürülmektedir. Bir diğer etkisi de nikotin reseptörlerine sigaranın nikotininden önce bağlanarak sigaranın ödüllendirici etkisini ortadan kaldırması ve sigara arzusunu engellemesidir (71). 2013 yılında yapılan meta-

analiz çalışmasında plasebo ile karşılaştırıldığında sigara bırakma tedavisinde çok daha etkili olduğu gösterilmiştir (72).

İlacın kullanım şekli; ilk üç gün 0.5 mg günde bir kere, 4-7. günler arası 0.5 mg sabah akşam, 8-14. günler arası 1 mg günde iki kere kullanımı ile tedaviye devam edilir. Başlangıçta sigara içimi devam ederken 7. günden sonraki hafta içerisinde bir günde hastanın sigara bırakması amaçlanır. İlacın en sık yan etkisi bulantıdır. Vareniklin titrasyonu arttıkça bulantı riski artar. Doz aşamalı arttırılarak ve tok karnına bol su ile ilaç kullanımı sağlanarak bulantı azaltılmaya çalışılır. İlaç kullanım süresi uzadıkça bu şikayetler geriler. Diğer yan etkileri uykusuzluk, anormal rüyalar, baş ağrısı ve gastrointestinal yakınmalardır. İlacın % 80'i idrar ile değişmeden atılır. Renal atılım olduğu için ağır renal yetmezliği olan hastalarda doz ayarlaması yapılmalıdır. Diğer ilaçlarla ekileşimi karaciğerde metabolize olan bupropion kullanımında olduğu gibi fazla değildir. Normal tedavi süresi 12 haftadır ancak gerekli durumlarda 12 hafta daha kullanılabilir. İlaç doz azaltılmadan aniden kesilebilir. Vareniklin kullanımı; ajitasyon, depresif durum, intihar eğilimi gibi nöropsikiyatrik semptomları arttırabilir varolan psikiyatrik hastalığın kötüleşmesine neden olabilir. Nöropsikiyatrik semptomlar sigara içenlerde ve nikotin yoksunluğu çeken diğer bireylerde de görülebilmektedir. İlaç kullanmasa dahi sigara bırakanların bu tür belirtiler ve intihar eğilimi açısından hekimin ve ailesinin yakın gözleminde bulunmalıdır (11). Psikiyatrik hastalık öyküsü iyi sorgulanmalı aktif hastalığı olanlara vareniklin başlanmamalıdır. 2012 yılında sonuçlanmış güvenilirlik çalışmalarında durumu stabil olan majör depresyon, bipolar hastalık, şizofreni hastalarında da kullanımı uygun bulunmuştur (73). Uzun süre araç kullananlarda, pilotlarda, hava kontrolörlerinde dikkat dağınıklığı ve görüntü bozukluğu yapabildiği için kullanımı önerilmemektedir. Ayrıca stabil kardiyak hastalığı olan 714 içicide yapılan çalışmalarda plasebo ile karşılaştırıldığında ölümcül olmayan miyokardiyal infarktüs riskini arttırdığına dair bulgular olsa da anlamlı bulunmamıştır (74). FDA bu bulgulara dayanarak 2011 yılında vareniklin kullanımının kardiyovasküler hastalıklık riskini arttırdığını, bu hasta grubuna kar-zarar durumuna göre tedavi verilmesini önermektedir (74). Sigara bıraktırma tedavisi için kullanılan vareniklin Champix® adı ile lisanslandırılmıştır.

2.1.7 Sigara Bırakma Döneminde Sık Karşılaşılan Sorunlar

Sigara bırakma döneminde nikotin yoksuluk sendromu, depresyon, ağırlık artışı, öksürük ve ağız ülserleri sık karşılaşılan problemlerdir. Nikotin yoksunluğunda ortaya

ıkan semptomlar; huzursuzluk, uykusuzluk veya uykuya eğilim, yorgunluk, gerginlik, olaylara aşırı tepki verme eğilimi, sinirlilik, hayattan zevk alamama veya aşırı neşelenme durumu, başağrısı, dikkati toplamada güçlük, iştah artması, ağız kuruluğu, kabızlık, ağız yaralarıdır. Bu semptomların geçici olduğu ve sigarayı bırakan birçok kişide görülebildiğı hastaya söylenmelidir. Bu durumları önleyebilmek için yürüyüşe çıkmanın, bir hobi edinmenin, duş almanın, çay ve kahveden uzak durmanın, bol su içmenin ağız yaraları için karbonatlı gargara, kapatıcı pomat kullanımının kendisine yardımcı olabileceğı; kendisinin de karışılartığı sorunlarla başaıkabilmek için yöntemler geliştirebileceğı konusunda bilgilendirilmelidir.

Sigara bırakmanın depresyona etkileri net olmamakla birlikte yapılan büyük bir çalışmada önceden psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde, sigara bırakmanın depresyon ve anksiyetede artışa neden olmadığı gösterilmiştir (75). Sigaranın bırakılmasından sonra kilo alma sıkça görülür. Bunun altında yatan mekanizmanın metabolik hızda yavaşlama, lipoprotein lipaz aktivitesinde artış, gıda tercihlerinde değışme ve artmış kalori alımı olduğu düşünülmektedir (76). Ağırlık artışı ilk iki haftada 1-2 kg, sonraki 4-5 ay içinde ek olarak 2-3 kg, ortalama ağırlık artışı ise 4-5 kg kadardır. Fakat bazı bireylerde bu artış daha fazla da olabilmektedir. Sigarayı bırakanların %10'unda bu artışın daha fazla olması beklenen bir durumdur. Genel olarak kilo alma ağır içicilerde ve kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Diyet ve fiziksel aktiviteyi içeren davranış değışiklikleri ile kilo alımı sınırlandırılabilir, el ve ağız alışkanlıkları nedeniyle tüketilen çerez, cips gibi gıdaların yerine çiğ sebzeler, mevsim meyveleri tercih edilebilir. Sigara içimi ile karışlaşılan riskler göz önünde bulundurulduğunda kilo artışı bir süre gözardı edilebilir (11). Sigara bırakma sürecinde ortaya çıkan ağız ülserleri ve öksürüğün patofizyolojisi tam bilinmemekle birlikte genellikle birkaç hafta içerisinde kaybolmaktadır (77).

2.1.8 Sigaranın İnsan Sağığı Üzerine Etkileri

Dünyada en sık görülen sekiz ölüm nedeninin altısında sigara kullanımı risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Sigaranın risk faktörü olduğu bu hastalıklar; iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonları, kronik obstruktif akciğer hastalığı, tüberküloz ve solunum sistemi kanserleridir (16). Sigara kullanımının akciğer kanseri dışında gırtlak, ağız boşluğu, yutak, yemek borusu, mide-barsak, mesane, pankreas, kadınlarda rahim ve meme kanseri gibi başka kanserlerle de ilişkisi vardır. Ayrıca kalp-damar sistemi, özellikle fel (inme) ve kanser dışı akciğer

rahatsızlıklarında sigara içilmesinin etkisi vardır ve sigara kullanımı çeşitli mide-barsak hastalıkları, osteoporoz, hafıza bozuklukları, damar sertliği ve damar tıkanıklığı, alerjiler, katarakt, görme bozuklukları gibi hastalıklarla da ilişkilendirilmiştir. Ağızda, çevredeki eşya, evlerde perdeler ve giysiler üzerindeki kötü koku, yangın tehlikesi, genel anlamda çevre kirliliği gibi durumlar da sigaranın diğer etkileridir (78, 79, 80). Aşağıda tütün ile ilişkilendirilen hastalıklar belirtilmiştir:

a) Tütün nedeniyle oluşan hastalıklar

- Koroner kalp hastalığı
- Aterosklerotik periferik damar hastalığı
- Serebrovasküler hastalıklar
- Akciğer kanseri
- Larynks kanseri
- Ağız kanseri
- Özofagus kanseri
- KOAH

b) Tütünle ilişkili olası durumlar

- Peptik ülser
- Periodontal hastalıklar

c) Tütünün katkıda bulunduğu hastalıklar

- Mesane kanseri
- Pankreas kanseri
- Böbrek kanseri
- Serviks kanseri
- Osteoporoz

d) Erişkin ve çocuklar üzerine pasif içiciliğin etkileri

- Artmış akciğer kanseri riski
- Artmış akciğer enfeksiyonu riski

e) Maternal Tütün içiminin gebelik ve çocuk üzerine olan etkileri

Kanıtlanmış Etkileri:

1)Çocuğa Olan Etkiler:

- Prematürite

- Spontan düşük
- Akut ve Kronik fetal distres
- İntrauterin gelişme geriliği
- Düşük doğum ağırlıklı bebek
- Doğum sırasında ve sonrasında ölüm ve hastalık

2)Gebeliğe Etkileri:

- Erken membran rüptürü
- Plasenta Previa
- Ablasyo Placenta
- Operatif doğum (11, 16, 78).

2.2. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içerisinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır (81). Bu kavram ölçülebilen bir nicelik değil subjektif olarak yaşantılanan bir niteliktir. 1980'li yıllardan sonra kişinin fiziksel yada ruhsal bir hastalığın olumsuz etkilerinden kaynaklanan öznel yakınmaları hümanistik (insancıl tıp) klinik uygulamaları ile önem kazanmıştır (82). Yaşam kalitesi arzu edilen ve mevcut olan yaşam biçimi arasındaki farkı yansıtır. Yaşam kalitesi; psikolojik durum, fiziksel durum, sosyal ve bireysel durum, finansal ve maddi durum gibi birçok boyutu içermektedir (81). Yaşam kalitesi ikiye ayrılır:

2.4.2 Yaşam Kalitesi Ölçümü İçin Kullanılan Araçlar:

- Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi.
- Sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi

Kronik bir hastalığı olan bireylerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi önem kazanırken, sağlıklı bireylerde ekonomik durum, sosyal ilişkiler gibi sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi kavramları önem kazanmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin içerisinde bulunduğu sağlık durumuna verdiği duygusal cevabı ve sağlık durumundan memnuniyetini belirtir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde hastayı daha bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak 'yaşam kalitesi' kavramı ortaya çıkmıştır (83). Bu kavram genel olarak bireyin yaşamdan zevk alıp almadığını; fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsel ve diğer konularda sahip

olduğu potansiyelin ne kadarını kullanabildiği ve bu durumun kendisinde ne kadar doyum sağladığını göstermektedir (84). Günümüzde bir tedavinin başarısından söz ederken hastalığı iyileştirici etkisinin yanısıra tedavinin hastanın yaşamını nasıl etkilediği de önem kazanmıştır (83, 85).

Yaşam kalitesi anketleri, hastalığın günlük yaşam üzerine etkilerini ve hastanın kendini nasıl hissettiğini değerlendirmek üzere hazırlanmış yöntemlerdir. Fiziksel ve ölçülebilir parametrelerle değerlendirildiğinde benzer sonuçlar elde edilen iki hastanın birbirinden çok farklı yaşam kalitesine sahip oldukları görülebilir. Yaşam kalitesi ölçümünü önemli kılan bir diğer neden ise doktorlar tarafından farklı parametreler ile elde edilen sonuçların yaşam kalitesi değerlendirmelerinden farklı oluşudur. Daha doğru değerlendirme yapabilmek için zaman içerisinde genel ve hastalığa özgü anketler geliştirilmiştir. Bu anketlerin sağlıklı doğru bir şekilde değerlendirme, farklı şartlarda aynı sonucu verme, kısa, uygulanması kolay ve duyarlı olma gibi bazı kriterleri taşımaları gerekmektedir. Bu özellikler ana başlıklarda toplanırsa:

- Geçerlilik ve değerlilik
- Güvenilirlik
- Tekrar edilebilirlik ve yanıt verilebilirlik olarak belirtilebilir (86).

2.2.1 Medical Outcome Study (MOS), Short Form 36 (SF-36):

Genel sağlık ölçümü anketlerinden biri olan Short Form 36 (SF-36), “Medical Outcome Study”den 1987 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiş Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (87, 88). İlk 4 skalanın fiziksel, son 4 skalanın ise mental öğeleri içerdiği 8 skalada değerlendirilen 36 sorudan oluşur. Herbir alt boyut için verilen cevaplar 0’dan 100’e kadar puanlanır, fiziksel ve mental 2 özet skorlamanın değerlendirmesi iyi ve kötü olacak şekilde iki uçludur. Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından oluşurken mental komponent özet skalası ise; canlılık, sosyal fonksiyon, ruhsal durum rolü ve mental sağlık alt skalalarından oluşmaktadır. Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır, dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. SF-36’nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0.7324-0.7612 arasında bulunmuştur. Her bir alt ölçek için ilgili

maddelerle ayrı ayrı ve de toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır ve geçerliliği kabul edilmiştir.

Tablo 2.2.1.1 Türk toplumu için SF-36 normal değerleri. Demiral'dan alınmıştır (89).

Türk Toplumu İçin SF-36'nın Norm Değerleri		
	Kadın ($\pm$ Standart Sapma)	Erkek ($\pm$ Standart Sapma)
Fiziksel Fonksiyon	80.6 $\pm$ 21.7	87.2 $\pm$ 17.1
Fiziksel Rol Güçlüğü	82.9 $\pm$ 28.6	89.8 $\pm$ 19.3
Ağrı	81.0 $\pm$ 20.2	85.1 $\pm$ 16.4
Genel Sağlık Algısı	69.1 $\pm$ 16.9	73.6 $\pm$ 14.9
Enerji / Canlılık / Vitalite	63.4 $\pm$ 13.7	65.7 $\pm$ 11.9
Sosyal İşlevsellik	90.1 $\pm$ 12.9	91.7 $\pm$ 12.8
Emosyonel Rol Güçlüğü	89.0 $\pm$ 22.5	92.8 $\pm$ 15.1
Ruhsal Sağlık	70.1 $\pm$ 11.4	71.0 $\pm$ 10.6

SF-36 için önerilen hastalık gruplarından biri de göğüs hastalıklarıdır(87, 90). Yaşlı bireylere de kolaylıkla uygulanabilmektedir. İnce ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KOAH (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı) hastalarının yaşam kalitesinin hastalık şiddeti ile korelasyon gösterdiği fizyolojik ölçümlerle korelasyon göstermediği belirtilmiştir (91).

2.3. Solunum Fonksiyon Testleri

Solunum fonksiyon testi (SFT); havayolu hastalıklarının tanı, tedavi ve izleniminin değerlendirilmesine önemli katkı sağlayan objektif yöntemdir. SFT özellikle son 30 yılda fizyoloji çalışmalarında kullanılmaktan çıkıp, solunum sistemi hastalıklarının klinik değerlendirmesinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (92). Solunum fonksiyonları değişik yöntemlerle yapılabilir, değerlendirmeye alınan hasta ile ölçüm yapan kişinin kooperasyonunu gerektirir.

SFT'nin önemli tipleri :

1. Statik ventilasyon testleri
2. Dinamik ventilasyon testleri
3. Difüzyon testi (DLco)'dir.

Bunların yanı sıra akım-volüm eğrileri ölçümü, maksimum respiratuar basınç ölçümü, bronş provakasyon testi ve egzersiz testi bazı özel şartlarda uygulanabilen testlerdir.

Spirometri ile değerlendirilen dinamik ventilasyon testleri, akciğer hastalıklarının tanı ve tedavisinin değerlendirmesinde en sık kullanılan yöntemdir. Solunum fonksiyonları yaşa, cinsiyete, vücut ölçülerine (boy, kilo) ve ırklara göre değişiklik göstermektedir.

2.3.1. Spirometri

Spirometri, maksimum inhalasyon sonrası exhale edilen havanın hacmini ve zorlu expirum esnasında bazı spesifik değerleri ölçen en kullanışlı ve kolay ulaşılabilir temel testtir. Spirometri invaziv olmayan bir yöntem olduğu için pek çok endikasyona sahiptir. Spirometri, astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı için anahtar tanı testidir. Akciğer hastalığı olanlarda yada akciğer toksisitesi olduğu bilinen maruziyet durumlarında eğer akciğer hastalığı şüphesi söz konusu ise uygulanabilir. Kronik öksürüğün değerlendirilmesi, interstisyel akciğer hastalıkları ve solunum kaslarını etkileyen nöromüsküler hastalıkların da izleminde spirometri kullanılır (93). Egzersize cevabın değerlendirilmesi, tedaviye cevabın izlenmesi, preoperatif risk faktörlerinin değerlendirilmesi, maruziyetleri değerlendirmek için yapılan epidemiyolojik araştırmalar spirometrinin diğer kullanım alanlarıdır (94).

Spirometri yapılmadan kişi en az 24 saat önce sigara içmemeli, dört saat önce alkol almamalı, kısa etkili bronkodilatör ilaçları iki saat, uzun etkili bronkodilatör ilaçları 12 saat önceden kesmiş olmalıdır. En az iki saat aç kalmalı ve testten önce 30 dakika egzersizden kaçınmalıdır.

Solunum Fonksiyon Testi Standardizasyonu

- Her hastaya en az üç test yaptırılmalı,
- Eğer sekiz kez tekrarlanmasına karşın kabul edilebilir bir sonuç elde edilemezse test sonlandırılmalı,
- FVC ve FEV₁ arasındaki fark 150 mL'den az olmalı
- Zorlu manevra da üç kez tekrar edilmeli ve iki test arası fark %5'ten veya 100 mL'den az olmalıdır.

- Vital kapasite (VC) için rahat durumda test üç kez tekrar edilmeli ve iki test %5'den az farklılığa sahip olmalıdır.
- Ekpiryum süresi en az altı saniye olmalı ve plato bir saniye sürdürülmelidir (95).

Spirometreler volüm ve akım duyarlı olmak üzere iki tip olup akım spirometreleri direk olarak akımı ölçer, volüm ise akımın zamanla çarpımından hesaplanır (96).

Maksimum inspirasyondan sonra yapılan maksimum zorlu ve hızlı bir ekspirasyon ile çeşitli spirometrik parametreler ile birlikte volüm zaman grafisi ve akım-volüm halkası da çizilebilmektedir (97).

2.3.1.1. Spirometrik Parametreler

Zorlu Vital Kapasite (Forced Vital Capacity-FVC): Maksimum bir inspirasyondan sonra maksimum zorlu ve hızlı ekspirasyonla dışarı atılan hava hacmidir. Sağlıklı kişilerde zorlu ekspiryum manevrası sırasında akciğerlerdeki hava 2-3 saniyede boşaltılabilirken KOAH, astım gibi havayolu darlığı ile seyreden hastalıklarda bu süre 10-15 saniyeye kadar uzayabilmektedir (98).

Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm (Forced Expiratory Volume in one second-FEV₁): Maksimum inspirasyonun ardından yapılan zorlu ve hızlı ekspirasyonun birinci saniyesinde dışarı atılan hava hacmidir. İstemli çalışan solunum kaslarının, göğüs kafesi ve akciğerlerin elastik güçleri tarafından belirlenmektedir (99, 100).

FEV₁/FVC (Tiffeneau oranı): Yaşla birlikte azalan bu değer sağlıklı kişilerde %70-80'dir. yaş ilerledikçe FEV₁, FVC'ye göre daha hızlı azaldığı için yaşlılarda FEV₁/FVC oranı için normal değer %65 alınmalıdır. Obstrüksiyonda FEV₁/FVC oranı %70'in altındadır ve obstrüksiyonun ile restriksiyonun birlikte olduğu durumlarda da bu oran azalır. Restriksiyonda ise FEV₁ ve FVC aynı oranlarda azaldığından, oran normal kalır (101).

TV (Tidal volüm): İstirahatte sakin solunum sırasında mililitre cinsinde alınan ya da verilen soluk hacmidir.

IC (inspiratuar kapasite): Tidal soluk hacminin sonunda yapılan derin inspiryum manevrası ile akciğerlere alınan hava miktarıdır ve litre cinsinden ifade edilir.

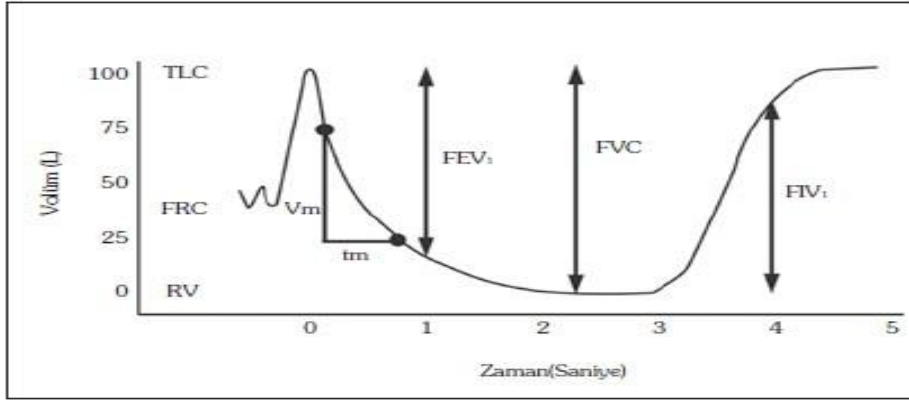
RV (Rezidüel volüm) : Maksimum ekspiryum sonrasında akciğerlerde kalan hava hacmidir.

Total akciğer kapasitesi (TLC) : Maksimum inspirasyon sonunda akciğerlerdeki hava hacmidir(genellikle RV+VC veya FRC+IC şeklinde hesaplanır).

Peak Ekspiratuar akım (PEF)

Zorlu vital kapasite manevrası sırasında elde edilen maksimal hava akım hızıdır ve sağlıklı kişilerde santral havayollarının çapını ve ekspiratuar kasların aktivitesini yansıtır. FEV₁ gibi efora bağlıdır.

Şekil 2.3.1.1.1 Volüm-zaman grafiği (98).

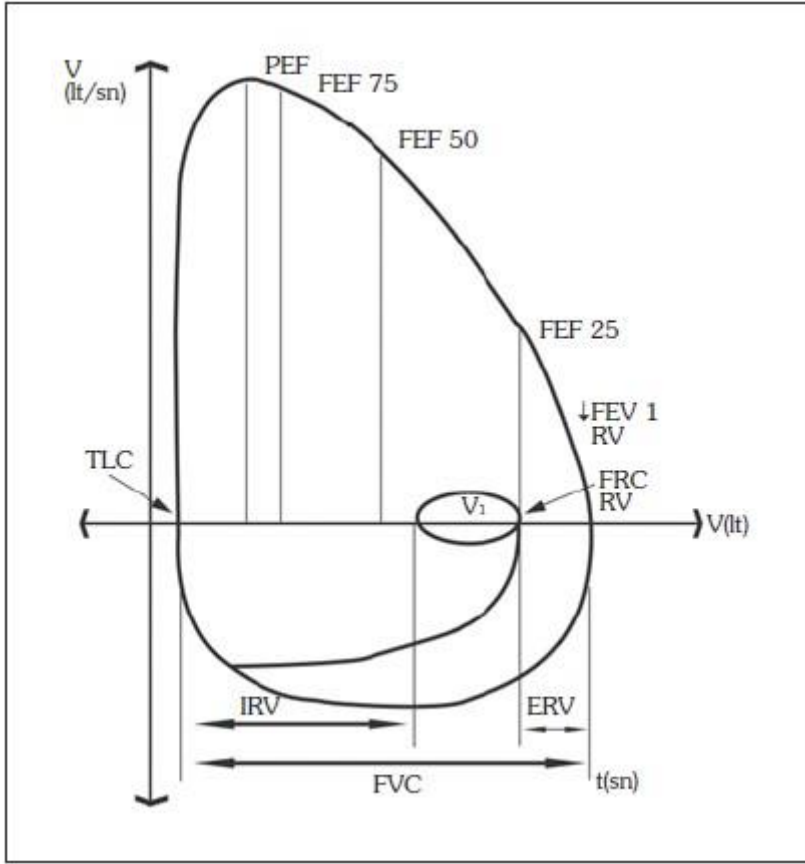


Maksimal Ekspirasyon Ortası Akım Hızı (FEF25-75%): FVC manevrasının %25 ile %75'i arasındaki (FVC'nin orta yarısındaki) ortalama akım hızıdır (101, 102). Orta ve küçük hava yollarındaki akımı yansıtır ve ölçümü zorlu ekspirasyonun efordan bağımsız kısmında olduğu için küçük hava yollarındaki obstrüksiyonu göstermede FEV₁'den daha duyarlıdır (95).

Akım Volüm Halkası

Zorlu ekspirasyon eğrisinin analizi ile ilgili parametrelerdir. FVC manevrası yapıldığında elde edilen ölçümlerde x eksenine ölçülen volüm, y eksenine ise akım hızı (volüm/zaman) konulur ve akım volüm eğrisi elde edilir. Stridor yada açıklanamayan dispne varlığında zorlu inspiryum ve ekspiryum manevralarını içeren akım-volüm halkası değerlendirilir. Zorlu ekspirasyon eğrisi kişinin spirometre cihazına total akciğer seviyesine kadar hızlı ve zorlu solumasını takiben yine hızlı ve zorlu ekspirasyonu ile elde edilir. Akım volüm eğrisi, SFT yorumlanırken testin doğru yapıp yapılmadığını değerlendirmemize de yardımcı olur.

Şekil 2.3.1.1.2 Akım-volüm halkası (98).

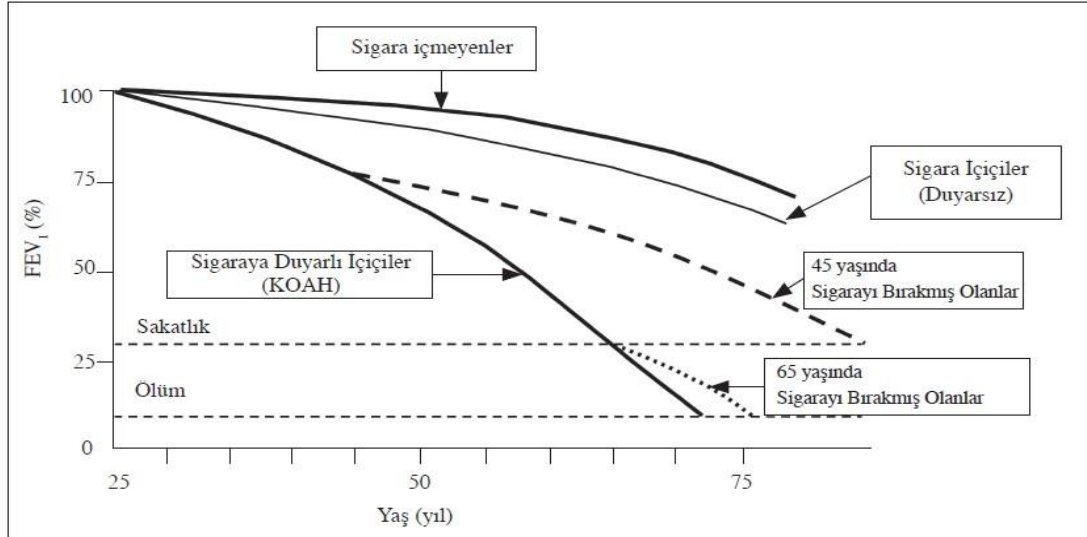


2.3.2. Sigara ve SFT

Yapılan çalışmalarda içilen sigara sayısı ve süresi ile orantılı olarak solunum fonksiyonlarında kayıp yüzdeleri artmaktadır. Fletcher ve arkadaşları çalışmasında sigaranın birinci saniye zorlu ekspiratuvar volümdeki (FEV_1) yıllık azalmaya etkileri konusunda önemli bilgiler sağlamış ve FEV_1 değerlerindeki azalmanın, sigara içmeyenlerin iki katı olduğu gösterilmiştir. (Şekil 2.11.) (103). Hava kirliliğine maruz kalmayan, sağlıklı, sigara içmeyen bireylerde yetişkinlikten yaşlılığa dek, akciğer fonksiyonlarında yavaş gelişen kademeli bir düşüş görülmektedir. Sigara içmeyenlerin FEV_1 değerlerinde yüksek akım hızlarında yıllık 0,18 -0,3 L azalma gözlenirken, sigara içenlerin FEV_1 değerlerinde yalnızca yüksek akımlarda değil tüm akım-volüm eğrisi boyunca gözlemlenmektedir (103, 104, 105). Bazı duyarlılığı yüksek sigara içicilerinde yıllık FEV_1 azalmasının 120-150 ml'e çıktığı saptanmış, sigarayı bırakanlarda, yıllık FEV_1 azalma hızlarının düştüğü gösterilmiştir (103). Sigara içenlerde FEV_1 'deki

azalmanın daha erken yaşlarda görüldüğü, varolan FEV₁ azalmasını daha da hızlandırdığı, içilen sigara miktarı ile FEV₁'deki azalmanın artışının orantılı olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (106, 107).

Şekil 2.3.2.1 Sigara içme / bırakma durumunun solunum fonksiyon testlerindeki yıllık azalmaya etkisi (103).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı sigara bıraktırma polikliniğine Temmuz 2015 - Aralık 2015 süreleri arasında başvuran 18-65 yaş arası toplam 112 hasta alındı. Hastalardan bilgilendirilmiş onam alındı. Veriler araştırmacının kendisi tarafından, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Hastalara çalışma anlatıldı, kendilerine anketle bazı sorular sorulup, kendilerine solunum fonksiyon testi uygulanacağı ve uygulamaların 1. ay ve 3. ay sonunda tekrarlanacağı bildirildi. Çalışma için etik kurul onayı ve her hastadan gönüllü bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Anket formu yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, ortalama aylık geliri, paket/yıl hesabı için içilen sigara miktarı, yaşadığı ve çocukluğunun geçtiği yer, kronik fiziksel ve ruhsal hastalığın varlığı sorularından oluşan sosyodemografik bilgi formu (Ek-1); SF-36 (Ek-2) ve FNBT (Ek-3) ölçeklerinden oluşturulmuştur. Daha sonra hastalara SFT uygulanmış ve 1. ve 3. aylarda SF-36 ve SFT tekrarlanmıştır. Bu sayede bağımlılık dereceleri ile solunum fonksiyonları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki araştırıldı.

Her bir hasta ile ilk görüşme için 20-30 dakikalık süre ayrılmış yapılan bağımlılık değerlendirmesinin ardından uygun hastalara ilaç tedavisi, uygun olmayan hastalara ise NRT ve her iki gruba da motivasyonel görüşme teknikleri uygulandı. Kişilerin sigara bırakma nedenleri, beklentileri ve sigara bırakma tedavi programı hakkında görüşleri alındı ve kişilere sigaranın zararları ve sigara bırakma tedavi programı hakkında bilgi verildi. Sigarayı bırakma tarihi olarak görüşmeyi takiben 7 ila 15. günler arasında bir tarih belirlendi. Sigara bırakma gününden bir hafta sonra hastalar kontrole çağırıldı. Daha sonra 15. gün, 1. ve 3. aylarda kontrole çağırıldı. Her kontrolde ilaç yan etkileri ve sigarayı bırakmaya bağlı yoksunluk bulguları sorgulandı. 1. ve 3. aylarda SFT, anketler ve motivasyonel görüşme teknikleri tekrar uygulandı.

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma prospektif bir çalışma olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni 01.07.2015- 31.12.2015 tarihleri arasında ilgili polikliniğe başvuran ve çalışma anketleri amaçlı görüşmeyi kabul eden hastalardır.

3.3 Çalışmaya Alınan Hastaların Seçimi ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya alınması planlanan olgu sayısı $\alpha:0,05$, β (güç) : 0,80 alınarak yapılan power analizi ile çalışmanın başlangıç evresinde hesaplandı ve örneklem sayısının en az 94 kişi olması gerektiği belirlendi. 18-65 yaş aralığında olup sigarayı bırakmak isteyen içiciler çalışmaya dahil edildi.

SFT uygulaması için kontraendikasyonu olan hastalar ile sigara bırakma eğitimine katılmayanlar, 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük bireyler, ciddi psikiatrik hastalığı olanlar ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hastalar çalışma dışında bırakıldı.

3.4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Bu test 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından Fagerström Tolerans Testi'nden geliştirilmiştir (42). Yapılan psikometrik çalışmalarda Fagerström Tolerans Testi'nden iç tutarlılığının daha iyi olduğu ve daha kolay yanıtlanabilir olduğu belirtilen Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Türkiye'de 2004 yılında yapılan çalışmada güvenilirliği orta derecede bulunarak sigara bırakma kliniklerinde bağımlılığın değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır. Bu test kişinin içtiği sigara miktarı ile belli bir süre sigara içmeden durabilme derecesini değerlendirmektedir. Günlük sayı ve ilk sigara, bağımlılık düzeylerini gösterme açısından oldukça duyarlı olup, ikisinin birlikte kullanılması durumunda duyarlılık ve özgüllük artmaktadır (45).

Anket 6 sorudan oluşmaktadır ve skor 0 ile 100 arasında değişir. Skor sigara bağımlılığının şiddeti arttıkça yükselmektedir. Puanların toplamı aşağıdaki şekilde yorumlanmalıdır:

0–2 puan= düşük düzeyde bağımlılık

3–7 puan = orta düzeyde bağımlılık

8–10 puan = yüksek düzeyde bağımlılık (108).

Ayrıca bağımlılık düzeyini daha da detaylandıran bir diğer değerlendirme puanlaması da şu şekildedir (109) :

0-2 puan =Çok düşük düzeyde bağımlılık

3-4 puan =Düşük düzeyde bağımlılık

5 puan =Orta düzeyde bağımlılık

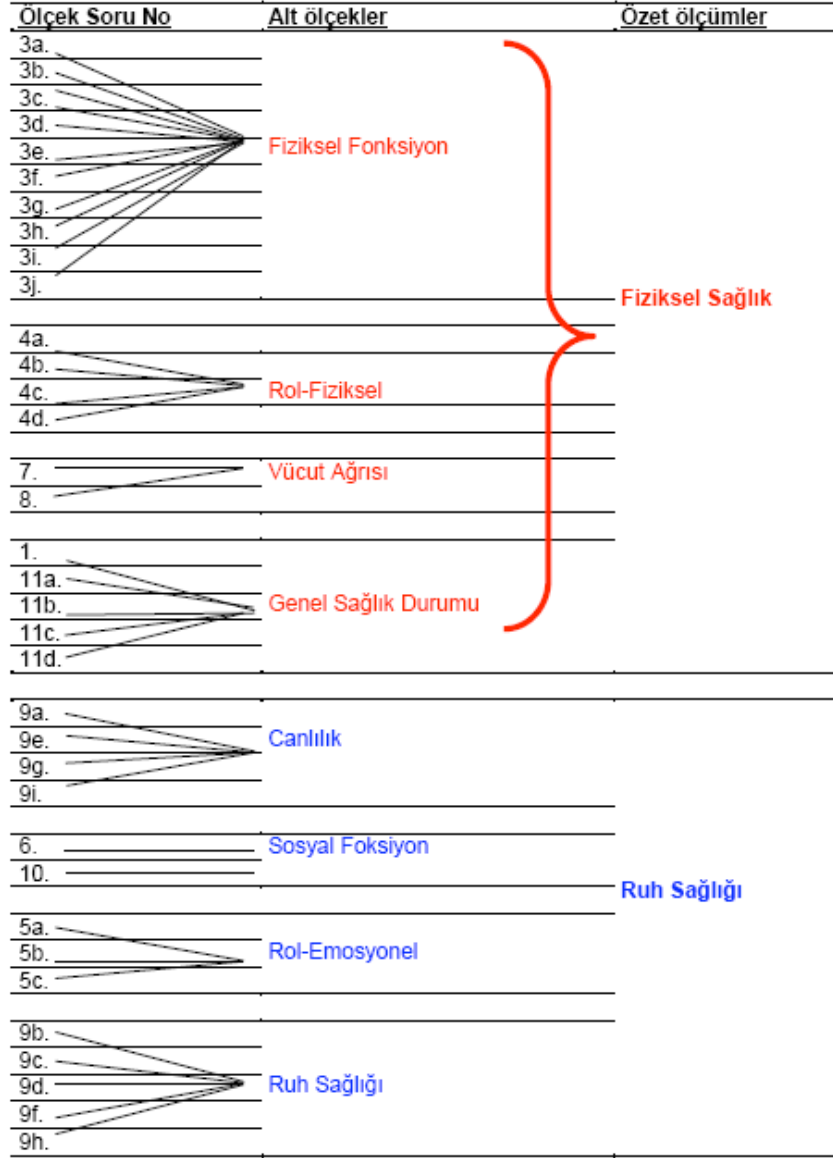
6-7 puan =Yüksek düzeyde bağımlılık

8-10 puan =Çok yüksek düzeyde bağımlılık

3.5 Kısa Form (Short Form-SF) 36 Anketi

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Short Form 36 (SF-36), “Medical Outcome Study”den 1987 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiş Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (87, 88). SF-36’ nın değerlendirmesi 4. ve 5. maddeler dışında likert tipi yapılmaktadır. 1.soru, 2. soru, 8. soru, 11b ve 11d, 1 den 5’e 5-0, 4-25, 3-50, 2,75, 1-100 olarak puanlanır. 3. Soru için değerlendirme 1-0, 2-50, 3-100 olarak yapılır. 6. soru, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d soruları ters puanlanır, 6. soru 1-100, 2-75, 3-50, 2-25, 1-0 şeklinde değerlendirilir. 7. soru ve 9a, 9d, 9e, 9h 1’den 6 ya 6-0, 5-20, 4-40, 3-60, 2-80, 1-100 puanları alırken 9. sorunun kalan alt değerlendirme soruları 6-100, 5-80, 4-60, 3-40, 2-20, 1-0 olarak puanlanır. 10. soru, 11a ve 11 c ise sırasıyla 5-100, 4-75, 3-50, 2-25, 1-0 puanlarını alır. Alt ölçeklerle sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. SF-36’nın fiziksel fonksiyon (FF), fonksiyonel fiziksel rol güçlüğü (FRG), ağrı, genel sağlık (GS), vitalite, sosyal fonksiyon (SF), ruhsal durum rolü (RDR) ve mental sağlık (MS) dan oluşan alt grupları her hasta için ayrı ayrı puanlanır. fiziksel ve mental 2 özet skorlamanın değerlendirmesi iyi ve kötü olacak şekilde iki uçludur.

Şekil 3.5.1. SF-36 Ölçeğinin Soru Numaralarına Göre Gruplandırılan Alt Ölçekleri. Arat (110)' tan alınmıştır.



SF-36'nın İngilizce versiyonu, iyi derecede İngilizce bilen 4 uzman tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, daha sonra aynı metin yine iyi derecede İngilizce bilen iki uzman (bir psikiyatri uzmanı ve bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı) tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilip karşılaştırılarak bir metin oluşturulmuştur. Bu metin Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Prof. Dr. Güler Fişek tarafından hazırlanan metinle karşılaştırılarak tek metin haline getirilmiştir (111).

SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır ve 0,7324- 0,7612 arasında elde edilmiştir. Madde-toplam

puan korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Maddelerin ait oldukları toplam puanlarıyla korelasyonları, ait olmadukları ölçeklerle bulunanlara göre daha yüksek düzeyde elde edilmiştir. Bu veriler değerlendirildiğinde SF-36'nın Türkçe için güvenilir olduğu anlaşılmaktadır (111, 112).

3.6. Solunum Fonksiyon Testi

Hastalara solunum fonksiyonları Amerikan Toraks Derneği kriterlerine (113) uygun olarak Master Screen, Erich Jaeger GmbH, Wuerzburg, Almanya cihazı ile ölçüldü. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ait spirometri laboratuvarında, hasta oturur pozisyonda üç kez kabul edilebilir manevra yaptıktan sonra en iyi solunum fonksiyon testi sonucu kaydedildi. Test öncesinde hasta teknisyen tarafından işlem hakkında bilgilendirildi. Hastanın adı soyadı, kimlik numarası, yaşı, boyu ve kilosu cihaza kaydedilerek işleme başlandı. Gönüllüler önce sakın bir şekilde nefes alıp verirlerken nefes vermenin sonunda teknisyenin kontrolüyle zorlu, derin ve hızlı bir nefes alıp, teknisyenin hızlı, zorlu ve sonuna kadar nefes ver komutu ile de nefes verdiler. Nefes verme işleminin en az 6 saniye sürmesine dikkat edildi. İşlem sonunda hastaların FEV₁, FVC, FEV₁/FVC, FEF 25-75 değerleri ölçülüp kayıt edildi. Hastalara başlangıçta, 1. ve 3. aylarda uygulandı.

3.7. İstatistiksel Analiz Yöntemi

İstatistiksel analizler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0” programı ile yapılmıştır. Temel istatistikler ile hastaların özellikleri özetlenmiştir. Sayısal parametrelerin özetlenmesinde ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Sayısal olmayan parametreler olgu sayısı ve yüzde olarak özetlenmiştir. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ile yapıldı. İstatistik analizlerde Kruskal- Wallis testi, Mann-Whitney U, Wilcoxon testi uygun yerlerde kullanıldı. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Spearman rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Chi-Square, Fisher’s Exact test kullanıldı.

3.8. Etik Kurul Onayı

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulundan 17.06.2015 tarih ve 2015/112 karar no ile etik kurul onayı alınarak çalışmaya başlandı (Ek-4).

4. BULGULAR

Çalışmamızda 112 sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastası yer aldı. Olguların 87'si erkek, 25'i kadın, yaş ortalaması $34,01 \pm 11,8$ yıl idi. Sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1' de yer almaktadır.

Tablo 4.1: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

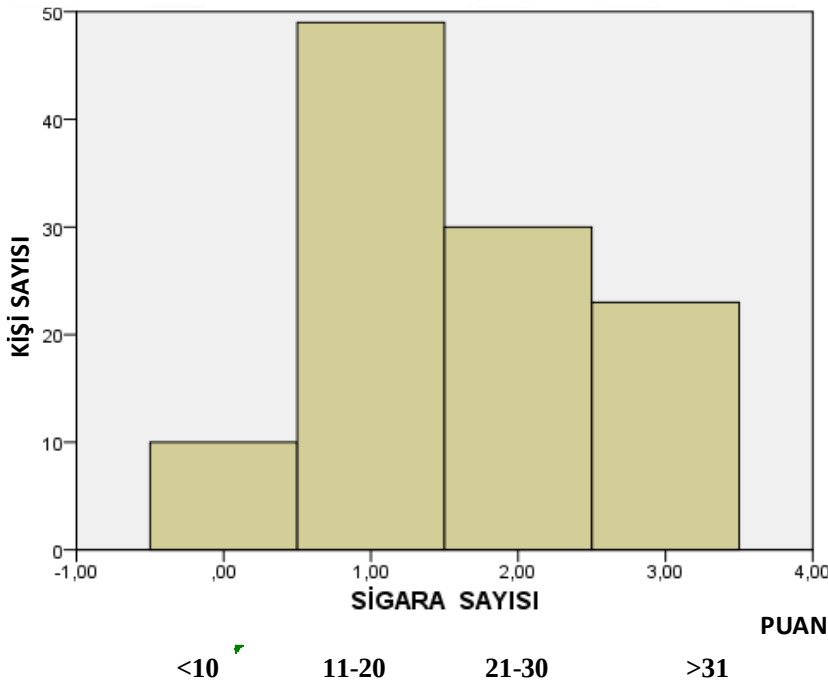
MEDENİ DURUM			
		SAYI	YÜZDE
	EVLİ	59	52,6
	BEKAR	47	42
	DİĞER	6	5,4
EVDE KİMLERLE YAŞIYOR			
	YALNIZ	13	11,6
	EŞ	9	8
	EŞ VE ÇOCUKLAR	49	43,8
	ANNE-BABA	27	24,1
	DİĞER	14	12,5
COCUK SAYISI			
	0	57	50,9
	1	12	10,7
	2	15	13,4
	3	23	20,5
	4 VE ÜZERİ	5	4,5
YASADIĞI YER			
	KÖY	9	8
	ŞEHİR	98	87,5
	DİĞER	5	4,5
GELİR DÜZEYİ			
	500 TL ALTI	13	11,6
	500-1000 TL	43	38,4
	1000-1500 TL	26	23,2
	2000 TL VE ÜZERİ	30	26,8
EĞİTİM DURUMU			
	İLKÖĞRETİM	41	36,6
	LİSE	28	25
	ÜNİVERSİTE	41	36,6
	DİĞER	2	1,8
	İLKÖĞRETİM	41	36,6

Katılımcılardan evli olanların oranı % 52,6 olup % 43,8' i eş ve çocuklarıyla yaşıyordu ve çocuğu olmayanların oranı % 50,9' du. Şehirde yaşayanların oranı % 87,5 ve %38,4' ünün geliri 500-1000 TL arasında idi. Katılımcıların % 25'i lise, %36,6' sı üniversite mezunu idi.

Sigara tüketimi $15,90 \pm 16,32$ (pxyl) olup hastaların çocuk sayısı ve medeni durumları ile sigara tüketim miktarı arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p: 0,227$).

Fagerström bağımlılık skoru değerlendirmesinde katılımcıların % 43,8' i günde 10' dan az, % 20,5' i günde 30 ve daha fazla sayıda sigara içtiklerini ifade etti. Bağımlılık düzeyinin ölçülmeye çalışıldığı "İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar süre sonra içiyorsunuz" sorusuna % 60,7' si 1 saatten uzun sürede ve % 29,5' i ise 6-30 dakika içerisinde şeklinde cevap verdi. "En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir" sorusuna % 58,9 ile sabah içilen ilk sigara cevabını verdiler.

Grafik 4.1:İçilen sigara sayısına göre hasta skorlamasının dağılım



Katılımcıların toplam bağımlılık skoru $4,8 \pm 1,7$ olarak hesaplandı. Hastaların FNBT puanlamaları ile SFT parametreleri ile yaşam kalitesi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.2: Nikotin bağımlılık düzeylerine göre 3. ay sigara bıraktırma sayı ve yüzde değerlerinin karşılaştırılması

	KİŞİ SAYISI	BIRAKAN KİŞİ SAYISI	SİGARAYI BIRAKMA YÜZDESİ
YÜKSEK VE ÇOK YÜKSEK BAĞIMLI	40	27	%67,5
ORTA DÜZEYDE BAĞIMLI	25	10	%40
DÜŞÜK VE ÇOK DÜŞÜK BAĞIMLI	47	23	%48,9
TOPLAM	112	60	%53,57

Bağımlılık düzeylerine göre sigarayı bırakma oranları incelendiğinde gruplar arasında sigarayı bırakan kişi sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0,068$).

Tablo 4.3: 1. ve 3. ay sigara bıraktırma sayı ve yüzde değerlerinin 40 yaş üzeri ve altı bireylerde karşılaştırılması

	SAYI	1. AY SİGARA BIRAKAN SAYI	1. AY SİGARA BIRAKAN YÜZDE	3. AY SİGARA BIRAKAN SAYI	3. AY SİGARA BIRAKAN YÜZDE
40 YAŞ ÜSTÜ	31	23	%74,1	18	%58,06
40 YAŞ ALTI	81	49	%60,49	42	%51,85
TOPLAM	112	72	%64,28	60	%53,57

40 yaş üstü ve 40 yaş altındaki kişilerde 1. ve 3. aydaki kişiler arasında sigarayı bırakma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). 40 yaş üstü kişilerde 1. ve 3. ayda sigarayı bırakma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yokken ($p=0,063$) 40 yaş altı olgularda 1. ve 3. ayda sigarayı bırakma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,016$). 40 yaş üstü bireylerin sigarayı bırakma oranlarında zaman içinde anlamlı bir azalma gözlemlenmezken 40 yaş üstü bireylerde sigara bırakma oranlarında azalma vardır.

Eğitim düzeyine göre de sigarayı bırakma oranları incelendiğinde ve ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlarda sigara bırakma başarı oranı %54,9 iken, üniversite mezunlarında bu oran %51,2 olarak tesbit edilmiş, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,704$).

Tablo 4.4: Hastaların solunum parametrelerinin başvuru anındaki ortalama değerleri

	Min/Max	Ort $\pm$ Std. sapma
FVC %	54/180	97,10 $\pm$ 15,29
FEV₁ %	56/145	94,58 $\pm$ 14,65
FEV₁/FVC (L)	61,41/99,79	81,99 $\pm$ 7,77
FEF25-75 %	16/143	82,89 $\pm$ 25,54
FVC: Fonksiyonel Vital Kapasite, FEV₁: 1. saniye Zorlu Ekspiratuar Volüm, FEF25-75: Maksimum Ekspiryum Ortası Akım Değeri		

Katılımcıların FEV₁/ FEC oranı erkeklerde 81,93 $\pm$ 7,79; kadınlarda 82,23 $\pm$ 7,87 ve erken hava yolu darlığını gösteren FEF 25/75 yüzdesi erkeklerde 84,89 $\pm$ 26,42, kadınlarda 75,96 $\pm$ 21,27 idi.

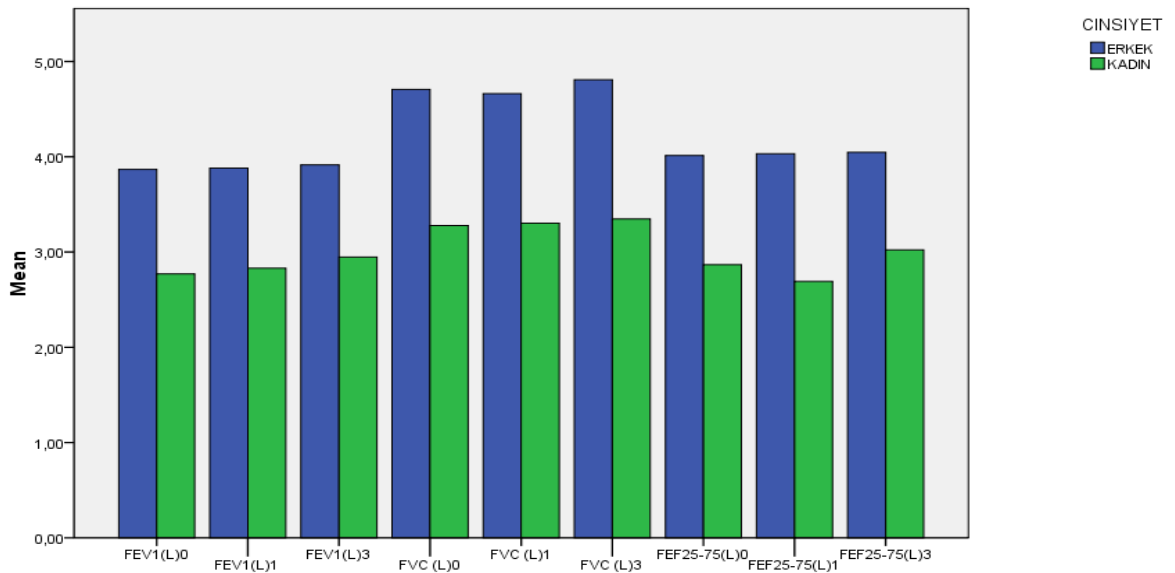
Cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkek ve kadın cinsiyetler arasında FVC, FEV₁, FEV₁/FVC, FEF 25-75 değerlerinde anlamlı farklılıklar vardı. Kadınların FVC (L), FEV₁ (L), FEF25-75 (L) ortalaması erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür (p<0,001). 1. Ay ölçümlerinde FCV (L), FEV (L), FEF25-75 (L) ortalamaları kadın olanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derece daha yüksektir (p<0,01; p<0,01; p<0,01). Kadın ve erkek cinsiyet SFT parametrelerinin karşılaştırılması ve p değerleri Tablo 4.5' de yer almaktadır. FEV₁/FVC (L) ortalamalarında gruplar arasında fark yoktur (p= 0,869).

Tablo 4.5: Hastaların başvuru anındaki solunum fonksiyon parametrelerinin cinsiyetlere göre ortalama değerleri

	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	p
FVC (L)	ERKEK	87	4,63	0,75	<0,001
	KADIN	25	3,52	0,82	
FVC %	ERKEK	87	95,62	12,77	0,151
	KADIN	25	102,28	21,49	
FEV ₁ (L)	ERKEK	87	3,8	0,76	<0,001
	KADIN	25	2,88	0,56	
FEV ₁ %	ERKEK	87	94,06	14,07	0,484
	KADIN	25	96,4	16,71	
FEV ₁ /FVC (L)	ERKEK	87	81,93	7,79	0,869
	KADIN	25	82,23	7,87	
FEV ₁ FVC %	ERKEK	87	98,45	8,85	0,082
	KADIN	25	94,92	8,92	
FEF25-75 (L)	ERKEK	87	3,93	1,4	<0,001
	KADIN	25	2,94	0,93	
FEF25-75 %	ERKEK	87	84,89	26,42	0,124
	KADIN	25	75,96	21,27	

FVC: Fonksiyonel Vital Kapasite, FEV₁: 1. saniye Zorlu Ekspiratuar Volüm, FEF25-75: Maksimum Ekspiryum Ortası Akım Değeri

Grafik 4.2: Hastaların FEV1 (L), FVC (L), FEF25-75 (L) değerlerinin ortalamalarının cinsiyete göre her üç ay için karşılaştırılması



FVC: Fonksiyonel Vital Kapasite , FEV₁: 1. saniye Zorlu Ekspiratuar Volüm, FEF25-75: Maksimum Ekspiryum Ortası Akım Değeri

FEV1 (L), FVC (L), FEF25-75 (L) değerleri kadın ve erkekler karşılaştırıldığında anlamlı derecede düşük iken FEV1/FVC (L) değerinde gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 4.6: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigara tüketimi ile SFT parametreleri arasındaki ilişki

SIGARATUKETİM			
Spearman's rho	SIGARATUKETİM	Korelasyon katsayısı	1
		p	.
		Sayı	112
	FVC (L)	Korelasyon katsayısı	-0,158
		p	0,097
		Sayı	112
	FVC %	Korelasyon katsayısı	0,136
		p	0,153
		Sayı	112
	FEV ₁ (L)	Korelasyon katsayısı	-,251**
		p	0,008
		Sayı	112
	FEV ₁ %	Korelasyon katsayısı	-0,032
		p	0,737
		Sayı	112
	FEV ₁ FVC (L)	Korelasyon katsayısı	-,373**
		p	0
		Sayı	112
	FEV ₁ FVC %	Korelasyon katsayısı	-,280**
		p	0,003
		Sayı	112
	FEF25-75 (L)	Korelasyon katsayısı	-,358**
		p	0
		Sayı	112
	FEF25-75 %	Korelasyon katsayısı	-,285**
		p	0,002
		Sayı	112

FVC: Fonksiyonel Vital Kapasite yüzde, FEV₁: 1. saniye Zorlu Ekspiratuar Volüm, FEF25-75: Maksimum Ekspiryum Ortası Akım Değeri

Hastaların sigara tüketimi ile SFT parametreleri arasındaki ilişki incelendiğinde FEV₁ (L), FEV₁/FVC (L), FEV₁FVC %, FEF25-75 (L), FEF25-75 % ile aralarında zayıf ve negatif yönde bir ilişki vardır (p< 0.05).

Tablo 4.7: Sigara bırakma hastalarının ilk başvuru ve sigarayı bıraktıktan sonraki SFT parametrelerinin karşılaştırılması

	İLK BAŞVURU (N:112)		1. AY (N:51)		3. AY (N:32)		P
	Min/Max	Ortalama ± Std. S	Min/Max	Ortalama ± Std. S	Min/Max	Ortalama ± Std. S	
FVC (L)	1,97/6,79	4,38±0,89	2,48/19,59	4,87±2,31	3,25/6,78	4,79±0,78	p ₁ =0,595 p ₂ =0,184 p ₃ =0,111
FVC%	54/180	97,10±15,29	56/123	95,52 ±17,30	85/117	99,81±9,83	p ₁ =0,619 p ₂ =0,251 p ₃ =0,167
FEV₁(L)	1,34/5,55	3,59±0,81	2,10/113	5,96±15,30	2,90/5,63	3,91±0,66	p ₁ =0,412 p ₂ =0,175 p ₃ =0,179
FEV₁%	56/145	94,58±14,65	4/122	94,49±18,07	79/123	98,81±11,22	p ₁ =0,603 p ₂ =0,219 p ₃ =0,114
FEV₁/FVC(L)	61,41/99,79	81,99±7,77	62,20/112	83,24±8,41	65,82/98,83	82,65±7,49	p ₁ =0,743 p ₂ =0,575 p ₃ =0,614
FEV₁FVC%	75/119	97,6607±8,94	76/120	98,88±9,10	79/305	107,42±41,99	p ₁ =0,567 p ₂ =0,608 p ₃ =0,756
FEF25-75(L)	0,46/7,03	3,71±1,36	1,22/99	5,85±13,38	2/6,57	4,05±1,22	p ₁ =0,687 p ₂ =0,394 p ₃ =0,657
FEF25-75%	16/143	82,89±25,54	5/148	85,92±29,88	43/128	90,44±23,31	p ₁ =0,652 p ₂ =0,285 p ₃ =0,647
FVC: Fonksiyonel Vital Kapasite yüzde, FEV ₁ : 1. saniye Zorlu Ekspiratuar Volüm, FEF25-75: Maksimum Ekspiryum Ortası Akım Değeri, p ₁ : ilk başvuru ile 1. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir. p ₂ : ilk başvuru ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir. p ₃ : 1. ay ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir.							

Hastaların ilk başvuru, 1. Ay, 3. Ay FEV₁, FVC, FEV₁/FVC, FEF25-75 değerleri karşılaştırıldığında üç aylık dönemdeki değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p> 0.05).

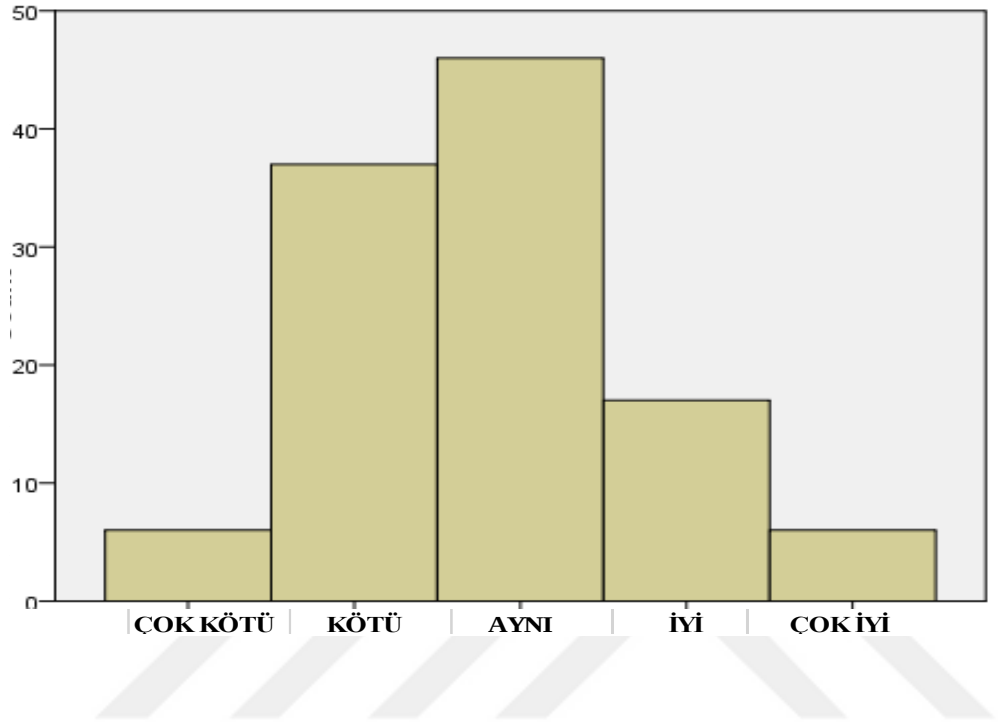
Tablo 4.8: Tüm SFT kontrollerine katılan sigara bıraktırma hastalarının ilk başvuru ve sigarayı bıraktıktan sonraki SFT parametrelerinin karşılaştırılması

	İLK BAŞVURU (N:32)		1. AY (N:32)		3. AY (N:32)		P
	Min/Max	Ortalama $\pm$ Std. S	Min/Max	Ortalama $\pm$ Std. S	Min/Max	Ortalama $\pm$ Std. S	
FVC (L)	3,19/6,2	4,52 $\pm$ 0,73	2,82/6,95	4,49 $\pm$ 0,93	3,09/6,78	4,62 $\pm$ 0,81	p ₁ =0,860 p ₂ =0,184 p ₃ =0,111
FVC%	76/112	96,65 $\pm$ 9,59	75/120	96,87 $\pm$ 10,81	82/117	98,28 $\pm$ 9,78	p ₁ =0,732 p ₂ =0,251 p ₃ =0,167
FEV₁(L)	2,61/5,55	3,73 $\pm$ 0,77	2,49/5,86	3,74 $\pm$ 0,80	2,63/5,63	3,79 $\pm$ 0,72	p ₁ =0,983 p ₂ =0,175 p ₃ =0,179
FEV₁%	64/115	95,82 $\pm$ 12,92	68/122	96,12 $\pm$ 13,31	79/123	97,46 $\pm$ 11,56	p ₁ =0,700 p ₂ =0,219 p ₃ =0,114
FEV₁/FVC(L)	63,17/97,76	82,27 $\pm$ 8,69	63,61/95,33	82,23 $\pm$ 6,93	8,35/98,83	80,47 $\pm$ 15	p ₁ =0,910 p ₂ =0,575 p ₃ =0,614
FEV₁FVC%	76/116	99,15 $\pm$ 10,04	77/113	99,17 $\pm$ 8,22	79/113	99,25 $\pm$ 8,10	p ₁ =0,868 p ₂ =0,608 p ₃ =0,756
FEF25-75(L)	1,65/6,44	3,87 $\pm$ 1,44	1,28/6,44	3,86 $\pm$ 1,46	2/6,57	3,91 $\pm$ 1,27	p ₁ =0,879 p ₂ =0,394 p ₃ =0,657
FEF25-75%	34/143	86,78 $\pm$ 27,86	27/143	86,90 $\pm$ 29,08	43/130	88,12 $\pm$ 23,66	p ₁ =0,864 p ₂ =0,285 p ₃ =0,647
FVC: Fonksiyonel Vital Kapasite yüzde, FEV ₁ : 1. saniye Zorlu Ekspiratuar Volüm, FEF25-75: Maksimum Ekspiryum Ortası Akım Değeri, p ₁ : ilk başvuru ile 1. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir. p ₂ : ilk başvuru ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir. p ₃ : 1. ay ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir.							

Ek olarak tüm SFT kontrollerine katılan 32 hastanın ilk ve son ölçümleri değerlendirilmiş, bu ölçümler arasında da anlamlı bir artış tesbit edilememiştir (p> 0.05).

Genel sağlık durumları sorgulandığında %43.8' iyi olduğunu, geçen sene ile sağlığını kıyaslaması istendiğinde% 41.1'i geçen sene ile aynı % 20.6'sı ise geçen seneden daha iyi olduğunu söyledi.

Grafik 4.3: Hastaların geçen seneye göre kendilerini nasıl hissettiklerinin değerlendirilmesi



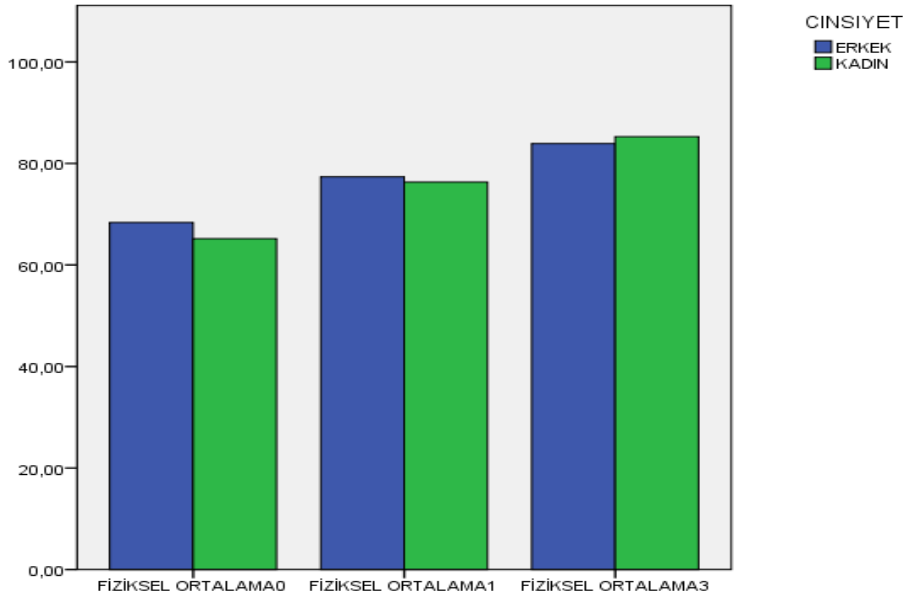
Fiziksel ve ruhsal yaşam kalitelerinin birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde ilk başvuruda güçlü 1. ve 3. ay kontrollerinde ise orta düzeyde güçlü bir ilişki mevcuttu ($p < 0.001$). Hastaların VKİ (Vücut Kitle İndeksi) ortalamaları $25,27 \pm 4,29$ olup VKİ ile yaşam kalitesi fiziksel ($p: 0.414$) ve ruhsal ($p: 0.1$) ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktu.

Tablo 4.9: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların cinsiyete göre yaşam kalitesi ortalamaları

	CINSİYET	SAYI	ORTALAMA	P
YAŞAM KALİTESİ FİZİKSEL-0	E	87	65.39± 19.03	0.832
	K	25	64.62± 17.80	
YAŞAM KALİTESİ FİZİKSEL-1	E	53	77.51± 17.96	0.631
	K	7	76.34± 12.95	
YAŞAM KALİTESİ FİZİKSEL-3	E	48	83.92± 12.77	0.992
	K	7	85.27± 6,72	
YAŞAM KALİTESİ RUHSAL-0	E	87	61.19± 17.54	0.762
	K	25	62.15± 16.31	
YAŞAM KALİTESİ RUHSAL-1	E	53	67.22± 18.96	0.908
	K	7	69.91± 13.02	
YAŞAM KALİTESİ RUHSAL-3	E	48	77.19± 12.29	0.94
	K	7	78.47± 6.23	

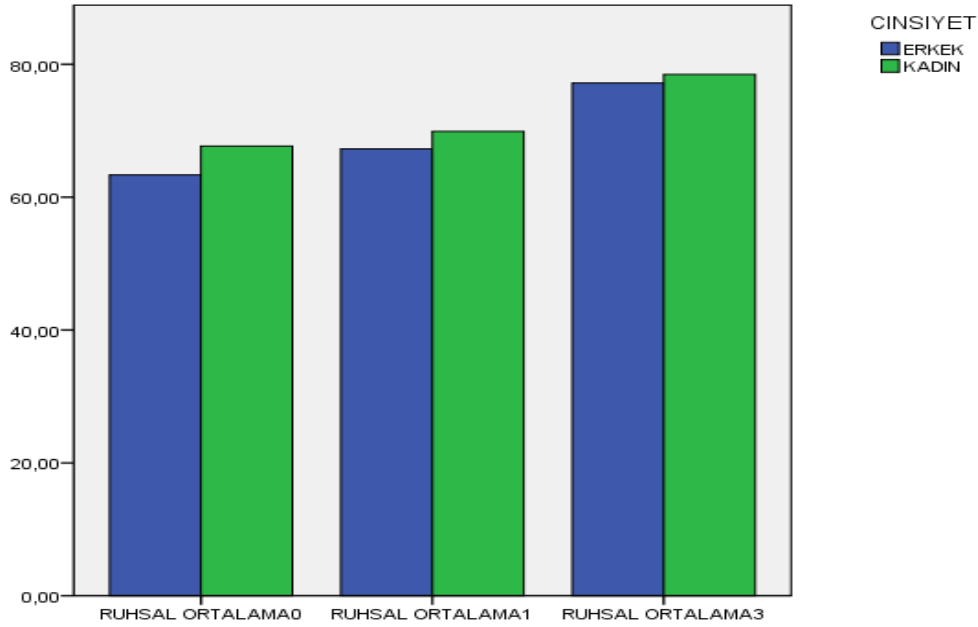
Cinsiyete göre fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi ortalamaları karşılaştırılmıştır. Her üç kontrol içinde kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Grafik 4. 4: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki fiziksel yaşam kalitesi ortalamalarının cinsiyete göre değişimi



Cinsiyete göre fiziksel yaşam kalitesi ortalamaları karşılaştırıldığında her iki cinsiyet için de 1. ve 3. aylardaki artış anlamlıydı ($p< 0,01$).

Grafik 4. 5: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki ruhsal yaşam kalitesi ortalamalarının cinsiyete göre değişimi



Cinsiyete göre ruhsal yaşam kalitesi ortalamaları karşılaştırıldığında her iki cinsiyet için de 1. ve 3. aylardaki artış anlamlıydı ($p < 0,01$).

Tablo 4. 10: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki fiziksel yaşam kalitesi ortalamalarının karşılaştırması

	N	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maximum	P
FİZİKSEL ORTALAMA0	112	65,22	18,68	13,75	95	$p_1 < 0,001$
FİZİKSEL ORTALAMA1	60	77,24	17,02	21,88	96,25	$p_2 < 0,001$
FİZİKSEL ORTALAMA3	55	84,1	12,13	34,38	100	$p_3 < 0,001$
p_1: ilk başvuru ile 1. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir. p_2: ilk başvuru ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir. p_3: 1. ay ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir.						

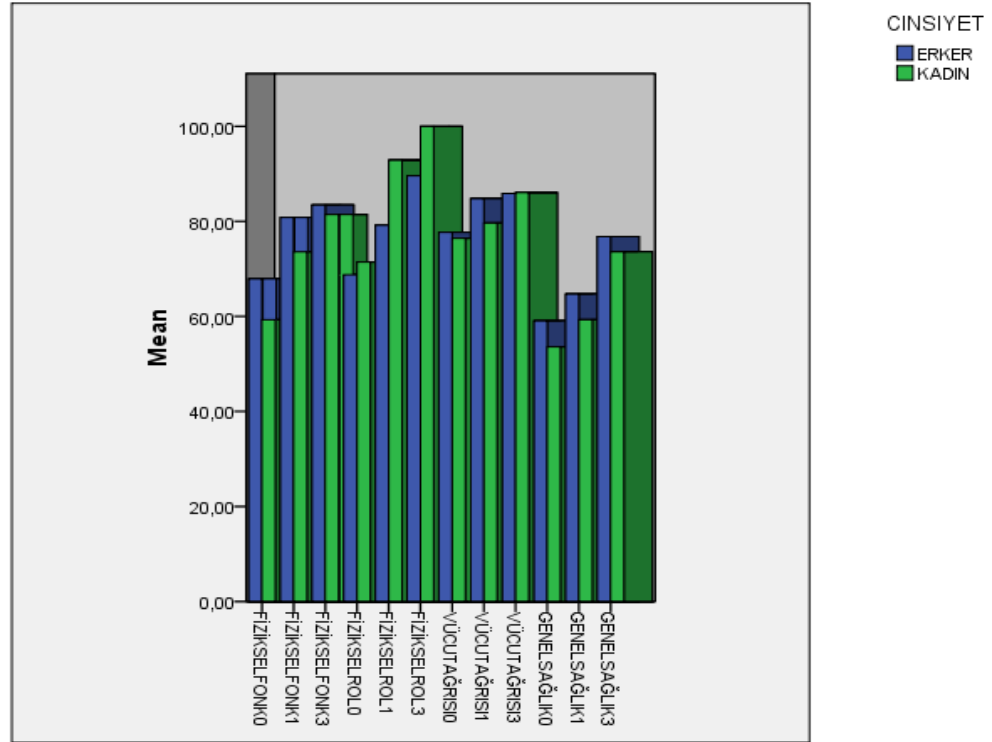
İlk başvuru ile 1. ve 3. Ay değerleri karşılaştırıldığında her iki kontrol için de yaşam kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede artış mevcuttur ($p < 0,001$).

Tablo 4. 11: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki fiziksel yaşam kalitesi alt skalalarının ortalamalarının karşılaştırması

	N	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maximum	P
FİZİKSELFONKSİYON0	112	65,24	24,17	0	100	$p_1 < 0,001$
FİZİKSELFONKSİYON1	60	79,75	21,36	20	100	$p_2 < 0,001$
FİZİKSELFONKSİYON3	55	83,18	18,03	35	100	$p_3 = 0,023$
FİZİKSELROL0	112	69,09	35,34	0	100	$p_1 = 0,004$
FİZİKSELROL1	60	80,91	27,2	0	100	$p_2 < 0,001$
FİZİKSELROL3	55	90,91	20,62	25	100	$p_3 = 0,012$
VÜCUTAĞRISI0	112	76,72	21,59	0	100	$p_1 = 0,030$
VÜCUTAĞRISI1	60	84	19,57	22,5	100	$p_2 = 0,006$
VÜCUTAĞRISI3	55	85,91	17,26	22,5	100	$p_3 = 0,160$
GENELSAĞLIK0	112	55,46	17,78	0	95	$p_1 = 0,004$
GENELSAĞLIK1	60	64,92	19,23	15	100	$p_2 < 0,001$
GENELSAĞLIK3	55	76,38	13,66	50	100	$p_3 < 0,001$
p₁; ilk başvuru ile 1. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir.						
p₂; ilk başvuru ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir.						
p₃; 1. ay ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir.						

Fiziksel rol, fiziksel fonksiyon, genel sağlık alt skalaları değerlerinde gruplar içi karşılaştırmada 3 ölçüm değerinde de istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0,05$). Vücut ağrısı ölçümünde 0. ölçüm değeri diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür ($p < 0,05$). 1. ve 3. ay değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p = 0,160$).

Grafik 4. 6: Hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki fiziksel yaşam kalitesi al skalalarının cinsiyete göre aylar içindeki değişimi



Tablo 4. 12: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki ruhsal yaşam kalitesi ortalamalarının karşılaştırması

	N	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maximum	P
RUHSAL ORTALAMA 0	112	61,40	17,02	20	88,5	p ₁ =0,059
RUHSAL ORTALAMA 1	60	67,61	17,5	26,08	89,5	p ₂ <0,001
RUHSAL ORTALAMA 3	55	77,36	11,66	38,13	98,75	p ₃ <0,001
p ₁ ; ilk başvuru ile 1. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir. p ₂ ; ilk başvuru ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir. p ₃ ; 1. ay ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir.						

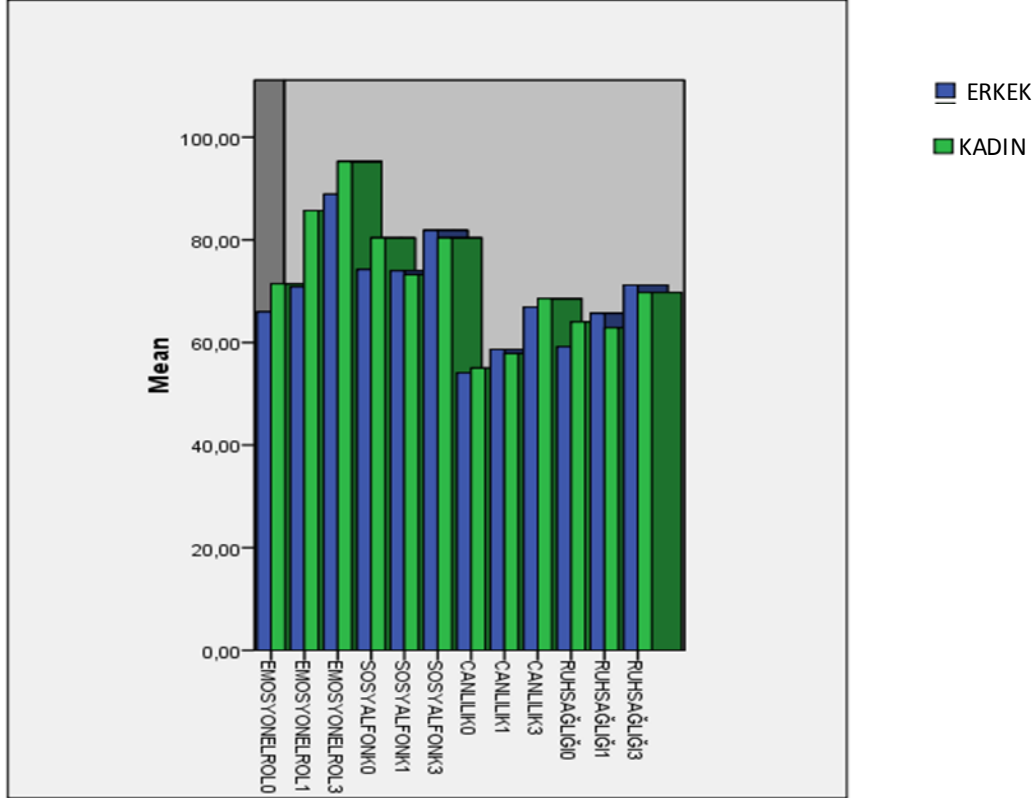
İlk başvuru ile 1. ve 3. ay değerleri karşılaştırıldığında ruhsal yaşam kalitesi ilk başvuru ve 1. ay ölçüm değeri arasında farklılık yokken diğer ölçüm değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p<0,001).

Tablo 4. 13: Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki ruhsal yaşam kalitesi alt skalalarının ortalamalarının karşılaştırması

	N	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maximum	P
SOSYALFONKSİYON0	112	72,43	21,76	25	100	$p_1=0,479$
SOSYALFONKSİYON1	60	73,33	24,62	12,5	100	$p_2=0,053$
SOSYALFONKSİYON3	55	81,64	19,39	27,5	100	$p_3=0,001$
EMOSYONELROL0	55	66,66	37,41	0	100	$p_1=0,220$
EMOSYONELROL1	55	72,73	33,39	0	100	$p_2<0,001$
EMOSYONELROL3	55	89,7	21,15	0	100	$p_3<0,001$
CANLILIK0	112	52,86	18,23	10	95	$p_1=0,015$
CANLILIK1	60	58,83	19,05	5	90	$p_2<0,001$
CANLILIK3	55	67,09	12,79	35	95	$p_3<0,001$
RUHSAĞLIĞI0	112	60,29	15,37	20	88	$p_1=0,006$
RUHSAĞLIĞI1	60	65,53	14,38	16	84	$p_2<0,001$
RUHSAĞLIĞI3	55	71	10,73	45,2	100	$p_3<0,001$
p_1 ; ilk başvuru ile 1. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir.						
p_2 ; ilk başvuru ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir.						
p_3 ; 1. ay ile 3. ay karşılaştırma arasındaki anlamlılık ilişkisini gösterir.						

Sosyal fonksiyon ölçümünde sadece 1. ve 3. ay değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$). Canlılık ve ruh sağlığının ilk değerlendirme, 1. ay ve 3. aydaki tüm değerlendirmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Emosyonel rol ilk başvuru değeri ile emosyonel rol 1. ay değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yokken ilk başvuru ile 3. ay ve 1. ay ile 3. ay değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$).

Grafik 4.7: Hastaların sigarayı bırakmadan önceki ve sonraki ruhsal yaşam kalitesi alt skalalarının cinsiyete göre aylar içindeki değişimi



Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirildiği bu çalışmada yaşam kalitesi ile VKİ, medeni durum, gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak bir ilişki tesbit edilememiştir ($p > 0.05$).

Sigara tüketimi (pxyl) ile başvuru anındaki ruhsal ve fiziksel yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamazken ($p > 0.05$) FNBT ile aralarında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki tesbit edilmiştir ($p = 0.03$).

Yaşam kalitesi ortalamaları ile SFT parametreleri arasındaki ilişki incelendiğinde her üç değerlendirme için de aralarında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Günümüzde sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı dünyada tek başına en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Tütün kullanımı tüberküloz, HIV/AIDS ve sıtmaya bağlı ölümlerin toplamından daha fazla olarak her yıl yaklaşık 5 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır (16).

Tütün kontrol programında “başlamayı önleme”, “bırakma” ve “pasif etkilenimden korunma” olmak üzere üç temel alanda müdahalelere gereksinim vardır (114). Tütün kontrolü programı kapsamında sigara bıraktırma polikliniklerinin rolü çok önemlidir. Tütün ürünlerine erişimin ve kullanım alanlarının kısıtlanmasının yanı sıra kullanıcılarının bırakmasına yardımcı olacak bir sistemin etkili bir şekilde hizmet sunması ve sigara içme oranlarının azalması bireylerin ve toplumun yürütülen politikalara uyumunu arttıracaktır. Bazı uygulamalar yasal düzenlemeleri gerektirirken bazı uygulamalarda bireye yönelik yaklaşımlar önem kazanmaktadır. Sağlık hizmet sunucularının sigara içme davranışını ve bırakma isteğini sorgulaması, kısa tavsiyeler vermesi, bireylerin bırakma danışmanlık hattından faydalanması gibi yaklaşımların yanı sıra eğitilmiş uzmanların verdiği davranış desteği gibi daha yoğun yaklaşımları ve etkili ilaçların kullanılmasını içeren sigara bırakma polikliniklerinin sunduğu hizmetler tütün ile mücadelede bireysel yaklaşımın bileşenleridir (115). Sigara bıraktırma polikliniğimiz 2012 Eylül ayından beri hizmet vermekte olup Temmuz 2015- Aralık 2015 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran ve araştırmayı kabul eden gönüllüler çalışmaya alınmıştır. Çalışmamızda sigara bıraktırma polikliniğine başvuran bireylerin ilk başvuru anında ve bıraktıktan sonraki 1. ve 3. aylardaki yaşam kaliteleri ile solunum fonksiyon parametreleri arasındaki ilişki değerlendirildi. Çalışmamız toplam 112 hasta ile yürütüldü. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $34,01 \pm 11,08$ ’ dir. Erkek oranı %77.7 ve beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması $25,27 \pm 4,29$ (18,31-40,35 arası) idi. Çalışmaya alınan hastaların %3.6 sının kronik fiziksel, %0.9 unun ise kronik ruhsal bir rahatsızlığı vardı. Hastaların %36.6 sı üniversite yada yüksek okul mezunu idi.

Sigara bırakma başarısı ve yaş ortalamasının birlikte değerlendirildiği çalışmalarda; yaşı 40’ın üstünde olanlarda, sigara bıraktırma başarısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (116, 117, 118). Bizim çalışmamızda ise yaş ortalaması 34.01 ± 11.8 olup olguların %27.67’si 40 yaş üstü idi. 40 yaş üstü olan hastalarımızın 1. ay sigara bırakma oranı %64.51 bulundu. Bu oran ve 3. ay değerlendirmelerimizin de sonuçlarına

göre bizim çalışmamızda da 40 yaş üstündeki olguların sigarayı bırakma oranları yüksektir. Fakat bu oran istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sigara bırakma konusunda yapılan pek çok çalışmada polikliniğe müracaat eden erkek sayısının, kadın sayısından yüksek olduğu bulunmuştur (115, 119, 120). Bizim çalışmamızda da literatürleri destekler şekilde polikliniğe müracaat eden erkek sayısı, kadın sayısından fazladır. Sigarayı erkeklerin daha kolay bırakabildiklerini belirten çalışmaların yanında her iki cinsiyet arasında fark olmadığını söyleyen çalışmalar da mevcuttur (119, 122, 123). Bizim çalışmamızda üç ayın sonunda erkeklerin %62' si (n=54) ve kadınların ise %24' u (n=6) sigara içmediklerini belirttiler.

Sigara bırakma başarısına eğitim durumunun etkisinin incelendiği, Şahbaz ve arkadaşlarının çalışmasında (124) eğitim düzeyi yükseldikçe sigara bırakma oranının arttığı belirtilmekte birlikte Argüder ve ark. yaptığı bir çalışmada ise eğitim düzeyinin bırakma başarısı üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır (119). İzmir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise olguların ilköğretim, ortaokul ve lise mezunu olanlarda başarı oranı %50 iken, üniversite mezunlarında başarı oranını %55 olarak tesbit edilmiş, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (125). Bizim de çalışmamızda üniversite yada yüksek okul mezunu olan içicilerin 3. ayda sigarayı bırakma başarı oranı %60.97, okur yazar olmayanlar ile ilköğretim ve lise mezunu olanların toplamında 3. ay başarı oranları %53,52' olarak tesbit edilmiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sigara tüketimi $15,90 \pm 16,32$ (pxyl) olup hastaların çocuk sayısı ve medeni durumları ile sigara tüketim miktarı arasında anlamlı bir ilişki yoktu .

Salepçi ve arkadaşlarının (5) çalışmasında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda çalışmamıza benzer oranda olarak %16 FEV₁/FVC düşüklüğü tesbit edilmiş, FEF25-75 değeri ise %32,7 oranında düşük bulunmuştur, tüketilen paket/yıl ile FEV₁/FVC ve FEF25-75 arasında negatif yönde korelasyon bulunmuştur. Demir ve ark. (126) yaptığı bir çalışmada ise SFT sonuçları ile sigara ilişkisi değerlendirilmiş olup; sigara içen 238 olgunun 23'ünde (%9,7) FEV₁/FVC, 58'inde (%24,4) de FEF25-75 düşük olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise hastaların ilk başvuru anında %25 (n: 28) oranında % FEF25-75 değeri %65' in altında düşük olarak tesbit edildi, %7' sinde (n: 8) ise bu oran %60 ile %70 değerleri arasında değişmekteydi. Bu oran yaş ve sigara paket/yıl ile anlamlı olarak korelasyon göstermekteydi (p<0,001). FEV₁ <%80 olan kişilerin oranı %12,5, FEV₁/FVC <%75 olan hastaların oranı da %12,5 olarak tesbit edilmiştir. Bizim FEV₁/FVC ve % FEF25-75 ve değerinde düşük olarak elde ettiğimiz sonuçların oranın

nisbeten daha az olmasının nedeni çalışmamızdaki olguların daha genç olmasına ve içilen sigara süresinin daha az olmasına bağlanmıştır.

Cinsiyete göre FEV_1 , FEV_1/FVC ve % FEF25-75 değerleri incelendiğinde KOAH tanılı kadınlarda yıllık FEV_1 azalması KOAH tanılı erkeklere göre daha hızlı olduğu bulunmuştur (127). Tütüne bağlı ölüm riskinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu, kadınlarda KOAH'ın tütünle ilişkili görülen en sık hastalık olduğu gösterilmiştir (128). Çalışmamızda cinsiyete göre FEV_1 , FEV_1/FVC ve % FEF25-75 değerleri incelendiğinde ise kadınlardaki değerler her üç ay için de erkeklere oranla anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Sigaranın KOAH' ın gelişmesine neden olan zararlı etkilerine kadınların daha duyarlı oldukları son çalışmalarda gösterilmiştir. Elde ettiğimiz bu sonucun sigara bıraktırma polikliniğimize daha çok etkilenme düzeyi yüksek olan kadın içicilerin başvurmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Gold ve arkadaşlarının Amerika'da altı şehirde, 5158 erkek ve 4902 kız öğrencide yaptıkları bir çalışmada, sigara içmenin gençlerde orta havayolu obstrüksiyonuna neden olduğunu göstermişlerdir, az sayıda sigara içiminin bile SFT parametrelerini etkilediğini ve içilen sigara miktarıyla orantılı olarak FEV_1/FVC ve FEF25-75 değerlerinin düştüğünü saptamışlardır (129). Bu çalışmalardan alınan sonuçlar eşliğinde ve bizim çalışmamızın da sonuçlarına göre sigara bırakma polikliniklerinde KOAH ve KHYH'nın erken tanısı için özellikle 40 yaş üstü yoğun sigara içicilerde solunum fonksiyon testleri tarama amaçlı uygulanabilir fakat bizim çalışmamız süresince sigara bıraktırma polikliniğimize başvuran hastaların bir kısmı kontrollerde solunum fonksiyon testine dahil olmak istememiştir. SFT esnasında kişinin kendini rahat hissedeceği bir ortam sağlanmalı, laboratuvarın günlük işleyişinde hekimle beraber çalışacak teknisyen çok önemli olup testlerin uygulanmasında hasta veya denekle iyi iletişim kurması açısından teknisyenin eğitilmiş ve deneyimli olmasına çok önemlidir (130). Ayrıca genellikle SFT iskemik kalp hastalığı, diabetes mellitus veya psikiyatrik rahatsızlıklar gibi komorbideteleri olan hastalarda fiziksel olarak ağır olabilir ve MI sonrası bir ay içerisinde hastaların test edilmemesi önerilir (131). Bizim çalışmamızda kronik fiziksel ve ruhsal hastalığı olan yalnız 4 hastamız vardı. Sigara bırakma sürecinde yaşanan yoksunluk sendromu ve hastalara medikal tedavi olarak başlanan vareniklin psikiyatrik bazı yan etkilere neden olabilmektedir (11, 75) ve hastaların SFT değerlendirmelerine uyumunu bu gibi durumların da azaltılabileceğini düşünmekteyiz. Ölçümler karın ağrısı, göğüs ağrısı, fasiyel anomaliler, stres inkontinansı ve psikiyatrik hastalıklar gibi çeşitli komorbiditelerde suboptimal olabilir ve rahat uygulanamayabilir. Direkt ilişki

gösterilememekle birlikte ölçüm esnasında enfeksiyon bulaş riski olasıdır (131, 132). Enfeksiyon bulaşı açısından olan kaygıları nedeniyle ilk ölçümün ardından iki hasta uygulamaya devam etmek istememiştir. Polikliniğimize başvuran hastalardan SFT' ye katılmak istemeyen hastalara yalnızca SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır.

Kaminsky ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların ilk başvuru ve 1. ay akciğer yaşları hesaplanmış buna göre akciğer yaşı için $FEV_1 \geq \% 80$ olup olmamasına göre normal yada değil şeklinde bir değerlendirme yapılmıştır. Çalışmalarında 1. Ayın sonunda akciğer yaşında artış tesbit etmişler ve spirometrik ölçümler ile akciğer yaşının hesaplanmasının hastaları motive etmek için kullanılabileceğini belirtmektedir (133). SFT parametrelerinin ilk başvuru ve 3. ay sonuçlarının değerlendirildiği Maci ve ark. çalışmasında 3. ayda FVC (L) değerinde artış gözlemlenmezken FEV_1 (L) değerinde anlamlı artış gözlemlenmiştir (134). Kargın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (135) ise yine ilk başvuru ile 1. ve 3. ay sonuçları karşılaştırılmış üçüncü ay FEV_1 , FEV_1/FVC ve FEF25-75 değerleri sırasıyla $92,7 \pm 17,6$; $81,5 \pm 7,6$; ve $81,7 \pm 26,7$ iken başvuru anındaki değerleri sırasıyla $89,8 \pm 18,4$ ve $77,5 \pm 27,1$ olarak elde edilmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Bizim çalışmamızda da 3. aydaki SFT kontrollerinde FEV_1 , FEV_1/FVC ve FEF25-75 değerleri ilk başvuru ile karşılaştırıldığında artmıştır fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sigara içiminin solunum fonksiyonları üzerine etkisi çok iyi bilinmektedir bizim de çalışmamızda sigara tüketimi ile ilişkisi gösterilmiştir. Literatürde solunum fonksiyonlarının 40 yaş üstünde ve ≥ 30 paket.yıl sigara içenlerde anlamlı olarak daha yüksek oranda etkilenmekte olduğu bilinmektedir (5). Bizim çalışmamızda sigara bırakan hastalarımıza yaptığımız erken dönem değerlendirmesinde solunum fonksiyon kapasitelerinde belirgin artış gözlemlenememiş olmamızın başka bir nedeni olarak bizim çalışmamızdaki hasta grubunun yaş ve sigara tüketimi ortalamaları solunum fonksiyonlarını etkilerinin belirgin olduğu bu risk grubunun çok altında olduğu için etkilenme ve dolayısı ile sigara bırakmanın pozitif etkilerinin görülme oranının da azalmış olduğunu düşünmekteyiz.

Burrow ve arkadaşları sigaranın her 10 paket-yıl için beklenen FEV_1 'de ortalama% 3'lük bir azalma meydana getirdiğini, buna sigara içme süresi ile yoğunluğunun eşit etki gösterdiğini ancak, cinsiyetler arasında fark olmadığını bildirmişlerdir (136). Bizim de çalışmamızda sigara tüketimi (pxyıl) ile FEV_1 , FEV_1/FVC VE FEF 25-75 değerleri arasındaki ilişki negatif yönde ve anlamlı olarak tesbit edildi .

Marakoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (137) sigara bırakma hızı %44.4, Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasında (138) ise %48.7 dir. Argüder ve arkadaşlarının çalışmasında 3. ayın sonunda sigara bıraktırma oranları % 36.5 olup ülkemizdeki sigara bıraktırma tedavisini sonuçları değerlendirilmiş, 3.ayda bırakma oranlarının %54-65 aralığında olduğunu ve değerlendiren farklı çalışmalarda ülkemizdeki sigara bıraktırma başarısının 1. yılın sonunda başarı oranı %21,6 ile %45 arasındaki değerlerde olduğunu bildirmiştir (122).

Bizim çalışmamızda da hastaların 1. ve 3. ay başarı durumları yüz yüze görüşme ve telefon kontrolleri ile sorgulanarak kaydedildi ve araştırma grubunda üç aylık dönemdeki sigara bırakma hızı %53,57 olarak tesbit edilmiştir. Bu durum hastalarla birebir görüşme süresinin uzun tutulmasına ve yoğun motivasyonel görüşmeye bağlamıştır.

Çalışmamızda 89 hastaya vareniklin tedavisi, 16 hastaya bupropion tedavisi, 7 hastaya ise NRT başlanmıştır. Bir metaanaliz çalışmasında 32.908 hastayı içeren 70 çalışma değerlendirilmiş, bunlardan farmakoterapiye dair 7 çalışmanın 6'sında; sigara bırakma oranı placeboya göre vareniklin'in 2,41 kat, nikotin nazal spreyin 2.37 ve bupropionun 2.07 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (139). Başka bir metaanaliz çalışma sonuçlarında ise vareniklinin placeboya göre sigarayı bırakmada 3 kat daha fazla başarılı olduğu ve yapılan takiplerde 6. aydaki sigara bırakma oranının %33 olduğu gösterilmiştir (34). Selçuk ve arkadaşlarının 681 kişinin 1 yıllık sonuçlarını değerlendirildiği çalışmada sigara bıraktırma polikliniğinde bupropion tedavisi başlanan 370 kişi ve vareniklin tedavisi başlanan 311 kişiden vareniklin başlanan bireylerin bupropion başlanan bireyler ile başarı oranları karşılaştırılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmadaki bupropionun artmış başarısının nedeninin 15. gün, 1. ay, 2. ay, 3. ay, 6. ay, 9. ay ve 12. aylardaki yapılan yoğun motivasyonel görüşme olduğunu belirtmişlerdir (140). Bu çalışmaların aksi şeklinde vareniklinin de bupropiona üstün olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir (141, 142, 143). Medikal tedavi yöntem tercihimizde, yapılan çalışmalarda vareniklin tedavisinin daha etkili bulunmasının yanısıra tedavi seçiminde hastanın tedaviye kontraendike durumunun varlığı, hasta tercihi, hasta yaşı gibi etkenler de belirleyici olmuştur. Bu durumun tedavi sonuçlarındaki başarıyı da arttırdığını düşünmekteyiz.

Yine Selçuk ve arkadaşlarının periyodik sağlık muayenesi amacıyla başvuran ve sigara içen kişiler arasından sigara içimi konusunda yapılacak görüşmelere gönüllü olan 181 kişi üzerinde yapılan çalışmada ilk görüşmeden sonra 1.ay, 2.ay ve 3.ayda kontrole

çağrılmış, sigara içimi ile ilgili durumları ve düşünceleri sorgulanarak nikotin bağımlılığı ve zararları ile ilgili sözel ve yazılı destek sağlanmıştır. 3 aylık periyotta hastalarla ortalama 6 ± 2.7 görüşme yapılmış, toplamda erkeklerin % 24' ü ve kadınların % 50' si sigara bırakma danışmanlığı almak istediğini belirtmiştir (144) Motivasyonel destek bırakmanın düşünülmediği evrede (pre-contemplation) dahi çok önem taşımaktadır.

Solak ve arkadaşlarının bir çalışmasında, 1 yıllık başarı oranı %45 olarak bulunmuş ve sigarayı bırakmada hastaların kararlılığı, davranış tedavisi, yoğun motivasyonel destek, kontrol vizitleri ve telefon görüşmelerinin önemi vurgulanmıştır (145). Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından yapılan bir metaanaliz çalışmasında poliklinik görüşmeleri esnasında hekimlerin hastalarına 2-4 dakika süre ile vakit ayırmalarının sigara içicisi olan her 100 hastadan 10'unun sigara bırakmasını sağladığı ve sigara bırakma girişimini 6 kat arttırdığı tesbit edilmiştir (146, 147).

Yapılan çalışmalarda kendi kendine sigarayı bırakmayı deneyenlerde ise uzun süreli başarının %10'lardan az olduğu bildirilmiştir (148). Solak ve arkadaşları, destek tedavisinin sigarayı bırakmayı engelleyen faktörleri belirlemede, nüks önleme planları geliştirmede ve uzun süreli başarıdaki öneminin altını çizmişlerdir (145).

Solak ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı çalışmada, sigara bırakma hastalarında yaş dağılımını 30 yaş altı ve 60 yaş üstünde olanlarda düşük oranda bulmuş ve bu durumu gençlerin sağlıklarını tehdit eden hastalıklara karşı henüz duyarsız olmasıyla, yaşlıların da kendi kendine bırakmış olması veya bırakmayı düşünmemesiyle açıklanabileceğini ve orta yaş grubundaki olguların yüksek oranının ise hastalıkların ortaya çıkması açısından en riskli dönemde olmalarından kaynaklanabileceğini ifade etmişlerdir (145). Bizim çalışmamızda da sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların yaş dağılımı benzer şekilde 30 yaş altı hasta sayısı %9, 60 yaş üzeri hasta sayısı ise % 3 olarak tesbit edilmiştir.

Amerika ve avrupa'da yapılan bir çok çalışmada nikotin bağımlılık düzeyi ile sigara bırakma başarısı arasında negatif yönde ilişki olduğu tesbit edilmiştir (149, 150) Salepçi ve arkadaşlarının bir çalışmasında, 1 yıllık başarı oranı %41.2 olarak saptanmış ve başarıda bağımlılık skoru ile birlikte birçok faktör de değerlendirilmiş, istatistiksel fark anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmada da cinsiyetin rolünün etkin olmadığı ifade edilmiştir. Fakat 40 yaş üstü olanlarda ve çocuk sahibi olanlarda sigara bırakma oranı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (151). Sigara bırakma polikliniğinde üç görüşme yapılan ve nikotin yerine koyma tedavisi verilen hastaların birinci yıl sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada nikotin bağımlılık düzeyi ile sigara bırakma düzeyi

arasında bir ilişki saptanmamıştır (152). Çan ve ark. üç yıllık bir izlem çalışmasında yine sigara bırakma ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (153). Bizim çalışmamızda ise bağımlılık skorlarına göre hastaların bırakma oranları değerlendirildiğinde yüksek ve çok yüksek bağımlıların sigara bırakma oranı ile diğer gruplar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Bizim çalışmamızda FNBT yüksek değerlendirilen bireylerin sigara bıraktırma oranlarında fark olmamasının nedeni olarak bu sonuçların erken evre verileri olmasının yanısıra; uygun bilgilendirme, farmakolojik ve motivasyonel destek ile hastaların da tedaviyi ciddiye almaları olduğu görüşünderiz. Yaptığımız poliklinik görüşmelerinde yüksek düzeyde bağımlı olan bireyler sigara bağımlılığını ciddi bir sorun olduğunu bilerek kontrol görüşmelerine daha iyi katılım sağlamışlardır. Uygun tedavi ile diğer gruplarla aralarında önemli fark yaratan yoksunluk sendromu belirtilerinin azalmış olmasının motivasyonlarında artma ve tedavi sürecine katkısı olduğunu ve bıraktırma oranları artırılabilirdiğini yada başka değişkenlerin (yaş, cinsiyet) de bu gruptaki hastalar için sigara bırakmada etken olduğunu düşünmekteyiz.

Yaptığımız çalışmada sigara tüketimi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki tesbit edilmiştir. İspanya’ da sigara içicileri ile içmeyenlerin ilk başvuru ve 4 yıl sonraki yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada sigara içicilerinde sigara içme durumu ve sigara içme davranışında bu 4 yıllık süre zarfında olan değişiklikler ile sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi arasında güçlü bağlantı tesbit edilmiştir. Bellido-Casado ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada SF-36 değerlendirmesinde 14 yaş üstü sigara içicileriyle içmeyenler arasında fiziksel ve ruhsal olarak bir fark gözlemlenmemişlerdir ve sigara içmeyen, bırakmış ve hala içen olguların yaşam kaliteleri, kısa ve orta süreli etkiler açısından benzer bulunurken, uzun süreli etkiler farklı çıkmıştır (154). Bizim çalışmamızda ise ilk başvuru anındaki yaşam kaliteleri ile 1. ve 3. aylar karşılaştırıldığında fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi skorlamalarında istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu gözlemlendi. Sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkilerinin genellikle uzun süreli tüketimle 40 yaş civarında ortaya çıktığı bilinmektedir (155) fakat yaşam kalitesine olan olumsuz etkilerinin sadece bu hastalıklara ait belirtilerin fark edilmeye başlandığı dönemle sınırlı değildir. İnce ve arkadaşlarının KOAH’lı olgularda SF-36 anketi kullanılarak yaptığı çalışmada, yaşam kalitesinin hastalıktan belirgin olarak etkilendiği, ancak bu etkilenmenin fizyolojik ölçümler ile açık bir şekilde gösterilemediği bildirilmiştir (91). Yapılan yurtdışı çalışmalarında da buna benzer sonuçlar elde edilmiştir (156, 157). Bizim hasta grubumuz yaş ortalaması ve sigara tüketimi açısından ele

alındığında risk faktörlerini karşılamamaktadır ve yaşam kalitesindeki başvuru ve kontrol değerlendirmeleri arasında anlamlı bir artış söz konusu iken solunum fonksiyon parametrelerinin kontrol değerleri ile başvuru değerleri karşılaştırıldığında artış tesbit edilememiştir. Bizim çalışmamızda SFT parametrelerinde anlamlı bir artış gözlenemezken yaşam kalitesinin, sigara bıraktırma tedavisinin ardından anlamlı derecede artmış olmasının nedeni olarak SF-36' nın, solunum fonksiyonlarındaki kısıtlılıklardaki spontan değişikliklerden etkilenmiş olabileceğini fakat yapılan çalışmalarda sonuçlara benzer olarak fizyolojik ölçümler ile paralellik göstermemesini ve yaşam kalitesini sigara içimi sürecinde solunum fonksiyonlarına olan etkisinin dışındaki diğer etkilerinin de azalmış olması ile yaşam kalitesinde belirgin artışa neden olabileceği düşüncesindeyiz.

Literatürde erken evrede yaşam kalitesi değişimi üzerine olan değerlendirmeler sınırlı olup daha çok uzun dönemde sigara bırakmanın yaşam kalitesine etkileri ve sigara içicisi olan ve olmayan grupların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Sales ve arkadaşlarının sigara** bırakmak için başvuran 60 hasta üzerinde yaptığı çalışmada ilk başvuru ve 12. ay sonundaki değerlendirmeleri sonucu sigara bıraktırmanın yaşam kalitesini arttırdığını gözlemlemişlerdir bu artış özellikle canlılık, ruhsal sağlık, genel sağlık ve emosyonel rol alt skalalarında belirgindir. Yapılan bir çalışmada sigara bırakmanın ardından 1. yılda yaşam kalitesi ruhsal komponentinin daha iyi olduğu gözlemlenmiştir (158). Mitra ve arkadaşlarının özür ve sakatlık durumu olan bireylerde yürüttüğü bir çalışmada yine sigarayı yakın zamanda bırakmış olanların yaşam kalitesi ortalamalarını sigara içicisi olanlara oranla daha yüksek olduğunu belirtmiştir (159).

Mulder ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da sigara içicisi olmayanlar ile sigarayı bırakmış kişilerin sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri arasında yalnızca vücut ağrısı skorlamasında fark bulurken başka birçok çalışmada bu iki grup arasında fark bulunamamıştır (154, 160, 161). Tilmann ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada özellikle genel sağlık, canlılık, ruh sağlığı ve sigarayı bırakmış kişilerde anlamlı derecede yüksek olduğunu, emosyonel rolde de düşük düzeyde artışın olduğunu ve sigara içen bireylerde sigara tüketimi ile SF-36 skorunun negatif yönde ilişkili olduğunu gözlemlemiştir (162). Ülkemizde ise Demirtürk ve ark. yaptığı çalışmasında sigara tüketimi ile yalnızca genel sağlık anlayışı arasında ilişki anlamlı bulunmuş, hastalarında en düşük puanı genel sağlık alt skalasında elde etmiş ve hastalarının sigaranın sağlığa olan olumsuz etkileri nedeniyle geleceğe olumlu bakamamalarına bağlı olabileceğini belirtmiştir (163). Bizim çalışmamızda fiziksel yaşam kalitesi değerlendirildiğinde ise fiziksel fonksiyon, fiziksel

rol kısıtlılığının değerlendirilmesi, genel sağlık alt skalaları için ilk başvuru ile 1. ay ve 3. ay ölçüm değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Vücut ağrısı ölçümünde ise ilk ölçüm değeri diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır fakat 1. ay ile 3. ay arasında fark yoktur. Olgular her üç değerlendirmede de en yüksek puanı vücut ağrısı alt skalasından alırken en düşük puanı sağlığın genel algılanmasından almışlardır. Büyük çoğunluğu ek hastalığı olmayan bireylerden oluşan çalışmamızda buna bağlı olarak ağrı alt skalasının değerlendirme puanının yüksek olduğunu, genel sağlık değerlendirmesinde ise bireylerin sigara içimine bağlı olarak sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanmaları nedeniyle düşük olduğu şeklinde yorumlandı.

Çalışmamızda ruhsal yaşam kalitesi alt skalaları değerlendirildiğinde ise sosyal fonksiyon alt skalasında yalnızca ilk başvuru ile 3. ay değerlendirmesi arasında fark vardır, emosyonel rol kısıtlılığı değerlendirmesinde ise ilk başvuru ile 1. ay arasında fark yokken 3. ay ölçüm değeri ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Sigara bırakma sürecinin neden olduğu yoksunluğun medikal tedavi ile azaltılmaya çalışılmasına rağmen ruhsal yaşam kalitesi değerlendirmesini olumsuz yönde etkileyebileceğini ve zaman içinde etkisi azalarak sigara bırakma tedavisinin ruhsal yaşam kalitesine olumlu etkilerinin görülür hale geldiğini düşünmekteyiz. Ruh sağlığı ve canlılık alt skalaları için ilk başvuru ile 1. ay ve 3. ay ölçüm değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Ruhsal yaşam kalitesinin en düşük puan ortalaması olan alt skalası canlılıktır. Kişinin kendisini enerjik veya yorgun hissedip hissetmeme durumunun değerlendirildiği canlılık ile kişinin sinirli, üzgün, mutlu, sakin ve uyumluluk durumunu değerlendiren ruh sağlığı alt skalalarının sigarayı bırakma ile artışı ilk aydan itibaren anlamlı bulunmuştur.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini azaltan risk faktörlerinin arasında sigara içmenin de yer aldığı kanıtlanmıştır (164). Zahran ve ark. 18 -24 yaş arasındaki öğrencilerde yaptığı bir çalışmada günlük içilen sigara miktarı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü saptanmıştır (165). Kargın ve arkadaşları yaptığı çalışmada sigara içimi ve CO maruziyeti depresyon ile ilişkilendirilmiş sigara bırakma hastalarına uyguladıkları CO ölçüm değerleri ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde güçlü ve kullandıkları sigara miktarı (paket/yıl) ile FEV₁/FVC değerleri arasında negatif yönde orta düzeyde güçlü anlamlı bir ilişki tesbit etmişlerdir (130). Bizim çalışmamızda ise sigara içicisi olan bireylerin yaşam kaliteleri düşük olmakla beraber sigara tüketimi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktu fakat sigara bırakmayı takiben 1. ve 3.

aylarda yaşam kalitelerinde anlamlı artış söz konusuydu. Sigaranın yaşam kalitesine etkisi değerlendirildiğinde tüketilen sigara miktarından bağımsız olarak bireylerin etkilenme düzeylerinin, içicilerin duyarlılığına da bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Cinsiyete göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda erkeklerin yaşam kalitelerinin kadınlardan daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (166). Ülkemizde de Öztürk' ün sigara bağımlılığının romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirdiği çalışmanın (167) bulguları da bunu destekler yöndeydi fakat bizim yaptığımız çalışmada ilk başvuruda ve kontrollerde erkek ve kadın hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu çalışmada medeni durum ve VKİ ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tesbit edilmiştir fakat bizim çalışmamızda bu bulgular ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Çalışmamızda ek hastalıklar da sorgulanmış yalnızca 4 hastada ek hastalık tesbit edilmiştir

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

1. İçilen sigara miktarı ile kötüleşen solunum fonksiyonlarının, sigara bırakılması ile birlikte düzeldiği görülmektedir ancak bu etki erken dönemde çok belirgin değildir.
2. Tüm sigara içenlere sigaranın bırakılması yeterli değildir. Duyarlı içicilerin poliklinik kontrollerinde SFT ile tesbiti ve göğüs hastalıkları polikliniklerine yönlendirilmesi gerekmektedir.
3. Bireyin sigara içme süresi uzadıkça ortaya çıkan semptomlar hastanın yaşam kalitesini bozmakta ve bireyi mutsuzluğa itmektedir. Sigara bırakma tedavisi ile hastaların yaşam kalitesi artmaktadır.
4. FNBT yüksek olarak değerlendirilen bireylerin uygun bilgilendirme, farmakolojik ve motivasyonel destek ile hastalar da tedaviyi ciddiye aldıklarında bu hasta grubunda da bırakma oranları arttırılabilmektedir.
5. Sigara bırakma hastalarına uygun motivasyonel görüşmenin yanında etkinliği kanıtlanmış bireye uygun farmakolojik destek tedavi yeterli sürede verilmelidir. Bu süreçte hastaların yakın takip edilmelerinin tedavi başarısını artıracakı düşüncesindeyiz.
6. Bu kadar büyük bir sağlık problemi olan sigara kullanımına karşı etkin koruyucu önlemler ve tedavi hizmetlerinin sağlanması zorunludur. Aile hekimlerinin sigara bırakma yaklaşım ve tedavileri konusunda yeterince bilgi sahibi olması ve hizmet sunulan nüfustaki bireylerin sigara içme durumlarını sorgulaması, bırakmak istemeyen bireyleri bırakmaya teşvik etmesi ve bırakmayı düşünen bireylere yardımcı olması gerekmektedir ve koruyucu hekimlik adına çok önemlidir.

9. KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu, Ankara, 2014.
2. Jaén Díaz JJ, de Castro Mesa C, Gontán G, Salamanca MJ, López de Castro F. Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Risk Factors in Smokers and Ex-Smokers. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 554-8. [CrossRef].
3. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Klavuzu El Kitabı [Elektronik Sürüm], Düzenleme Tarihi 2011, ISBN: 978_975_590_431-3 Bakanlık Yayın No:879.
4. Topallı R. Pasif Sigara İçiciliği, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 1997;1(4):227-231 Online Yayın Tarihi: 31 Mart 2007.
5. Salepci BM, Havan A, Fidan A, Kırıl N, Saraç G. Sigara bırakma polikliniğinin KOAH ve küçük hava yolu hastalığının erken tespitine katkısı. *Solunum* 2013; 15(2): 100-104.
6. Young RP, Hopkins R, Eaton TE. Forced expiratory volume in one second: not just a lung function test but a marker of premature death from all causes. *Eurepean Respiratory Journal* 2007; 30: 616–622.
7. Testa MA Simonson DC. “Assessment of Quality-of-life Outcomes”, *New England Journal of Medicine* 1996; 334(13):835-40).
8. İzzettin B. Tütün Kullanımının Tarihçesi, (t.y.), Erişim: 05 Nisan 2015, <http://www.toraks.org.tr>.
9. İzzettin B. Sigara ve Sağlık. MEB yayınları, Ankara: 1994. 1. Baskı, 11-14.
10. Yılmaz F. Tütün Üzerine Düşünceler: Batıda ve Bizde. In: Gürsoy E (Edt) Tütün Kitabı, İstanbul, Kitabevi Yayınları, 2003;4.
11. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Miki Matbaacılık, Ankara 2014.
12. Peyman A, Kılınç EA, Aygöl F, İlter H, Öztürk M. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Başarı Öyküsü. *Türkiye Klinikleri; PulmMed-Special Topics* 2012; 5: 16-20.
13. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Center for Disease Control, Washington 2004. CDC Publication No. 7829. Erişim: 7 Nisan 2016, http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/executivesummary.pdf.
14. Rigotti N, Rennard S, Daughton D. Patterns of Tobacco Use. UpToDate; 2014.

15. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. Health Effects of Smokeless Tobacco Products. Erişim: 17 Mart 2015, http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf.
16. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008. / DSÖ Küresel Ttn Salgını Raporu, 2008: MPOWER –KUVVET- Paketi. (Bilir N –Çev Ed.), Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2008.
17. Bilir, N, zcebe H, Ergder T and Mauer-Stender K. Tobacco Control in Turkey; Story of Commitment and Leadership, WHO Euro, 2012.
18. Ttn rnlerinin Zararlarının nlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun, 26.11.1996, No. 4207.
19. World Health Organization. The History of Tobacco. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf> (Erişim Tarihi: 10.11.2014).
20. Watkins SS, Koob GF, Markau A. Neural Mechanisms Underlying Nicotine Addiction: Acute Positive Reinforcement and Withdrawal. *NicotineTobacco Research* (2000) 2, 19-37.
21. Koob GF, Moal ML. Drug addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis. *Neuropsychopharmacology* 24, 97-129, 2001.
22. DiChiara G. Role of Dopamine in the Behavioral Actions of Nicotine Related to Addiction. *European Journal of Pharmacology* 393, 295-314, 2000.
23. Jain R, Mukherjee K. Biological Basis of Nicotine addiction. *Indian Journal of Pharmacology* 2003; 35: 281-289.
24. R.Erol Sezer. Tütün Bağımlılığı ve Nörobiyolojisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ders Notları, 2006-2007.
25. Uzbay, T. Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler, *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21, 5-15, (2009).
26. Uzbay İT, Yüksel N. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. Yüksel, N. (editör) Psikofarmakoloji, Değiştirilmiş 3. Baskı, Ankara, izgi Tıp Yayınevi, 2003: 485-520.
27. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. (8.baskı, 2.cilt), Ankara, Güneş Kitabevi 2008: 1137-1168.
28. Hughes JR. Genetics of smoking: a brief review. *Behav Ther* 1986;17:335–344.
29. Yüncü Z. Savas AH. Madde Kullanım bozukluklarında genetik: Bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi* 2007; 8(3): 146-153.
30. Hall W, Madden P, Lynskey M. The genetics of tobacco use: methods, findings and policy implications. *Tob Control*. 2002;11(2):119-124.

31. Blum K, Braverman ER, Wood RC, Gill J, Li C, Chen TJ, Taub M, Montgomery AR, Sheridan PJ, Cull JG. Increased prevalence of the Taq I A1 allele of the dopamine receptor gene (DRD2) in obesity with comorbid substance use disorder: a preliminary report. *Pharmacogenetics* 6: 297-305, 1996.
32. Noble EP, St Jeor ST, Ritchie T, Syndulko K, St Jeor SC, Fitch RJ, Brunner RL, Sparkes RS. D2 dopamine receptor gene and cigarette smoking: a reward gene? *Med Hypotheses*. 1994; 42(4):257–260.
33. Prochaska JO, DiClemente CC, Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1982; 19: 276-88.
34. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 update, Clinical Practice Guideline, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008, Erişim: 9 Nisan 2016, <http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf>.
35. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10:CD008286.
36. Suls JM, Luger TM, Curry SJ, et al. Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2012; 42:655.
37. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Erişim: 8 Nisan 2016 <http://annals.org/article.aspx?articleid=2443060>.
38. Kotz D, Brown J, West R. Prospective cohort study of the effectiveness of smoking cessation treatments used in the "real world". *Mayo Clin Proc* 2014; 89:1360.
39. Rigotti NA, Rennard SI, Daughton DM. Overview of smoking cessation management in adults. In: Post TW, editor. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate. Erişim: 8 Nisan 2016, http://www.uptodate.com/contents/overview-of-smoking-cessation-management-in-adults?source=search_result&search=Overview+of+smoking+cessation+management+i+n+adults&selectedTitle=1~150.
40. Park ER. Behavioral approaches to smoking cessation. In: Stoller JK, Aronson MD, editors. . UpToDate. Waltham (MA): UpToDate. Erişim: 8 Nisan 2016, <http://www.uptodate.com/contents/behavioral-approaches-to-smoking-cessation>.

41. Thomas JL, Ebbert JO, Patten CA, et al. Measuring nicotine dependence among smokeless tobacco users. *Addictive Behaviors* 2006; 31: 1511-21.
42. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991; 86: 1119-27.
43. Payne JP, Smith PO, McCracken LM, et al. Assessing nicotine dependence: a comparison of the Fagerström tolerance questionnaire (FTQ) with the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) in a clinical sample. *Addict Behav* 1994; 19: 307-17.
44. Moolchan ET, Radzius A, Epstein Dh, et al. Fagerström test for nicotine dependence and the diagnostic interview schedules: do they diagnose the same smokers? *Addict Behav* 2002; 27: 101-3.
45. Uysal A. Sigara bağımlılığı ve değerlendirilmesi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hast ABD Dizisi -5, İstanbul 2005; s: 130-48.
46. Etter J, Duc TV, pergener TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction* 1999; 94: 269-81.
47. Rennard SI, Rigotti NA, Daughton DM. Pharmacotherapy for smoking cessation in adults. In: Post TW, editor. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate. Erişim: 3 Haziran 2015, http://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-smoking-cessation-in-adults?source=search_result&search=Pharmacotherapy+for+smoking+cessation+in+adults&selectedTitle=1~150.
48. Tomar SL, Husten CG, Manley MW. Do dentists and physicians advise tobacco users to quit? *J Am Dent Assoc* 1996;127: 259.
49. Lancaster T, Stead L, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD000165.
50. McAfee T, Babb S, McNabb S, Fiore MC. Helping smokers quit--opportunities created by the Affordable Care Act. *N Engl J Med* 2015; 372:5.
51. Renaud JM, Halpern MT. Clinical management of smoking cessation: patient factors affecting a reward-based approach. *Patient Prefer Adherence* 2010;4:441-50.
52. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD000146.
53. Foll LB, Cheinin MP, Rostoker G, et al. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *European Psychiatry* 2005;20:431-41. [CrossRef]

54. Rigotti NA. Clinical practice. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002; 346:506.
55. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195.
56. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther* 2009;31:463-91. [CrossRef].
57. Bilir, Nazmi and Özcebe, Hilal (2013), “Türkiye MPOWER Koşullarını Ne Kadar Karşılıyor?” *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1).
58. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2):CD001007.
59. O'Connell KA, Gerkovich MM, Cook MR, et al. Coping in real time: using Ecological Momentary Assessment techniques to assess coping with the urge to smoke. *Res Nurs Health* 1998; 21:487.
60. Coleman T. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ* 2004; 328:397.
61. Hajek P, West R, Foulds J, et al. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. *Arch Intern Med* 1999; 159:2033.
62. Smith SS, MC Carthy DE, Japuntich SJ, et al. Comparavite effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med* 2009;169:2148.
63. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335:1792.
64. Fant RV, Henningfield JE, Shiffman S, et al. A pharmacokinetic crossover study to compare the absorption characteristics of three transdermal nicotine patches. *Pharmacol Biochem Behav* 2000; 67:479.
65. Daughton DM, Heatley SA, Prendergast JJ, et al. Effect of transdermal nicotine delivery as an adjunct to low-intervention smoking cessation therapy. A randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Arch Intern Med* 1991; 151:749.
66. Richmond, RL, Kehow, L, de Almeida Neto, AC. Three year continuous abstinence in a smoking cessation study using the nicotine transdermal patch. *Heart* 1997; 78:617.

67. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA* 1999; 281:72.
68. Nicotrol NS® Product Information. In: Physician's Desk Reference 1998, *Medical Economics*, Montvale, NJ 1998.
69. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2001; 135:423.
70. Moore TJ, Furberg CD, Glenmullen J, et al. Suicidal behavior and depression in smoking cessation treatments. *PLoS One* 2011; 6:e27016.
71. Hays JT, Ebbert JO. Varenicline for tobacco dependence. *N Eng J Med* 2008; 359: 2018.
72. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 5:CD009329..
73. Pachas GN, Cather C, Pratt SA, et al. Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia: Safety and Effectiveness in a 12-Week, Open-Label Trial. *J Dual Diagn.* 2012;8(2):117-125.
74. FDA Drug Safety Communication: Chantix (varenicline) may increase the risk of certain cardiovascular adverse events in patients with cardiovascular disease. Erişim: 9 Nisan 2016, <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm259161.htm>.
75. Bolam B, West R, Gunnell D. Does smoking cessation cause depression and anxiety? Findings from the ATTEMPT cohort. *Nicotine Tob Res* 2011; 13: 209.
76. Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obez Rev* 2004; 5: 95.
77. Ussher M, West R, Steptoe A, McEwen A. Increase in common cold symptoms and mouth ulcers following smoking cessation. *Tob Control* 2003; 12: 86.
78. Bilir N. Sigarayı Bırakma Yolları(Sigaranın Zararlı Etkilerinden Korunma). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Şubat. 2008,Ankara.
79. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, ve ark. Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi.* 2006;7:51-64.
80. Doğanay S, Sözman K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de Toplumda Sigara İçme Sıklığı Nasıl Değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012;10(2).

81. Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. Psikiyatride yaşam kalitesi, *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2003; 16(1):18-23.
82. Kılınç, Y., Yıldırım, M., Ceyhan, A.M. 2009. Behçet hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2009;16:6-10.
83. Bilgi Tonbalak P, Romatoid Artritli Hastalarda Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Tez), İstanbul: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2008.
84. Kılınç Y. Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon (Tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi. 2007.
85. Güven T. Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin Araştırılması (Tez). İstanbul: Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. 2007.
86. Atasever A, Erdinç E (2003). KOAH'ta Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 51(4): 446- 455.
87. Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-83.
88. Koçyiğit H, Aydemir Ö, ve ark. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12 (2): 102- 106.
89. Demiral Y, ErgörG, Ünal B, Semin S, AkvardarY, Kıvırcık B, Alptekin K. Normative data and discriminative properties of shortform 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC PublicHealth* 2006; 9:247.
90. Benzo R, Flume PA, Turner D, Tempest M. Effect of pulmonary rehabilitation on quality of life in patients with COPD: the use of SF-36 summary scores as outcomes measures. *J Cardiopulm Rehabil.*2000 ; 20 (4): 231-4.
91. İnal İnce D, Tunalı N, Savcı S, Arıkan H. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 2000; 11: 333-7.
92. Uçar Ö. Solunum fonksiyon testinde yerleşik hava akımı obstrüksiyonu yapan nedenler. Uzmanlık tezi 2012.
93. McCormack MC. Overview of pulmonary function testing in adults. In: Stoller JK, editor. UpToDate, Erişim: 3 Nisan 2016, <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-pulmonary-function-testing-in-adults>.
94. Tatlıcıoğlu T. Solunum fonksiyon testleri. Nonspesifik Göğüs Hastalıkları. Özyardımcı N.(ed). UÜ Yayınevi. Bursa.1999: 159-186.
95. Coşkun F. Solunum fonksiyon testleri. Erişim: 5 Mart 2016, <http://file.lookus.net/TGHYK/tghyk.22.pdf>.

- 96.** Özlü T, Metintas M, Karadag M, Kaya A. Solunum sistemi ve hastalıkları. İstanbul Tıp Kitapevi, , İstanbul 1. Baskı:, 2010: 432.
- 97.** Ruppel GL. Manual of pulmonary function testing. Seventh edition. St. Louis, Mosby, 1998.
- 98.** Sayral SB, Ulubay G. Solunum fonksiyon testleri. Toraks kitapları, 2012 sayı 16.
- 99.** Yıldırım N., Demir T. Klinik solunum fonksiyon testleri. Macenta Eğitim Yayıncılığı Ltd İti İkinci baskı, İstanbul, 2011.
- 100.** Miller MR, Hankinson J., Brusasco V. ATS-ERS taskforce: Standardisation of Lung Function Testing. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J* 2005; 26: 319-38.
- 101.** David PJ, Rob P. Pocket Guide to Spirometry. McGraw-Hill, Australia, 2007.
- 102.** Yıldırım N, Demir T. Klinik solunum fonksiyon testleri. Macenta Eğitim Yayıncılığı Ltd İti İkinci baskı, İstanbul, 2011.
- 103.** Fletcher C, Peto R, Tinker C, Speizer FE. The natural history of chronic airflow obstruction. *BMJ* 1977; 1:1645-8.
- 104.** Rijcken B, Schouten JP, Weiss ST, Rosner B. Long-term variability of bronchial responsiveness to histamine in random population sample of adults. *Am Rev Respir Dis* 1993;148:944-9.
- 105.** Camili AE, Burrows B, Knudson RJ, Lyle SK, Lebowitz MD. Longitudinal changes in forced expiratory volume in one second in adults: Effects of smoking and smoking cessation. *Am Rev Respir Dis* 1987;135:794-9.
- 106.** Tonnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom KO. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29:390-417.
- 107.** Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, et al. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. *Eur Respir J* 2008; 32:844-53.
- 108.** T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı 2010. S: 59.
- 109.** T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. 2012. Sayfa 190.
- 110.** Arat, Z. Hemodiyaliz Hasta Ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006: 19-21.
- 111.** Aydemir Ö. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form 36 (SF-36). *Psikiatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 1999;7(Ek2):14-22.

- 112.** Aksu MT. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği Ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2008.
- 113.** American Thoracic Society. Standardization of spirometry. 1994 update. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152(3):1107-36.
- 114.** Bilir N, Özcebe H. Tütün bağımlılığı ve kontrolü: bireysel, toplumsal ve sosyal pazarlama yaklaşımları. *Eurasian J Pulmonol* 2014;16: 63-68.
- 115.** European Network for Smoking and Tobacco Control. European Smoking Cessation Guideliness. 2012. Erişim: 9 Nisan 2016, http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG_FINAL.pdf.
- 116.** Wilson DH, Wakefield MA, Steven ID et al. “ Sick of smoking”: Evelation of targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. *Med J Aust* 1990;152:518-21.
- 117.** Kabat GC, Wynder EL. Determinants of quitting smoking. *Am J Public Health* 1987;77:1301-5.
- 118.** Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP et al. Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? *JAMA* 1990;263:2760-5.
- 119.** Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadağ M. The physician’s intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci* 2000; 9(2): 63-9.
- 120.** Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52(1):63-8.
- 121.** Can G, Oztuna F, Ozlu T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52(1):63-74.
- 122.** Argüder E, Karalezli A, Hezer H, ve ark. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi* 2013; 14: 81-7.
- 123.** Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Türk J Med Sci* 2012; 42(3): 515-22.
- 124.** Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. *Türk Toraks Dergisi* 2007;8:110-4.
- 125.** İzmir A, Akçay Ş, Öner Eyüboğlu F. ;Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği 1 Yıllık İzlem Sonuçları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 65-70.

- 126.** Demir A, Büyüksirin M, Polat G, Kömürçüoğlu B, Tekgül S, Demirci F. KOAH çadırında ölçülen SFT sonuçları ve KOAH risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Toraks dergisi* 2006; 7: 23-28.
- 127.** Henschke CI, Miettinen OS. Women's susceptibility to tobacco carcinogens. *Lung Cancer* 2004; 43:1-5.
- 128.** Gu D, Kelly TN, Wu X, et al. Mortality Attributable to Smoking in China. *N Engl J Med* 2009; 360:150-9.
- 129.** Gold DR, Wang X, Wypij D, et al. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *N Eng J Med* 1996; 335 (13): 931-7.
- 130.** Saryal, SB. (1999). Solunum Fonksiyon Testlerinin Tarihçesi. (t.y.). Erişim: 9 Nisan 2016, <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/512201294716-KITAP.pdf..>
- 131.** Wanger J, Clausen JL, Coates A, et al. Standardisation of the measurement of lung volumes. *Eur Respir J* 2005; 26: 511-522.
- 132.** Miller MR, Crapo R, Hankinson J, et al. General considerations for lung function testing. *Eur Respir J* 2005; 26: 153-161.
- 133.** Kaminsky DA, Marcy T, Dorwaldt A, et al. Motivating smokers in the hospital pulmonary function laboratory to quit smoking by use of the lung age concept. *Nicotine Tob Res* 2011; 13 (11): 1161-6.
- 134.** Maci E, Comito F, Frezza AM, Tonini G, Pezzuto A. Lung nodule and functional changes in smokers after smoking cessation short-term treatment. *Cancer Invest.* 2014; 32 (8): 388-93.
- 135.** Kargın NÇ, Marakoğlu K. Sigarayı Bırakmanın Solunum İşlevleri Üzerine Etkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2015;19 (3): 129-133.
- 136.** Ekici MŞ, Ardiç S ve ark. Sigara paket yılı ile solunum parametreleri arasındaki ilişki. *Solunum Hastalıkları* 1990; 1(2): 17-21.
- 137.** Marakoğlu K, Kargın NÇ, Kaysılı S, ve ark. Sigara Bağımlılığı Tedavisinde Mora Terapi-Biorezonans [Poster]. 11.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi. Antalya, 2012.
- 138.** H. Kılıç, A. Karalezli, E. Argüder, H. Hezer, M. Er, A. Şentürk, E. Babaoğlu, C. Kaya, P. Demir,HC. Hasanoğlu. Sigara bırakma polikliniğimize başvuran olgularda tedavilere göre bir yıllık sigara bırakma oranları. *Solunum Hastalıkları Dergisi Cilt* 25, Sayı 1-2015, 5-10.

- 139.**Mark J. Eisenberg MD MPH, Kristian B. Fillion MSc, Daniel Yavin BSc, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ*. 2008;179:135-144.
- 140.**Selçuk EB, Tetik BK, Karataş M, Sigara Bıraktırma Polikliniğinde Vareniklin veya Bupropion Tedavisi Başlanan Bireylerin İlk 1 Yıllık Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2016;8(1):47-50.
- 141.**Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:47-55.
- 142.**Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:56-63.
- 143.**Nides M, Oncken C, Gonzales D, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med* 2006; 166:1561-8.
- 144.**Selçuk EB, Tetik BK, Karataş M, Evaluation of the Motivational Interviewing Made with Smokers Results of the Periodic Health Examination Periyodik Sağlık Muayenesinde Sigara İçen Bireylerle Yapılan Motivasyonel Görüşme Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care* 2015; 9 (4):137-142.
- 145.**Solak ZA, Telli CG, Erdinç E, Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları. *Toraks Dergisi*, 2003;4(1):73-77.
- 146.**Glynn TJ, Manley MW, Pechacek TF. Physician-initiated smoking cessation program: the National Cancer Institute trials. *Prog Clin Biol Res* 1990;339:11-25.
- 147.**Prochazka AV. New developments in smoking cessation. *Chest* 2000; 117:169-175.
- 148.**Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002; 346: 506-12.
- 149.**Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustausson G. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001;10:165–169.
- 150.**Cooper B.A, Borland R, Yong H, McNeill A. To what extent do smokers make spontaneous quit attempts and what are the implications for smoking cessation maintenance? Findings from the International Tobacco Control Four country survey. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 12, Supplement 1 (October 2010) S51–S57.

151. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN, Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başları Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler, *Toraks Dergisi*. 2005;6(2):151-158.
152. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N. Sigara Bırakmada Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Tedavi Sonuçlarına Etkisi. *Solunum Hastalıkları*. 2005; 16:112-118.
153. Çan G, Öztuna F, Topbaş M, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinin Üç Yıllık Başvuru Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*. Cilt 25, Sayı 2, Mayıs 2006.
154. Bellido-Casado, J.; Martin-Escudero, J.; Duenas-Laita, A.; Mena-Martín, F.J.; Arzúa-Mouronte, D.; Simal-Blanco, F. The SF-36 Questionnaire as a measurement of health-related quality of life, assessing short- and medium-term effects of exposure to tobacco versus the known long-term effects. *Eur. J. Intern. Med.* 2004, 15, 511-517.
155. Wilson D, Parsons J, Wakefield M. The Health-Related Quality-of-Life of Never Smokers, Ex-smokers, and Light, Moderate, and Heavy Smokers. *Preventive Medicine*. 1999; 29: 139–144.
156. Carone M, Bertolotti G, Anchisi F, et al. Analyses of factors that characterize health impairment in patients with chronic respiratory failure. *Eur Respir J*. 1999; 13: 1293-300.
157. Spencer S, Daniels J, Jones PW. Spirometry and quality of life in poorly reversible COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996; 153:323.
158. Croghan IT, Schroeder DR, Hays JT, Eberman KM, Patten CA, Berg EJ, et al. Nicotine dependence treatment: perceived health status improvement with 1-year continuous smoking abstinence. *Eur J Public Health*. 2005;15(3):251-5.
159. Mitra, M.; Chung, M.C.; Wilber, N.; Walker, D.K. Smoking status and quality of life, a longitudinal study among adults with disabilities. *Am. J. Prev. Med.* 2004, 27, 258-260.
160. Mulder, I.; Tijhuis, M.; Smit, H.A.; Kromhout, D. Smoking cessation and quality of life, the effect of amount of smoking and time since quitting. *Prev. Med.* 2001, 33, 653-660.
161. Laaksonen, M.; Rahkonen, O.; Martikainen, P.; Karvonen, S.; Lahelma, E. Smoking and SF-36 health functioning. *Prev. Med.* 2006, 42, 206-209.
162. Tillmann M, Silcock J. A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. *J Public Health Med*. 1997;19:268–73.

- 163.**Demirtürk F, Kaya M. Sigara İçen Sedanterlerle Sigara İçen ve Düzenli Egzersiz Alışkanlığı Olan Olguların Yaşam Kaliteleri. *Journal Of Contemporary Medicine*. 2016;6(4): 16-24.
- 164.**Bronnum-Hansen H, Juel K, Davidsen M, Sorensen J. Impact of selected risk factors on quality-adjusted life expectancy in Denmark. *Scand J Public Health*. 2007;35:510–515.
- 165.**Zahran HS, Zack MM, Vernon-Smiley ME, Hertz MF. Health-related quality of life and behaviors risky to health among adults aged 18-24 years in secondary or higher education--United States, 2003- 2005. *J Adolesc Health*. 2007; 41:389-97.
- 166.**O'Dea I, Hunter MS, Anjos S. Life satisfaction and healthrelated quality of life (SF-36) of middle-aged men and women. *Climacteric*. 1999;2:131-40., Azman AB, Sararaks S, Rugayah B, et al. Quality of life of the Malaysian general population: Results from a postal survey using the SF-36. *Med J Malaysia*. 2003;58:694-711.
- 167.** Öztürk O. Sigara bağımlılığının romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkisi (Tez), Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi. 2004.

EK.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.AD ,SOYADI;

2.YAŞINIZ?

3.CİNSİYET

A)ERKEK B)KADIN

4.MEDENİ DURUMUNUZ

A) EVLİ

B) BEKAR

C) BOŞANMIŞ

D) EŞİNDEN AYRI YAŞIYOR

E) DUL

5.EVİNİZDE KİMLERLE YAŞAMAKTASINIZ?

A) YALNIZ

B) SADECE EŞİNİZLE

C) EŞ VE ÇOCUKLAR

D) ANNE VE BABA

E)DİĞER

6.EĞİTİM DÜZEYİNİZ?

A)İLKÖĞRETİM

B)LİSE

C) YÜKSEK OKUL VEYA ÜNİVERSİTE

D) DİĞER..

7.SAHİP OLDUĞUNUZ ÇOCUK SAYISI

.....

8.ŞU AN YAŞADIĞINIZ YER?

A)KÖY

B)KASABA

C)ŞEHİR

D)DİĞER.....BELİRTİNİZ

9.ÇOCUKLUĞUNUZU GEÇİRDİĞİNİZ YER?

A)KÖY

B)KASABA

C)ŞEHİR

D)DİĞER.....BELİRTİNİZ

10.GELİR DÜZEYİNİZ NEDİR ?

A) 500 YTL' NİN ALTINDA

B) 500 İLE 1000 YTL ARASINDA

C) 1000-1500 YTL ARASI

D) 2000 YTL VE ÜZERİ

11.BAŞKA BİR KRONİK FİZİKSEL BİR HASTALIĞINIZ VAR MI?

A)EVET İSE LÜTFEN BELİRTİNİZ.....

B)HAYIR

12.HİÇ BU KONU/KONULAR İÇİN DOKTORA GİTTİNİZ Mİ?

HAYIR İSE NEDENİNİ BELİRTİNİZ.....

13.KRONİK RUHSAL BİR HASTALIĞINIZ VAR MI?

A)EVET İSE LÜTFEN BELİRTİNİZ.....

B)HAYIR

14.HİÇ BU KONU/KONULAR İÇİN DOKTORA GİTTİNİZ Mİ?

HAYIR İSE NEDENİNİ BELİRTİNİZ.....

EK.2. KISA FORM 36 (SF-36) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ek-1

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- | | |
|--|-----|
| a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti | 1 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması | 1 2 |
| c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama | 1 2 |
| d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması | 1 2 |

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- | | |
|--|-----|
| a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ? | 1 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması | 1 2 |
| c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama | 1 2 |

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|---------------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta derecede | 3 |
| Biraz | 4 |
| Oldukça | 5 |

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|----------------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta | 3 |
| Çok | 4 |
| İleri derecede | 5 |
| Çok şiddetli | 6 |

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğunuze en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman 1
Çoğu zaman 2
Bazı zamanlarda 3
Çok az zaman 4
Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK.3. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
 - a. İlk 5 dakika içinde (3 puan)
 - b. 6-30 dakika içinde (2 puan)
 - c. 31-60 dakika içinde (1 puan)
 - d. 1 saatten sonra (0 puan)
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
 - a. Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
 - b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - a. 31 ve daha fazla (3 puan)
 - b. 21-30 adet (2 puan)
 - c. 11-20 adet (1 puan)
 - d. 10 ve daha az (0 puan)
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)

EK.4. ETİK KURUL KARAR FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sigara bırakırma polikliniğine başvuran olgularda sigara bırakmanın solunum fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi.			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2015/112			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye			
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219			
	FAKS	+90 422 341 00 36			
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yard. Doç. Dr. Burcu Kayhan Tetik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İlaç dışı klinik araştırma	☐			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran olgularda sigara bırakmanın solunum fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi.		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2015/112		
DEĞERLENDİRİLE N BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	Belge Adı			Açıklama
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	ILAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
KARAR BİLGİLERİ	SONUÇ RAPORU	☐		
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
	Karar No:2015/112	Tarih: 17.06.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Sedat YILDIZ	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Derya DOĞAN	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Özden KAMIŞLI	Nöroloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ
İmza:

Her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran olgularda sigara bırakmanın solunum fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi.							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2015/112							
Doç. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Dr. Mahmut Barkın AKGÖL	Tıp Doktoru	Halk Sağlığı Müdürlüğü	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Metin TAY	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Zafer ERGÜZEL	Hukuk	İnönü Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
İmza: