

**T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Celal KARLIKAYA

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ
ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Rifat KÖKTEN

EDİRNE-2008

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez danışmanım Prof. Dr. Celal KARLIKAYA'ya, klinik eğitimindeki katkılarından dolayı Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR'a, Prof. Dr. Osman Nuri HATİPOĞLU'na, Doç. Dr. Erhan TABAKOĞLU'na, Yrd. Doç. Dr. Gündeniz ALTIAY'a, Yard. Doç. Dr. Ebru Ç. EDİS'e; tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mevlüt TÜRE'ye, çalışmaktan zevk aldığım tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire ve diğer yardımcı personele katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
TÜTÜN KULLANIMININ TARİHÇESİ	3
TÜTÜNÜN KULLANIM ŞEKİLLERİ	4
SİGARANIN İÇERİĞİ	5
SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ	6
SİGARA KULLANIMININ SAĞLIĞA ETKİLERİ	8
SİGARANIN BIRAKILMASININ SAĞLIK AÇISINDAN YARARLARI ..	14
SİGARA İÇMEYLE İLİŞKİLİ MALİYETLER	15
TÜTÜN KONTROLÜ	16
SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ	20
GEREÇ VE YÖNTEMLER	25
BULGULAR	29
TARTIŞMA	45
SONUÇLAR	53
ÖZET	55
SUMMARY	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ÇSD	: Çevresel sigara dumanı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm (forced expiratory volume in 1)
FNBT	: Fagerström nikotin bağımlılık testi
KAH	: Koroner arter hastalığı
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
NRT	: Nikotin replasman tedavisi

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigarayı en önemli önlenebilir hastalık nedeni olarak tanımlamaktadır. Her yıl sigaraya bağlı olarak tüm dünyada yaklaşık 5 milyon insan yaşamını yitirmektedir. Sigara salgınının bu şekilde devam etmesi durumunda bu sayının 2030 yılında 10 milyona ulaşması beklenmektedir. Bu 10 milyon ölümün ise yaklaşık 7 milyonu az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olacaktır (1). Çünkü sigara tüketimi gelişmiş ülkelerde azalırken, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmektedir (2).

Ülkemizde sigara tüketimi artmakta ve başlama yaşı düşmektedir. Ülkemizde erişkin nüfusun yaklaşık yarısı sigara içmektedir. 15-18 yaş grubunda ise sigara içme oranı %30 olarak bulunmuştur. Halen ülkemizdeki 17 milyon sigara tiryakisinden 100 bininin her yıl sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir (3).

Sigara içimi / bağımlılığı DSÖ'nün sınıflandırmasında (ICD 9-10) bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle sigara bağımlılığı hastalığının tedavisi hekimin görevidir (4).

Sigara içenlerin %70'i sigarayı bırakmak istemekte ve yaklaşık yarısı her yıl bırakmaya çalışmasına karşın, %10'dan daha azı bunda başarılı olabilmektedir (5). Sigara bağımlılığı bazen kişinin iradesi ile sonlandırılabilirle beraber, çoğunlukla değişik psikolojik problemleri çözmeyi sağlayan tekniklerin yanı sıra farmakoterapiyi gerektirmektedir (6). Son yıllarda yayınlanan uzlaşi raporları sigara bırakmada medikal tedavinin önemini vurgulamaktadırlar. Aynı zamanda bu raporlarda sigara bırakma polikliniklerinin önemi vurgulanmaktadır (7-11).

Sigarayla m¼cadelenin bir ayağını toplumu bilinçlendirmek ve özellikle gençlerin sigaraya başlamalarını önlemek oluştururken, diğer ayağını sigara içenlere bu alışkanlıklarını bıraktırmak oluşturmaktadır. Sigaranın bırakılması birçok hastalık için mortalite ve morbiditeyi azaltmanın yanında, özellikle sigara başlama potansiyeli yüksek olan gençler için de çevredeki model sayısını azaltmaktadır. Topluma sigaranın kötü bir şey olduğunu ve bırakılması gerektiği mesajını vermektedir. Sigara bırakma poliklinikleri, sigara ile m¼cadelenin odak noktaları, simgeleri konumundadır.

Çalışmamızda sigarayı bırakmak için polikliniğimize başvuran hastaların genel özelliklerini, sigara bırakmayı etkileyen faktörleri ve uygulanan tedavi yöntemlerinin başarı oranlarını değerlendirmeyi amaçladık.

GENEL BİLGİLER

TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

Tütün tarımının Milattan Önce (M.Ö.) 6000 yıllarında Amerika kıtasında başladığı düşünülmektedir. Amerika'da Yukatan adasında yaşayan Maya'lara ait tarihi taşlar üzerindeki resimlerde ve Kuzey Ohio bölgesindeki höyüklerde tütünün kullanılma şekillerine ve pipo resimlerine rastlanmaktadır (12,13).

Avrupalılar tütünü 1492 yılında Küba'ya ayak basan Christopher Columbus sayesinde tanımışlardır. Columbus, yerlilerin tütün içtikleri saz borusunun adı olan "Tobacco" yu bitkiye isim olarak vermiştir (13,14). Tütün hakkında ilk bilginin verildiği kitap, 1499 yılında kaleme alınan 1505 yılında ilk baskısı yapılmış olan Amerigo Vespucci'nin eseridir. Vespucci eserinde bizzat kendisinin şahit olduğu şeyleri anlatmış, yerlilerin tütünü nasıl kullandıklarını ve bunun tedavi maksatlı olabileceğini belirtmiştir (15).

Romano Pane adlı piskopos ilk kez tütün tohumu getirerek, 1518'de İspanya Kralı Şarlken'e sunmuş ve bu tarihten itibaren İspanya'da tütün tarımı başlamıştır (13). Tütün hakkında bilgi ve teorileri içeren ilk büyük çalışma, yine İspanya kraliyet doktorlarından Monardes'in Yeni Dünyadaki Tedavi Edici Bitkilerin Tarihi adlı kitabıydı. 1571 yılında basılan bu kitap, Amerika'ya seyahat etmiş insanların anlattıklarına Francisco Hernandez'in raporlarına dayanılarak hazırlanmıştı. Bu kitabın içerisinde bir bölüm sadece tütüne ayrılmıştı. Bu bölümde tütün yetiştirme ve kullanma şekillerinden bahsedilmekte, diş ağrısından kansere, susuzluktan açlığa, yirmiden fazla derde çare olduğu belirtilmektedir (15).

Tütünün Avrupa'ya yayılımı 1559 yılında Portekiz'de Fransa elçisi olarak bulunan Jean Nicot sayesinde olmuştur. Elçi 1560 yılında Fransa Kraliçesi Catherine de Medicis'e tütün tohumu göndermiştir. Saray bahçesine ekilen tohumlar çiçek açtıktan sonra kraliçenin

migren türü baş ağrısını geçirdiği için bu tarihten sonra tütünün keyif ve cesaret verici özelliklerinden başka ilaç olarak da etkili olduğu Avrupa'ya yayılmıştır. Kraliçenin tütüne gösterdiği ilgiden dolayı “Kraliçe otu” adı verilmiştir. Daha sonra Jean Nicot’ un bu bitkiye gösterdiği ilgi nedeniyle tütün bitkisine “Nicotiana” ve 1828’de bulunan alkoloide de “Nicotin” ismi verilmiştir (13,15).

Osmanlı’da Tütünün Tarihçesi

Tütünün Osmanlı İmparatorluğuna girişi ile ilgili ilk geniş bilgiye, Peçevi İbrahim Efendi’nin 1520-1640 yılları arasındaki olaylardan bahseden Peçevi Tarihi adlı eseri ile Hezarfen Hüseyin Efendi’nin Telhisü’l-Beyan Fi Kavanin-i Al’i Osman adlı eserinde yer verilmektedir. Bu eserlerde, tütünü 1600 yılı başlarında İngiliz keferesinin getirdiği, rutubetten ileri gelen bazı hastalıkları tedavi eder diye sattıkları, keyif ehli olanlardan bazılarının keyif vasıtası olarak buna alıştığı, keyif ehli olmayanların, hatta ilim ve devlet adamlarından ileri gelenlerin dahi tütüne müptela olduğu belirtilmektedir (16,17).

1874 yılında sigara ve paket tütün üretimi yapan fabrikalar kurulmuştur. Bu dönemde tütün tarımı serbest olarak devam ediyor ve tütün satış fiyatları kayıtlara tabi idi. 1883 yılında yapılan bir şartname ile tütün inhisarlarının işletilmesi hakkı 30 sene süreyle “Memalik-i Osmaniye Duhanları Müşterek’ül-menfaa Reji Şirketi” adlı Fransız Anonim Şirketine verilmiştir. Reji şirketi 13 Haziran 1921 tarihine kadar faaliyetini sürdürmüştür (17).

TÜTÜNÜN KULLANIM ŞEKİLLERİ

Tütün, insanlar tarafından tanınmasından günümüze kadar geçen zaman içinde çeşitli şekillerde kullanılmıştır (13,14).

- Tütünün doğrudan doğruya dumansız olarak kullanım şekilleri: Çiğneme, enfıye, nikotin preparatları halinde (nikotin suyu, sakızı, lolipopu, bandı, tableti, granülleri, spreyi, elektronik sigara) kullanımı.
- Tütünün yanmasından oluşan dumanın kullanım şekilleri: Tütsü, sigara, puro, pipo, nargile şeklinde kullanımı.
- Tütünün başka amaçlarla sanayide kullanımı: Tohumundan yağ çıkarılır. Gübre olarak kullanılır. Selüloz sanayinde kağıt elde etmek için kullanılır. Böcek ilacı olarak kullanılır. Yapraklarından nikotin çıkarılır. Çiçekleri esans ve kolonya üretiminde kullanılır. Külünden potasyum karbonat elde edilir.

Tütün çeşitli şekillerde kullanılmasına rağmen Dünyada en çok keyif verici olarak kullanılmakta ve ekonomide bu özelliği ile yer almaktadır. Günümüz dünyasında tütün denince akla sigara gelmektedir (13).

SİGARANIN İÇERİĞİ

Sigara dumanı, içinde farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4000'den fazla madde içerir (Tablo 1) (18). Sigara içen ve içmeyen kişiler üzerinde yapılan uzun epidemiyolojik çalışmalar sonucunda DSÖ'ye bağlı Uluslararası Kanser Araştırma Örgütü [International Agency for Research on Cancer (IARC)]'in 2003 yılında yayınladığı raporda sigara dumanı Grup 1 karsinojen olarak sınıflanmıştır (19). Sigara dumanı iki faza ayrılmaktadır; partikül ve gaz fazı. Cambridge glass-fiber filtresi kullanılarak sigara dumanının her iki fazı tanımlanmıştır. Partikül fazı cam fiber filtreden sigara dumanı geçerken içinde hapsolan kısımdan, gaz fazı ise bu filtreden geçen materyalden oluşmaktadır. Katran partikül fazının nem ve nikotin ayrıldıktan sonra geride kalan kahverengi yapışkan bir maddedir. Katran karsinojenik olan aromatik hidrokarbonlar içermektedir (20).

Aktif sigara içen kişinin ağızından çıktığı dumana ana duman (mainstream), sigaranın yanan ucundan gelen dumana ise yan duman (sidestream) adı verilmektedir. Ana akım dumanının %92 - 95'i gaz fazındadır ve 1 mL'de 0.3 – 3.3 milyar parçacık içerir. Sigaranın çevresel etkisinin çoğu (%85) yan dumanından, çok az bir bölümü ise ana dumandan oluşmaktadır. Yan duman ana duman ile karşılaştırıldığında çok yüksek seviyede toksik gaz komponenti içermektedir (21). Partikül fazının her gramında 10^{17} 'den, gaz fazında ise 10^{15} 'ten fazla serbest radikal bulunmaktadır (21).

Sigaradaki hangi maddenin hangi hastalıkla ilişkili olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte sigara komponentlerinin farmakolojik özelliklerine dayanarak elde edilmiş veriler mevcuttur. Kardiyovasküler hastalıklar ile karbonmonoksit (CO), nikotin ve serbest yağ asitleri ilişkili bulunmuştur. CO hipoksiye neden olarak miyokardı doğrudan hasara uğratmaktadır (22). Nikotin fizyolojik dozlarda nabız artışına, periferik ve koroner vazokonstriksiyona yol açması ve pıhtılaşma üzerine etkili olması nedeni ile iskemik kalp hastalığı patogenezinde önemli yer tutmaktadır (23). Neoplastik hastalıkların oluşumunda nikotin ve CO'den çok, çoğu bilinmeyen karsinojenik maddeler sorumlu tutulmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) oluşmasında, partikül ve gaz fazındaki birçok ürünün etkisi ile proteolitik enzimlerin aktive olması, immün mekanizmaların bozulması ve mukosilyer klirensin inhibisyonu etkilidir (24). Sigara dumanında bulunan benzopirenler, oksidan moleküllerin kontrolünde görev alan enzimlerden biri olan mikrozomal epoksit

hidrolazı arttırarak oksidanların yeterince uzaklaştırılmaması sonucu hasara katkıda bulunmaktadır. Mukosilyer fonksiyon üzerine toksik etkili olan ve inhibisyona neden olan sigara komponentleri; akrolein, asetaldehid, formaldehid, hidrojen siyanid ve fenoldür. Nikotin mukosilyer klirens üzerine düşük dozda stimulan, yüksek dozda depresan etki yapmaktadır (25).

Tablo 1. Sigara dumanındaki bazı maddeler (18)

Partikül Fazı	Başlıca etki	Gaz Fazı	Başlıca etki
Tar (katran)	Mutajenik / karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza bağımlı uyarıcı veya parasempatik N-kolinerjik reseptörler üzerine depresör	Nitrojen Oksitler	İrritan, proinflamatuvar, silyotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik / karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuvar, silyotoksik
Fenol	İrritan, mutajenik / karsinojenik	Hidrosiyanik asit	İrritan, proinflamatuvar, silyotoksik
Kresol	İrritan, mutajenik / karsinojenik	Akrolein	İrritan, proinflamatuvar, silyotoksik
b-Naftilamin	Mutajenik / karsinojenik	Amonyak	İrritan, proinflamatuvar, silyotoksik
Benzo(a)piren	Mutajenik / karsinojenik	Nitrosaminler	Mutajenik / karsinojenik
Katekol	Mutajenik / karsinojenik	Hidrazin	Mutajenik / karsinojenik
İndol	Tümör hızlanması	Vinil klorid	Mutajenik / karsinojenik
Karbazol	Tümör hızlanması		

SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya’da Sigara İçme Sıklıkları

Dünya Sağlık Örgütü’nün tahminlerine göre, dünya çapında 1,3 milyar kişi sigara içmektedir; bu sayı 15 yaş ve üzerindeki tüm dünya nüfusunun üçte birini oluşturmaktadır.

Sigara içen nüfusun büyük bir bölümü (800 milyon) gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta ve yine büyük kısmını erkekler oluşturmaktadır (700 milyon). Dünya çapında erkeklerin %47 kadarının, kadınların da %12'sinin sigara içtiği tahmin edilmektedir (26).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1990'lı yıllar için sigara içme sıklığı tahminleri gelişmiş ülkelerde erkeklerde %42, kadınlarda %24, gelişmekte olan ülkelerde ise erkeklerde %48, kadınlarda %7'dir. Yine DSÖ'nün elde edilen en son veriler ışığında 2002 yılında yaptığı tahminlere göre gelişmiş ülkelerde erkeklerin %35'i, kadınların %22'si sigara içerken gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin %50'si, kadınların %9'u sigara içmektedir (27,28). Sigara içme sıklığının gelişmiş ülkelerde azalma eğiliminde olduğu, gelişmekte olan ülkelerde ve kadınlar arasında yaygınlaştığı söylenebilir.

Sigara epidemisinin en önemli noktalarından birisi de sigaraya başlama yaşlarıdır. Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16'dır. Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin sigara bağımlısı olduğu bildirilmektedir (2). 1999 yılında yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelerde 13-15 yaşları arasındaki gençlerde sigara içme oranının %10-33 arasında değişmekte olduğu gösterilmiştir (29). Sigara içen gençlerin yaklaşık dörtte biri ilk sigarasını on yaşına gelmeden içmiştir. Adölesan dönemde sigaranın denemesi oldukça yaygındır. Yurt dışındaki değişik çalışmalarda lise öğrencileri arasında sigara deneme sıklığı %70.4 ile %78 oranında bildirilmektedir (30,31).

Türkiye'de Sigara İçme Sıklıkları

Türkiye'de yapılan çalışmalarda gençlerde ortalama sigaraya başlama yaşları 11-18 arasında bulunmuştur (32-35). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 1988 yılında yapılan PİAR araştırmasına göre 15 yaş üstü nüfusta sigara içme sıklığı erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3 ve ortalama %43.6 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada sigara içme ölçütü paket taşıma olarak alınmıştır. Bu nedenle sigara içme düzeyinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Aynı çalışmada sigara içmeyenlerin %14'ünün bir dönem sigara içip bıraktıklarını göstermiştir (3).

1993 yılında yapılan BİGTAŞ (36) araştırmasında 20 yaş üzerinde erkeklerde %57.8, kadınlarda %13,5 ve ortalama %33,6 olarak hesaplanmıştır. En yüksek sigara içme sıklığı %39 ile Trakya Bölgesi'nde, en düşük sigara içme sıklığı ise %29 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndedir. Ayrıca sigara içme sıklığı köylerde oturanlarda %29.1, kentlerde oturanlarda ise %36.9 olarak tespit edilmiştir. Emri ve ark. (37)'nin 2002 çalışmasına göre ülke genelinde 15 yaş üstü erişkin nüfusta sigara içme sıklığı erkeklerde %50.9, kadınlarda %10.9 ve ortalama %35.8 olarak bildirilmiştir. Yakın zamandaki bir başka çalışmada ise 20 yaş ve

üzerindeki popülasyonda erkeklerde %50.9, kadınlarda %10.9 olarak saptanmıştır (38). Türkiye Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasına göre ise erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'u sigara içicisidir. 2000 yılındaki taramalarında erkeklerde sigara içme sıklığı %11 azalmışken özellikle genç kadınlarda artış olduğu bildirilmektedir (39,40).

Ülkemizin içinde bulunduğu Doğu Avrupa bölgesi halen dünyada tütüne bağlı yıllık ölümlerin %25'inden sorumludur ve 2020 yılında bu bölgedeki erişkin erkekler dünyada erken ölüm riski en yüksek grup olarak görülmektedir (41). Ülkemizde gençlerde yapılan prevalans çalışmalarında ortaokul ve lise öğrencilerinde toplam %10-43, üniversite öğrencilerinde %21.2- 48.2 içicilik saptanmıştır (42).

SİGARA KULLANIMININ SAĞLIĞA ETKİLERİ

Genel Sağlık Etkileri

Sigara içenler mortalite etkileri dışında aynı zamanda içmeyenlere göre daha fazla hastalanırlar. İçenler bırakanlara veya hiç içmemişlere göre akut ve kronik hastalığa yakalanarak gündelik aktiviteden daha fazla yoksun kalırlar; daha fazla yatalak gün geçirirler; daha fazla okul veya iş devamsızlığı yaparlar. Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigaradan ölmekte ve bunların yarısı orta yaşlarda ölmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20 - 25 yıl daha kısadır (43). 1990 yılında tüm dünyada hastalıklara bağlı ölüm oranı %2.6 iken, 2020 yılında sadece tütüne bağlı hastalıklardan oluşacak ölüm yükü %9 olarak tahmin edilmektedir. Sigara direkt ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara akciğer kanseri, KOAH ve periferik aterosklerozun (damar sertliği) ana nedenidir. Kalp - damar ve beyin - damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindedir. Sigara 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir. Yakın zamanlarda elde edilen kanıtlar kadınların sigaradan daha fazla zarar görme olasılıkları olduğunu göstermektedir. Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur (43).

Solunum Sistemine Etkileri

Sigara alt solunum yollarının hemen her yerinde patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Bunlar peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyettir. Fonksiyonel bozukluklar

inhale edilen maddelerin klirensinde bozulma, patojen adherensinde artış, anormal vasküler ve epitelial permeabilite artışıdır (43).

Sigara içenlerde birçok solunum fonksiyon bozukluğu geliştiği saptanmıştır. Genel olarak sigara içenlerin 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm [forced expiratory volume in 1 (FEV1)] değerleri daha düşük, FEV1 azalma hızı daha fazladır. Bu her iki etki de doz yanıt ilişkisi gösterir ve kadında erkeğe göre daha dramatiktir. Bu bulguların orta yaşlı bir bireyde gösterilmesi ciddi KOAH riskinin en önemli göstergelerinden birisi kabul edilmektedir. Solunumsal yakınmalar sigara içicilerinde belirgin şekilde artmıştır. Kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne arasında doz - yanıt ilişkisi vardır. Hava yolu epitelinde siliyer kayıp, müköz bez hipertrofisi, goblet hücre sayısında artış ve permeabilite artışı bu semptomlardan sorumlu olan değişikliklerdir (43).

Sigara içimi KOAH için esas risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz - yanıt ilişkisi vardır. Proteolitik ve anti-proteolitik dengesizliğe, bronş aşırı duyarlılığına yol açtığı ve inflamatuvar etkilere yol açtığı gösterilmiştir (43).

Sigara içenlerin %10 - 15'inde klinik olarak belirgin hava akım kısıtlanması ortaya çıkar. Sonuç olarak sigara içenlerde içmeyenlere göre KOAH, pnömoni ve gripten ölümler belirgin şekilde fazladır (43).

Akciğer Kanseri

1964'teki "Surgeon General" raporu ilk kez resmi olarak, sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisini bildirmiştir. Bundan sonra yapılan çalışmalarda da inkar edilemeyecek şekilde sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için hem erkekte, hem kadında başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır. Akciğer kanseri en sık görülen kanser türlerindedir; tüm dünyada yıllık 1.3 milyon ölümlerle en sık öldüren kanserdir ve başlıca sağlık sorunlarından birisi olmaya devam etmektedir. 1991'de ABD'de 161.000 akciğer kanseri olgusu, 143.000 akciğer kanseri ölümü saptanmıştır (43). Ülkemizde yapılmış ilk popülasyona dayalı kanser kayıt çalışmasına göre erkeklerdeki tüm kanserlerin %38.6'sı akciğer kanseridir ve yaşa göre standartlaştırılmış insidans hızı 61.6 / 100.000'dir. Türkiye'deki en büyük veri serisine göre olguların %90.4'ü erkek, %9.6'sı kadındır ve %79.5'i küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK), %20.5'i küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK)'dir. Ülkemizde yılda 20.000 - 40.000 arasında akciğer kanserine bağlı ölüm olabileceği tahmin edilmektedir (43).

Yakın zamanlara kadar akciğer kanseri prevalansı erkekte stabil kalırken kadında dramatik bir şekilde artmaya devam etmektedir. Halen ABD’de akciğer kanseri kadınlarda da en önemli kanser ölümü nedenidir (43).

Diğer Kanseler

Amerika Birleşik Devletleri’nde tüm kanser ölümlerinin 1/3’ü sigaraya bağlanmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (örneğin, ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks) ilişkili olduğunu göstermektedir. Genellikle bu bölgelerde kanser gelişme riski akciğer kanseri riskinden daha azdır. Belirgin olarak sigara içenlerde sigara ile ilişkili bir kanser ortaya çıktığında ikincil bir sigara ile ilişkili kanser çıkma riski daha fazladır (43).

Kardiyovasküler Sisteme Etkileri

Birçok prospektif çalışma hem kadın hem erkek sigara içicilerinde miyokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp atakları, koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Sigara içenlerde KAH insidansı 2 - 4 kat fazladır. KAH’dan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Ayrıca sigara, KAH’ın hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir (43).

Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine yol açar. Akut olarak sigara oksijen ihtiyacını arttırarak veya kan akımını azaltma yolu ile oksijen sunumunu azaltarak miyokard iskemisine yol açar. Bu değişiklikler koroner arter spazmı ve / veya trombosit agregasyonu ve adhezyonu ile sonuçlanabilir. Ayrıca sigara özellikle ventriküler fibrilasyon olmak üzere disritmilerin eşliğini azaltarak ani ölüme yol açabilir. Kronik olarak, sigara içimi muhtemelen tekrarlayan endotel hasarına yolaçarak koroner ateroskleroza neden olur; düz kas proliferasyonunu stimüle ederek trombosit adhezyonunu artırır; LDL - kolesterolü artırır ve / veya HDL - kolesterolü azaltır (43).

Birçok çalışma sigaranın hem kadın, hem erkekte inmelere yol açtığını göstermiştir. Sigara içenlerdeki inme riski içmeyenlerden 2 kat fazladır. Bu risk doza bağlıdır ve gençlerde daha güçlüdür (43).

Gastro-intestinal Sisteme Etkileri

Sigara içme ağız, özofagus, pankreas kanserleri ve kolorektal kanserler için risk faktörüdür. Pankreas kanseri sigara içenlerde içmeyenlere göre 2 kat daha sıktır (43). Mide,

duodenum ülserleri ve Crohn Hastalığı gelişme riski sigara içme ile artar. Sigara içmeyi bırakan hastalarda bu hastalıkların prognozu, bırakmayanlarla karşılaştırıldığında düzelmektedir. Buna karşılık ülseratif kolitte sigara içmenin koruyucu etkisi vardır (43).

Bebek ve Çocuğa Zararları

Gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebekleri ortalama 200 - 250 gr daha hafiftir ve daha erken doğma olasılıkları daha yüksektir. Bundan başka, ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski sigara içen anne bebeklerinde daha yüksektir. Yine sigara içen annelerin bebeklerini yeterince emziremedikleri saptanmaktadır. Emziren anne sigara içtiğinde sütle bebeğine nikotin geçirmektedir (43).

Gebelik sırasında sigara içimi doğmamış çocukta birçok ağır sağlık sorununa yol açabilir. Gebelik sırasındaki sigara içimi erken doğumların %14'ünden ve tüm bebek ölümlerinin %10'undan sorumludur. Annenin sigara içimi bebek ve küçük çocuklardaki astımla da ilişkilidir (43).

Sigara dumanına maruz kalma ve astım, 0-5 yaşları arasında 4331 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada incelenmiş, anneleri en az yarım paket sigara içen çocuklarda toplam 2.1 kat daha fazla astım görülme riskinin olduğu; ilk yaşta ise bu riskin 2.6 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Sigara ve atopi ilişkisi de gösterilmiştir: anneleri sigara içen çocuklarda cilt testlerinde allerji daha sık saptanmış; ebeveynleri sigara içen erkek çocukların kan IgE ve eozinofil düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (43).

Son çalışmalar gebelikteki maternal sigaranın rezidüel gelişimsel sonuçları olduğunu da göstermiştir. Akciğer fonksiyonunda eksiklikler, erken infant dönemde hırıltılı solunum, çocuklukta somatik (boy) büyüme geriliği, standardize testlerde zekada ve davranışlarda küçük defisitler rahim içi duman maruziyeti ile ilişkilidir (43).

Kadın Sağlığına Etkileri

Sigara içmeyenlere göre içen kadınların kısırlık riski daha fazladır ve daha geç gebe kalmaktadırlar. Yukarıda da belirtildiği gibi daha düşük doğum ağırlığı, daha düşük doğum yaşı görülür ve ölü doğum ve doğumla ilgili ölüm riski artmıştır. Bazı yerlerde gebelikte sigara içimi %20 - 30'ları bulmaktadır. Sağlık sonuçları açısından değerlendirildiğinde, kadın ve çocuğun halk sağlığı problemleri açısından öncelikli sorunlarından (43).

Gebelik sırasında sigara içimi doğmamış çocuğa önemli oranda sağlık riskleri getirir. Birçok çalışmada gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebeklerinin içmeyenlerinkine göre ortalama 200 gr daha hafif ve 1 cm daha kısa olduğu saptanmıştır. Sigaraya bağlı intrauterin

büyüme geriliği önemli bir sağlık sorunudur; birçok nedene bağlı perinatal mortalite artışına yol açar. Bundan başka gebelik sırasında veya hamile kalındığı sırada sigara içen kadınlarda spontan düşük ve plasenta previa, plansental ayrılma ve membranların erken yırtılması gibi gebelik komplikasyonları da daha sıktır (43).

Sigara içen bayanların amenore, adet düzensizliği, dismenore (ağrılı adet) ve erken menopoz riskleri daha fazladır. Sigara içen kadınlarda ortalama olarak 1 - 2 yıl daha erken menopoz ortaya çıkmaktadır (43).

Kemik Yoğunluğu ve Kırık Riski

Menopozdaki sigara içen kadınlarda kemik yoğunluğu hiç içmemişlere göre daha düşüktür. Sigara içen kadınlarda hiç içmeyenlere göre kalça kırığı riski daha fazladır (43).

Sigara ve Mesleki Akciğer Hastalığı

Sigara içimi mesleki akciğer hastalığı gelişme riskini arttırabilir ve mevcut işle ilişkili akciğer hastalığını tetikleyebilirler. Sigara içen ve kömür, silika, tahıl ve pamuk tozuna maruz kalan işçilerde içmeyenlere göre kronik bronşit gelişme olasılığı daha fazladır. Riskler birikim göstermektedir. Benzer şekilde sigara dumanı ve pamuk tozu veya silikaya birlikte maruz kalanlarda KOAH riski fazladır (43).

Sigara içimi işyerinde platin ve nemlendirici - ilişkili antijenler gibi antijenlere maruz kalanlarda IgE antikorlarının ve astımın gelişimini arttırır.

Sigara içimi mesleki akciğer kanseri gelişiminde de önemli rol oynar. Asbest, radon, arsenik, dizel eksozu, aromatik aminler ve silikaya maruz kalan sigara içen işçilerde içmeyenlere göre kanser gelişme riski daha fazladır. Asbest ve radon ürünleri gibi iki maruziyet için risk sinerjistikdir. Örneğin sigara içmeyen asbest yalıtım işçisinde akciğer kanseri riski 5 kat artmışken sigara içen asbest yalıtım işçisinin riski 50 kat fazladır (43).

Diğer Sağlık Sorunları

Sigara içimi yüzde erken yaşta kırışıklıklar oluşması, kadınlarda osteoporoz, erkeklerde seksüel disfonksiyonla ilişkilidir. Graves Hastalığı, katarakt, makuler dejenerasyon, dejeneratif disk hastalığı, uyku bozuklukları ve depresyonla ilişkili olabilir. Tütün dumanı içerikleri propranolol, propoksifen ve teofilin gibi ilaçlarla etkileşebilir (43).

Sigara, yol açtığı hastalıkların tedavisi amacıyla uygulanan ilaçların etki gücünü de azaltmaktadır. Sigara dumanında bulunan bazı maddeler karaciğer enzim sistemlerini harekete geçirerek ilaç metabolizmalarını da olumsuz etkiler. Örneğin, KOAH'da sık kullanılan

teofilinlerin yarılanma ömrü sigara içicilerde %50 kısalmaktadır. Antiaritmikler, steroidler, antikoagülanlar, insülin gibi ilaçların metabolizmaları da etkilenecek, kronik hastalıkların tedavileri sigara içimi ile zorlaşmaktadır (43).

Sigara içenlerde hem romatoid artrit, hem romatoid akciğer tutulumu riski artmıştır. Sigara içicilerin katarakt riski ve yaşla ilişkili maküler hasar riski artmıştır (43). Anksiyete (huzursuzluk) bozuklukları, bulimia (psikojenik aşırı yeme ve kusma), depresyon, dikkat azlığı bozuklukları ve alkolizm görülen kadınlarda sigara içme oranları daha fazla bulunmaktadır. Bu bozukluklarla sigaranın ilişkisi araştırılmaktadır. Son 20 yılda yapılan araştırmalar sigaranın daha fazla cilt kırışıklıklarına neden olduğu ve içenlerin daha az etkileyici ve daha yaşlı görünmelerine yol açtığını kanıtlamıştır (43).

Pasif Sigara Maruziyeti

Aktif sigara içimine bağlı birçok zararlı etkinin pasif sigara maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği artık bilinmektedir. İlk kez 1981’de Japon bir araştırmacı 91.000 ev hanımında yaptığı çalışma ile kocası sigara içenlerde akciğer kanseri riskinin fazla olduğunu göstermiş ve bu birçok çalışma ile teyid edilmiştir (43). Başkasının dumanına maruziyet (pasif sigara, çevresel sigara dumanı-ÇSD) içmeyen insanlarda ölüm ve bazı hastalıklara yol açmaktadır. ÇSD erişkinlerde koroner arter hastalığı, akciğer kanseri, nazal sinus kanseri, inmeler, meme kanseri, servikal kanser ve düşüklere, çocuklarda da ani bebek ölümü sendromu, fetal büyüme geriliği, bronşit, pnömoni, otitis media, davranış ve biliş üzerine olumsuz etki, astım oluşumu, kistik fibrozis alevlenmelerine neden olmaktadır. Dünya genelinde her yıl 600.000 masum insan başkasının dumanından – duman altı olmaktan – ölmektedir. En önemli zararları çocuk ve gebelerdir. Ülkemizde her yıl 8750 kişinin başkasının dumanından öldüğü hesaplanabilir (43).

1992’de ABD’de çevresel koruma ajansı (EPA) ÇSD’yi Sınıf A (bilinen insan) karsinojen olarak tanımlayan bir rapor yayımlanmıştır. Bu rapora göre ABD’de her yıl 3000 yeni akciğer kanseri, içmeyen kişilerdeki pasif sigara maruziyetine bağlıdır. Çok yeni, büyük bir prospektif çalışmada ÇSD’ye çocukken sık maruz kalmanın akciğer kanserini 3.63 kat (%95 GA (Güven Aralığı): 1.19-11.11) arttırdığı gösterilmiştir (43).

İstemsiz sigara dumanı maruziyeti ile KAH riski arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma içenlerle aynı evde yaşayan içmeyenlerin riskinin %20-50 daha fazla olduğunu göstermiştir. Dahası birçok çalışmada maruziyet dozu-yanıt ilişkisi de gösterilmiştir. Amerikan Kalp Birliği 1.2 kat daha az bir risk bile olsa çevresel sigara dumanı maruziyetine bağlı olarak yılda 30.000 - 40.000 fazladan kalp hastasının ortaya çıktığını bildirmiştir (43).

Ev içinde ÇSD'ye maruz kalan çocuklarla ilgili çalışmalar solunumsal hastalık riskinin belirgin derecede arttığını göstermiştir. Ayrıca anne karnında sigaraya maruz kalan infantlarda yaşamın ilk 2 yılında pnömoni, bronşiolit ve bronşit gibi solunumsal hastalıklar daha fazladır. Babanın sigara içimi ve ev içindeki toplam içici sayısı da riski artırmaktadır. EPA raporuna göre ÇSD, ABD'de her yıl, 18 ay ve daha küçük bebeklerde 150.000 - 300.000 fazladan alt solunum yolu hastalığına yol açmaktadır (43). Öksürük, balgam ve hırıltı anne - babaları sigara içen çocuklarda daha siktir. Pasif sigara ile çocukluk astımı arasında ilişki vardır. İngiltere'de her yıl 17.000 çocuğun ÇSD nedeniyle hastanelere yatırıldığı bildirilmektedir. İstemsiz sigara çocukların akciğer fonksiyonlarının gelişim hızını düşürür. İçicilerin evlerinde yaşayan çocuklarda bronş duyarlılığı artmıştır (43).

Ülkemizden bir çalışmada çocukların %70 kadarının evinde en az bir kişinin sigara içtiği saptanmış, ülke ortalaması olarak çocukların %75 kadarının pasif sigaraya maruz kaldığı bildirilmiştir (43).

SİGARANIN BIRAKILMASININ SAĞLIK AÇISINDAN YARARLARI

On yıl ya da daha uzun süre sigara içenlerde, içmeyenlerle karşılaştırıldığında ölüm, hastalık ve sakatlık oranları önemli ölçüde daha yüksektir. Bununla birlikte, sigara içmeyle ilişkili istenmeyen etkilerin çoğu sigaranın bırakılmasıyla düzelen geri dönüşlü etkilerdir. Özellikle solunum sistemi açısından risk, sigara bırakılmasından sonra yıllarca sürse de, belirli organ sistemleri açısından risk sigaradan uzak durmanın süresiyle uyumlu olarak azalmaktadır (43). En büyük yarar sigaranın genç yaşta bırakılmasıyla elde edilmekle birlikte, orta yaşlarda bırakılması bile fazla riskin çoğunu ortadan kaldırmaktadır. Böylece sigarayı bıraktıktan 15 yıl sonra ölüm riski, hiç sigara içmemiş olanlardakine eşdeğer olmaktadır (43).

Solunum Sistemine Etkileri

Sigara bırakılmasından sonra birkaç ay içerisinde akciğer fonksiyonları yaklaşık %5 düzelmektedir. Sigaradan uzak durulduğu taktirde, akciğer fonksiyonlarındaki azalma hızı yavaşlamaya başlamakta ve KOAH gelişme riski azalmaktadır (43). Aynı şekilde, sigaranın bırakılması akciğer kanseri riskini, premalign histolojik değişikliklerin derecesini, ilerlemesini ve başka neoplazmaların gelişme riskini azaltmaktadır. Sigaranın bırakılması kanserli hastalarda sağ kalımı da artırmaktadır. Kanser riskindeki azalmanın boyutu sigaradan uzak durulan süreyle birlikte artmaktadır: 10 yıl sonra risk %30 - 50 azalmaktadır (43).

Kardiyovasküler Sisteme Etkileri

Koroner kalp hastalığına ilişkin fazla risk sigaranın bırakılmasından sonra bir yıl içinde yarıya inmekte ve 15 yıl sonra sigara içmeyenlerdeki risk ile eşitlenmektedir. Aynı şekilde inmeyle ilişkili fazla riskin, sigaranın bırakılmasından sonra 5 - 15 yıl içinde sigara içmeyenlerdeki düzeye döndüğü bildirilmektedir. Periferik damar hastalıkları bulunan hastalarda prognoz, sigaranın bırakılmasıyla önemli ölçüde düzeltilmektedir (43).

Gastro-intestinal Sisteme Etkileri

Genel olarak Crohn Hastalığı bulunan ve en az bir yıl boyunca sigara içmeyen hastalarda hastalığın seyri sigara içmeyenlerdekine benzer şekilde daha selim olmaktadır. İleriye yönelik, 12 - 18 ay süreli bir kohort çalışması sırasında sigarayı içmeyi sürdürenlerde Crohn Hastalığındaki alevlenme oranı (%46), sigarayı bırakanlardakine göre (%23) iki kat daha yüksektir. Ranitidin ile idame tedavisi sırasında sigara içmeyi sürdürenler ile karşılaştırıldığında (%25), sigarayı bırakanlarda (%14) daha az ülser nüksü bildirilmiştir (43).

Yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş olanlarda oranlar en düşük olmakla birlikte, sigara içmeyi sürdürenlerle karşılaştırıldığında, sigarayı bırakanlarda kolorektal kanser mortalitesinde belirgin azalmalar gözlenmiştir (43).

Üreme Sistemine ve Gelişmeye Etkileri

Sigara içmenin doğurganlığı azalttığı öne sürülmekte ve gebe kalmakta zorluk çeken kadınlara sigara bırakması önerilmektedir. Ayrıca, gebelikte sigaranın bırakılması fetal gelişme geriliği, erken doğum ve perinatal mortalite gibi olumsuz sonuçların azalması açısından en etkili yöntem olarak değerlendirilmektedir (43).

SİGARA İÇMEYLE İLİŞKİLİ MALİYETLER

Tütün kullanımı, sigara içmeye bağlı morbidite ve mortalitenin sağlık hizmetleri açısından oluşturduğu yükten kaynaklanan çok büyük sosyal ve ekonomik maliyetlere yol açmaktadır. Bunlar arasında sigara içenlerin neden olduğu maliyetler (sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların kullanılması, işe devamsızlık, iş gücü kaybı, hastalık nedeni ile yapılan ödemeler, vb.) ve çevredeki sigara dumanının zararlı etkilerinin neden olduğu maliyetler de bulunmaktadır (43,44).

Dünya bankası verilerine göre her yıl tütünün yol açtığı ekonomik zarar 200 milyar dolardır. ABD’de 1993’te sigaraya bağlanabilen tıbbi giderler 50 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. İşgücü ve üretim kaybı da eklendiğinde kayıp 97 milyar dolar veya kişi başına

373 dolardır. Bu maliyetlerin sigara içenler tarafından vergi şeklinde karşılanabilmesi için her paketin 4 dolar zamlanması gerektiği hesaplanmıştır. 1995 yılında ABD’de sigara reklamları için harcanan para günlük 5 milyon dolar olup o yılın tüberküloz programının bütçesini karşılayabilecek düzeydedir. 1998 yılında, tıbbi giderlerin maliyeti 75.5 milyar dolara yükselmiş, her sigara içicisinin toplamda (yol açtığı hastalıklar, iş gücü kaybı vb.) 3.391 dolara mal olduğu ve bunun da ABD’de sağlık giderlerinin %8’ini oluşturduğu belirlenmiştir. Ekonomik kayıpların günümüzde, sadece ABD’de 157 milyar dolara ulaştığı bildirilmektedir. Bunun 75 milyar doları direkt kişisel sağlık harcamaları, 82 milyar doları mortaliteye bağlı işgücü kaybıdır (43).

İngiltere’de sigara içmeye bağlı hastalıklar Ulusal Sağlık Hizmetlerine her yıl yaklaşık 1.5 milyar sterline mal olmaktadır. 2030 yılında sigara içenlerin beşte dördünü geliştirmekte olan ülkelerdeki insanlar oluşturacaktır ve tütün kullanımına bağlı hastalıkların yol açtığı ekonomik maliyetler, büyük olasılıkla bu ülkelerin sağlık hizmetlerine çok büyük yükler oluşturacaktır. Tütünün ülkemize verdiği zararın ise 8-10 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır. Bu tablo karşısında sigaranın bırakılmasına yönelik tedaviler tüm sağlık girişimleri arasında maliyet açısından en uygun girişimlerden birisini oluşturacaktır (43).

Ülkemizde sigara içiminin yol açtığı ekonomik zararlara ilişkin bir çalışma bulunmamakla birlikte, sigara içimi ile ilişkili olan akciğer kanserinin maliyeti ile ilgili yapılan 103 kişilik bir çalışmada hasta başına ortalama maliyet 14.306 dolar, çalışma grubundaki toplam maliyet 1.473.530 dolar bulunmuştur (44).

TÜTÜN KONTROLÜ

Tütünün kontrolü birçok sektörün işbirliğini gerektirir. Özellikle tütünle mücadelenin işsizliğe yol açmayacağı, ekonomiye zarar değil yarar sağlayacağı ortaya konması, yoksullukla mücadelede sigara ile mücadelenin önemini ortaya konması önemlidir. Ülkemiz gibi yoğun tütün tarımı yapılan ülkelerde bile tütün kontrolünün ekonomiye zarardan çok yarar getirdiği bildirilmektedir. Kapsamlı tütün kontrol programı uygulayan birçok ülkede tütün tüketimi hızla azalmış ve sonuç olarak kanserler, kalp hastalıkları ve diğer dolaşım sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve düşük doğum ağırlığı insidanslarında azalma sağlanmıştır (43).

Tütün kontrol faaliyetlerinden amaç tütün ürünlerine olan talebi azaltmaktır. Talepteki bu değişim tütün ürünleri için yapılan harcamaların diğer mal ve hizmetlere kaymasını sağlayacaktır. Tütün endüstrisi zarar görse de diğer sektörler yararlanacak, işsizlik olmayacaktır. Dünyada birçok yönetim tütün kontrolünün istenmeyen ekonomik sonuçları

olacağı endişesi ile harekete geçmekte tereddüt etmiştir. Tütün talebinde düşme olması ile birlikte kitlesel iş kayıpları yaşanacağı, tütünden alınan vergi gelirlerinin kaybedileceği, vergi oranlarının arttırılması ile kaçakçılıkta kitlesel artışa neden olunacağı gibi görüşler sürekli gündemde olmuştur. Tütün üretimi ile ilgili işler ülkemizde, Bangladeş, Mısır, Filipinler ve Tayland'da imalat ile ilgili işlerin %2.5-5'ini oluşturmaktadır. İnsanların tütüne para harcamaktan vazgeçmeleri durumunda genellikle onun yerine başka ürünlere para harcayacakları ve böylece olası iş kaybını telafi edecek alternatif iş kaynakları yaratacakları gerçeği dikkate alınmalıdır (43).

Sigara vergilerinin devlet bütçelerine etkilerini incelemek için geliştirilen bir modelde, sigaralardan alınan vergi kesintilerinde tüm dünyada %10 oranında orta derecede bir artış yapılmasının ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak tütün vergilerinden elde edilen geliri yaklaşık olarak yüzde yedi oranında arttıracığı sonucuna varılmıştır (43).

Reklam ve promosyon yasakları, toplumun bilgilendirilmesi ve uyarı etiketleri gibi bazı fiyat dışı önlemlerin geliri azaltması beklenebilir. Nikotin replasman tedavisinin ödenmesi ve sigarayı bıraktırmaya yönelik diğer çabalar da tüketimi, dolayısıyla geliri azaltacaktır. Ancak, gelir üzerinde ortaya çıkabilecek bu tür bir etki kademeli olarak gerçekleşecektir ve bu durum her ne olursa olsun vergi artışlarını da içeren kapsamlı bir kontrol paketi ile gelirden olası net artışa yol açacaktır (43).

Ayrıca tütün kontrolündeki nihai hedef insan sağlığına yarar sağlamak olduğundan tütün tüketiminin tütün vergi gelirlerinin azalacağı noktaya kadar düşmesi istenir bir sonuç olacaktır. Aynı zamanda yönetimler tütün vergilerinden elde edilen gelirin yerini alacak alternatif bir gelir yada tüketim vergisini devreye sokma serbestisine sahiptirler (43).

Tütün Kontrol Yöntemleri

Tütün kontrol yöntemlerinin uygulanması için ulusal ve uluslararası birçok sektörün işbirliği şarttır. Kontrol programı için aşağıdaki basamaklar önerilmektedir (43):

1. Çocukların - ergenlerin tütün bağımlılığına yakalanmalarının önlenmesi: Ergenler arasındaki sigara içiciliğini etkileyen en önemli unsurlardan birisi sigara fiyatlarıdır. Sigara fiyatlarının vergiler yoluyla artırılmasının vergi kaybına uğramadan sağlığa büyük oranda katkısı olacağı bildirilmekte ve DSÖ, Uluslararası Kanser Savaş Örgütü [International Union Against Cancer (UICC)] gibi kurumlarca tütün kontrol yöntemi olarak önerilmektedir.
2. Tütün kullanımı için cesaret kırıcı mali politikalar uygulamak, büyümeden ve fiyatlardan daha hızlı artan bir vergilendirme sistemi.

3. Artırılan vergilerden elde edilen paraların bir kısmını tütün kullanımını önlemeye ve sağlığı geliştirmeye yönelik etkinliklere ayrılması.
4. Çevresel sigara dumanına istemsiz maruziyetin önlenmesi.
5. Sosyo-ekonomik, davranışsal ve diğer yüreklendirici tütün kullanmaya yönelten faktörlerin ortadan kaldırılması.
6. Direkt ve indirekt reklam, promosyon ve sponsorlukların ortadan kaldırılması
7. Tütün ürünlerinin kontrolü: Çarpıcı sağlık uyarılarının paketlere konması ve reklamların tamamen önlenmesi; tütün ürünlerinin ve tütün dumanının toksik içeriklerinin limitlerinin belirlenmesi ve paketler üzerinde zorunlu olarak belirtilmesi.
8. Tütün üretimi ve fabrikasyonuna alternatif ürünlerin promosyonu ve desteklenmesi.
9. Tütünle ilgili konuların etkin yönetimi, izlem ve değerlendirmesi.

Başlamanın önlenmesi: Başlamanın önlenmesinde birçok yöntem denenmiş, denenmektedir. Ancak bu günümüzde, özellikle sosyo-ekonomik yönden gelişmiş ülkelerde tütün kontrolünün en zor problemlerinden birisi olarak görülmekte, gelişmiş ülkeler çok yüksek bütçeli, yoğun çabalar göstermektedir. Ekonomik önlemler ve yasaklar dışında burada kısaca eğitime değinilecektir; 1994 yılında ABD’de yayınlanan, okullardaki tütün kullanımını engellemeye yönelik bir kılavuza göre eğitim çalışmalarının 6-8. sınıflarda başlaması gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca tüm okullarda tütün kullanılmasını engellemeye yönelik eğitim programının, tütünün yol açtığı negatif psikososyal etkilerin anlatıldığı, tütün kullanmayı engelleyici becerilerin kazandırıldığı ana konuları içermesi gerektiği vurgulanmıştır. Tüm okullarda ihtiyaca göre bu eğitimin dernekler, basın, aileler tarafından desteklenmesi önerilmiştir. 2000 yılı “Surgeon General” raporunda, okullardaki sağlık ve tütün kullanımını engelleme programının aşağıdaki konuları mutlaka içermesi tavsiye edilmektedir (43):

1. Tüm okullarda tütün kullanımına karşı bir okul politikası geliştirilmelidir. Okuldaki öğretmenlere, görevlilere, ziyaretçilere ve tüm öğrencilere okul sınırları içinde sigara içilmesi yasaklanmalıdır
2. Tüm okullarda tütün kullanımını engellemeye yönelik eğitim programı 6 - 12. sınıfları kapsayacak şekilde yaş grupları belirlenerek oluşturulmalıdır.

3. Tüm okullarda bu eğitim programı çerçevesinde öğrencilere sigara içmenin nedenleri, zararları ve sonuçları anlatılmalıdır. Sigara içmemek için davranışsal beceriler kazandırılmalıdır.
4. Tütün kullanılmasını engelleyecek eğitim programı müfredata sokulmalı ve uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmelidir.

Araştırmalar insanların sosyal, psikolojik ve farmakolojik faktörlerin etkisi ile sigara içtiğini göstermiştir. Sigaraya başlatan faktörlerle sürdürülmesine neden olan faktörlerin genellikle farklı olduğu kabul edilmektedir. Sosyal ve ailesel faktörlerin sigaraya başlamada özellikle önemli olduğu düşünülür. Aile bireylerinin ve arkadaşların sigara içmesi ergenlikte sigaraya başlama ile yakından ilişkili iken nikotin bağımlılığı, genetik ve psikososyal faktörler sigara içme davranışını sürdürmede önemlidir. Genetik faktörlerin de sigara içme durumunu etkilediği gösterilmiştir. Genetik kanıtlara karşın sigara içme davranışı çok yönlüdür. 20 yıl boyunca günde 1 paket sigara içen bir kişi 1 milyon kez duman inhale etmiştir; bu tekrarlayıcı hareketler günlük hayatta çok güçlü uyarılmaya yol açar. Sigara ile ilişkili uyarılmanın özellikle sosyal ve stresli ortamlardaki nüklere katkısı olduğu saptanmıştır. Aile ve arkadaşların sigara içimi bırakmayı zorlaştıran faktörlerdir (43).

Sigara ile mücadelede asıl başarı, sigaraya başlamanın engellenmesi ile sağlanacaktır. Ancak göz ardı edilemeyecek bir diğer gerçek, milyonlarca bireyin sigara içmeyi sürdürdüğü ve bu bireylerin yarısının sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle zamanından önce ölecekleridir. Sağlık çalışanları, sigara kaynaklı çoğu kronik hastalığın neden olduğu sağlık, zaman, iş gücü ve yüksek tedavi maliyeti kayıplarını önlemek ya da en aza indirmek için sigara içenlerin bırakmasına yardım etmeyi görev olarak benimsemelidir. Sigara içmek kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Sigara tüketimine bağlı hastalık riskini azaltmak, hasta olanlarda hastalığın ilerleme hızını yavaşlatmak ve sağ kalım beklentisini artırmak; sigara tüketimine bağlı hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan iş gücü kaybı ve sağlık harcamalarından kaynaklanan maddi kayıpları önlemek, sigara bırakma tedavisinin en önemli hedefleridir (43).

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ

Sigara bırakma tedavisi ve bunun yaygın bir şekilde sunulması tütün kontrolünün en önemli yöntemlerinden birisidir. Ülke çapında her yıl on binlerce insanımızın yaşamının kurtarılmasında ve sağlığın geliştirilmesinde katkısı olmasını dileyen her hekim için sigara alışkanlığı ve bağımlılığının tedavisi en iyi fırsatlardan birisidir. Günümüzde, doktorların

hastalarına sigara bırakmayı önerme oranı ABD’de sağlık kuruluşları için bir kalite standardıdır. Sigara bırakma tedavileri konusunda şu genel ilkeleri sayabiliriz (43):

1. Sigara bağımlılığı, sıklıkla tekrarlayan girişimler gerektiren kronik bir durumdur. Ancak uzun süreli ve hatta kalıcı bıraktırma sağlayabilen etkili tedaviler vardır.
2. Etkili sigara bağımlılık tedavileri bulunduğundan sigara kullanan her hastaya bu tedavilerden en az birisi sunulmalıdır. Bırakmayı denemeyi istemeyenlere motivasyonlarını artırmaya yönelik girişim yapılmalıdır.
3. Hekim ve sağlık kuruluşunun her içicinin uygun bir şekilde saptanması, belgelenmesi ve tedavisini gerçekleştirmesi çok önemlidir.
4. Kısa süreli bir bağımlılık tedavisi bile etkilidir ve sigara kullanan her hastaya bu olanak sunulmalıdır.
5. Sigara bıraktırma önerilerinin etkinliği ile yoğunluğu arasında bir doz-yanıt ilişkisi vardır. Kişiler arasında şahsen yapılan tedavi girişimleri (örneğin bireysel, grup veya yönlendirici telefon konuşmaları gibi) etkilidir ve tedavinin yoğunluğu (temas süresi) ile tedavinin etkinliği ilişkilidir.
6. Üç tip öneri ve davranış tedavisi özellikle etkili bulunmuştur ve sigara bırakmaya çalışan her hastada kullanılmalıdır.
 - Pratik başa çıkma önerileri (sorun giderme becerilerinin öğretilmesi).
 - Tedavinin bir parçası olarak sosyal destek sağlanması.
 - Tedavi dışı sosyal desteği sağlamaya yardım.
7. Sigara bırakmada birçok etkili farmakoterapi bulunmaktadır. Kontrendikasyonlar dışında sigarayı bırakmaya çalışan tüm hastalarda bunlar kullanılmalıdır. Uzun süreli sigara bırakmayı inanılır düzeyde arttırdığı saptanan birinci basamak farmakoterapiler: Nikotin replasman tedavisi (bant, sakız, inhaler, nazal sprey), varenicline ve bupropion’dur. Birinci basamak farmakoterapi etkisiz kaldığında düşünülecek ikinci basamak farmakoterapiler rimonabant, clonidine, nortriptyline’dir.

Yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı üzere sigaranın bırakılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından biri farmakoterapi, diğer ise bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Her iki yöntem de tek başına etkili olup, iki yöntem birlikte uygulandığı zaman bırakma oranlarını artırmaktadır. Tedavinin başarısı, yoğunluğu ile doğru orantılıdır. Hastalar herhangi bir nedenle polikliniğe başvurduklarında hekimin kısa süreli görüşmesi bile sigarayı bırakmak için motivasyon sağlamaktadır (43).

Sigaranın Bırakılmasında Davranışçı Girişimler

Sigaranın bırakılmasına yönelik davranışçı girişimlerin çoğu etkilidir ve standart tıbbi uygulamaların bir parçası olarak uygulanmalıdır. Girişimler kısa önerilerden özel personel tarafından yürütülen kapsamlı programlara dek değişmektedir (43).

1. Kısa girişimler: Tüm sağlık görevlilerinin ve sağlık hizmeti sunmak için oluşturulan sistemlerin her zaman, sigara içen kişileri belirlemesi ve sigara içme durumlarını belgelemesi gerekir. Sigara tiryakilerinin etkin bir şekilde belirlenmesinden sonra sağlık görevlilerinin yapacağı kısa (3-5 dakikalık) öneriler sigarayı bırakma oranının artırılmasında etkilidir (43).

Yinelenen girişimlerin sigaradan uzak durulmasını sağlayacağı varsayımıyla, hekimlerin, sağlık sorunları nedeniyle başvuran sigara tiryakilerine her seferinde sigarayı bırakmayı tavsiye etmelerinin yerinde olacağı düşünülmektedir. Bunun için bazı kanıtlar da vardır; sigarayı bırakmaya çalışan hastaların hekim tarafından izlenmesinin sigarayı bırakma oranını iki katına çıkarabileceği gösterilmiştir (43).

2. Davranışçı bireysel ve grup tedavisi: Sigarayı bırakma konusunda uzman danışmanlar tarafından yürütülen davranış tedavisi programları, ister bireysel ister grup bazında olsun, sigarayı bırakma oranlarının artırılmasında etkili olan bir başka yoldur (43).

Davranış tedavisi oldukça kapsamlı bir şekilde değerlendirilmiştir ve bu tür programlara katılmaya istekli sigara tiryakileri için bir yıl sonra ortalama %20 olduğu düşünülen sigarayı bırakma oranları %10-30'dur. Sigara tiryakileri etkinlik sağlama gerekçesiyle çoğunlukla gruplar halinde tedavi edilmektedir ve grup üyelerinin birbirini teşvik etmek üzere baskı uygulayabileceği düşünülmektedir. Başarı oranları ve yüz yüze yapılan seansların sayısı ve sigara tiryakisi ile hekim arasındaki toplam temas süresi arasında bir doz yanıt ilişkisi vardır. Bununla birlikte seansların optimum sayısı ve süresi bilinmemektedir. Genellikle bir hafta arayla yapılan 10-30 dakikalık 4-8 seanstan oluşmaktadır (43).

3. Kendi kendine yardım materyalleri: Davranışçı girişim yöntemleri broşürler ve el kitapları, odyo teypler, videoteypler ve bilgisayar programları gibi, kendi kendine yardım materyalleri aracılığıyla da uygulanabilir. Bu yöntemler, bir terapistin yaptığı girişimlerle karşılaştırıldığında çok daha fazla sayıda kişiye ulaşabilir. Bu materyaller sigarayı bırakan insanların sayısında küçük bir artış sağlayabilirse de, başlıca önemleri klinisyenin tavsiyelerine yardımcı olmalarıdır. Kendi kendine yardım materyallerinin, destek sağlamaksızın etkili olduğunu düşündüren kanıtlar çok azdır (43).

4. Özel yardım hatları: Ambulatuvar sağlık hizmeti uygulamalarının geliştirilmesi açısından çok büyük bir potansiyele sahip olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinin

sunulmasında telekomünikasyon olanaklarından yeterince yararlanılmamaktadır. Özel telefon hatları aracılığı ile doğrudan yardım hizmeti verilen erişkinlerde, özellikle hastalar geri aranarak aktif danışmanlık hizmeti verildiğinde kabul edilebilir düzeyde sigara bırakma oranları bildirilmiştir. Telefon aracılığı ile verilen danışmanlık hizmetlerinin, girişimin başlıca aracı olarak değil de, iyi tanımlanmış davranışçı tedavi programlarına ek olarak daha etkili olduğu öne sürülmüştür. Bu durumlarda sigaranın bırakılmasına yardımcı olmak üzere oluşturulmuş özel yardım hatları uygun bir seçenek olabilir (43).

5. Diğer tedaviler: Davranışçı tedaviye ek olarak, sağlık görevlilerinin verdiği tedavi içi destek biçiminde ve aileden, arkadaşlardan ve toplumun diğer üyelerinden gelen motivasyon desteği de sigara tiryakilerinin sigarayı bırakmasına yardımcı olmaktadır. Sigaranın bırakılmasını teşvik etmek amacıyla bilgisayar aracılığı ile oluşturulmuş mektuplar gönderilmesinin etkili bir yöntem olduğu görülmüştür. Egzersizin sigarayı bırakmaya yardımcı olduğuna ilişkin bazı kanıtlar mevcuttur. Sigaranın bırakılmasında potansiyel yardımcı yöntemler olarak akupunktur ve hipnozun etkinliği tartışmalıdır (43).

Sigaranın Bırakılmasında Farmakoterapi

Bağımlı bir kişide sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum sigarayı bırakmaya çalışan kişilerin başarısızlığında en önemli rolü oynamaktadır. Bugüne kadar geliştirilen tedavi yöntemlerinde hedef, nikotin yoksunluğunu ve yoksunluk belirtilerini önlemektir. Günümüzde tüm kılavuzlarda yer alan, TC. Sağlık Bakanlığı ve Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi [Food and Drug Administration (FDA)] onaylı iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır; nikotin replasman tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapi (bupropion hidroklorid) (43).

1.Nikotin replasman tedavisi: Nikotin bağımlılığı, tütün bağımlılığında önemli bir ögedir ve bu nedenle nikotin replasman tedavisi (NRT) sigaranın bırakılmasına yönelik farmakolojik temelli standart bir yaklaşımdır (43).

Nikotin Replasman Tedavisi çeşitli yöntemlerle vücuda nikotin sağlayarak, nikotinin kesilmesine bağlı semptomları azaltır yada ortadan kaldırır ve böylece sigara tiryakilerinin sigarayı daha kolay bırakmasını sağlar. Günümüzde onaylanmış altı NRT formu bulunmaktadır: sakız, bantlar, inhalerler, nazal spreyler, dil altı tabletler ve pastiller (43). Nikotin sakızları bu replasman tedavilerinin ilkidir. Transdermal bantlar nikotinin deriden emilimini sağlarken, burun spreyi nikotinin herhangi bir NRT'ye göre daha hızlı verilmesini sağlar. İnhalerler, pastiller ve dil altı tabletleri de ağız mukozasından emilmektedir. Başlangıçta herhangi bir NRT seçilebilir. Tedavi başarısızlığında ya da nikotin yoksunluk

belirtileri yeterince kontrol altına alınamadığında, kombine tedavi kullanılabilir. En çok tercih edilen bant ve sakız kombinasyonudur. Bu kombinasyonda sakızın 2 mg'lık formunun kullanılması tercih edilmektedir (43).

Nikotin Replasman Tedavisi uzun dönemde sigarayı bırakma oranını artırır ve nikotin almaya duyulan isteği ve nikotinin kesilmesine bağlı semptomları ortadan kaldırır (43).

Nikotin Replasman Tedavisi'nin istenmeyen etkileri lokal reaksiyonlar, özellikle deri bantlarıyla deride iritasyon, spreyle burun mukozasında iritasyondur. Bu reaksiyonlar genellikle tedavinin kesilmesini gerektirmez (43).

2. Bupropiyon tedavisi: Tütün bağımlılığının tedavisinde etkisi gösterilen ilk non-nikotin tedavisidir. Bir antidepresan olan bupropiyon, sigara içme isteğini azaltmakta ve sigaranın bırakılmasına yardımcı olmaktadır. Bupropiyon sigaranın bırakılmasına bağlı semptomları da azaltmakta olup davranışçı ve nikotin bantlarıyla birlikte uygulandığında etkinliği artmaktadır. Günde 10-15' ten fazla sigara içen ve sigarayı bırakmaya teşvik edilen sigara tiryakilerindeki etkinliği kanıtlamıştır (43).

Bupropiyon sigarayı bırakmayı ilk kez deneyecek olan sigara tiryakileri için, NRT'yi tolere edemeyenler yada nikotin içermeyen bir tedavi tercih edenler ya da NRT'nin başarısız olduğu kişiler için yararlı bir seçenektir.

Bupropiyon genellikle iyi tolere edilmektedir. Endişe, ağız kuruluğu, baş ağrısı, uykusuzluk ve döküntü gibi istenmeyen hafif etkileri vardır. Epilepsi hastalarında ve yeme bozukluğu bulunanlarda kontrendikedir (43).

3. Varenicline: Nöronal nikotinik asetilkolin reseptörleri (nAChR) Merkezi Sinir Sisteminde yaygın olarak bulunur. Striatumda presinaptik uçta bulunan $\alpha 4\beta 2$ nAChR'leri dopamin salınımının düzenlenmesinden sorumludurlar ve sigara bırakma tedavilerinin geliştirilmesinde önemli olabilecekleri düşünülmektedir. Son çalışmalar nikotin bağımlılığı ve yoksunluk semptomlarının gelişiminde $\alpha 4\beta 2$ nikotinik reseptörlerin kritik rolü olduğunu göstermektedir. Sigara brakmada kullanıma giren en son ilaçlardan olan varenicline, $\alpha 4\beta 2$ nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir. Varenicline, *nucleus accumbens*'te nikotinik reseptörler üzerinden dopamin salınımını etkileyerek agonist etki göstermektedir. Ancak varenicline eş zamanlı tedaviye eklenen nikotinin dopamin salınımını artırmasını da engelleyerek antagonist etki yapmaktadır. Varenicline'in bu kombine etkisi (agonist ve antagonist) nikotin bağımlılığının azalmasına ve yoksunluk belirtilerinin hafiflemesine yol açmaktadır .Genel olarak önerilen doz ilk 3 gün 1 x 0.5mg, sonraki 4 gün 2 x 0.5 mg ve daha sonraki 11 hafta 2 x 1 mg şeklindedir (45).

4. Rimonabant: Bařta beyin olmak üzere diğer vücut bölümlerinde de bulunan “Endo-Cannabinoid” sistemdeki iki reseptörden biri olan CB1 reseptörlerini inhibe ederek etki etmektedir. “Endo-Cannabinoid” sistem organizmada beslenmenin düzenlenmesi ile ilgilidir. Kronik sigara içimi de “Endo-Cannabinoid” sistemin aşırı uyarılmasına ve dengesinin bozulmasına yol açmaktadır. Rimonabant ise “Endo-Cannabinoid” sistemin yeniden düzenlenmesine ve sigara bağımlılığının azaltılmasına yol açmaktadır. Rimonabantın kilo vermeyi artırıcı etkisi sayesinde hastalarda kilo alımına yol açmadan sigara bırakmada kullanılabilir bir ilaç olarak görülmektedir (45).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız Nisan 2007 tarihinde başlatılmış olup, en az bir yıl sigarayı bırakmış olgular başarılı kabul edildiği için, Ocak 2005 - Mart 2006 tarihleri arasında polikliniğimize başvurmuş olgular çalışmaya alındı. Toplam 201 olgu tespit edildi. Polikliniğimiz kayıtlarındaki adres ve telefon numaralarından 120 olguya ulaşıldı. Ulaşılamayan olgular genelde öğrenci ve güvenlik personeli olup, yaptıkları adres ve telefon numarası değişikliklerini polikliniğimize bildirmemişlerdi. Ulaşılan olgularla telefon ile ya da yüz yüze olacak şekilde anket çalışması (Ek 2) yapıldı ve çalışmamıza uygun 78 olgu çalışmaya dahil edildi. Ankette sigarayı bıraktığını beyan eden kişilerin bu beyanları; polikliniğimizde yapılan karboksimetre testi ile doğrulandı. Çalışma öncesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alındı (Ek 1).

ÇALIŞMA DIŞI BIRAKILMA KRİTERLERİ

1. İlk görüşme sonrası verilen diğer randevulara gelmeyen olgular.
2. İlk görüşme sonrası poliklinik çalışmalarına belli bir süre katıldığı halde, bir sigara bırakma tarihi belirlemeyen dolayısıyla tedavi sürecine alınamayan olgular.

VERİLERİN TOPLANMASI

Kayıtlarımızdaki adres ve telefon numaralarından ulaşabildiğimiz olgularla telefon ile ya da yüz yüze olacak şekilde anket çalışması (Ek 2) yapıldı. Bu çalışma sonucu:

- Sigara bırakma polikliniğimizi nereden ya da kimden duyduğu;
- Poliklinikteki ilk görüşmede beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı;

- İlk görüşmeden memnun ayrılıp ayrılmadığı;
- İlk görüşmeden sonra verilen randevulara gelip gelmediği;
- Kaç görüşmeye geldiği, bu görüşmeler sonucu sigara bırakma günü belirleyip belirlemediği;
- Belirlediği günde sigarayı bırakıp bırakmadığı; bıraktı ise şu an hala sigara içip içmedikleri ile ilgili verilere ulaşıldı.

Bu veriler ışığında çalışmaya kabulü uygun olgular tespit edildi ve bu olguların ilk başvuru esnasındaki bilgilerine (kişisel bilgiler, polikliniğe başvuru şekli, sigara içme tutum ve davranışları, ek hastalık durumu, nikotin bağımlılık düzeyi, anksiyete ve depresyon durumları) ve rutin poliklinik süreci bilgilerine, polikliniğimizdeki dosyalarından (Ek 3) ulaşıldı. Bir yıl süresince sigara içmediğini bildiren olgular başarılı kabul edildi ve bu bildirimleri karboksimetre testi ile doğrulandı.

Polikliniğimizdeki Rutin İşleyiş Süreci

Hastanemizde sigara bırakma polikliniği 2001 yılında açılmış olup, 31 Mayıs 2005 tarihinde mesai saatleri içinde sürekli hizmet veren ve sürekli hemşirenin bulunduğu bir sigara bırakma merkezine dönüştürüldü.

Polikliniğimize ilk başvuru esnasında olguların kişisel bilgileri, başvuru şekli, sigara içme durumu, poliklinikten beklentileri öğrenilir. Hastalara sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri anlatılır. Bu konuları içeren broşür ve kitapçıklar verilir. İlk başvuruda, bırakma konusunda kararlı olmayan olgulara bu konuda yoğun motivasyonel destek verilir. Motivasyonel destek hastaların isteğine göre yüz yüze ya da grup terapileri şeklinde yapılır. İlk başvuruda sigara bırakma konusunda kararlı olan olguların ayrıntılı anamnezleri alınır. Transteoretik modele göre sigara bırakma evreleri belirlenir (46). Buna göre düşünmüyor, tasarlama, hazırlanma, hareket, idame ve nüks olmak üzere 6 evre vardır ve hastanın durumunun hangi evreyle uyumlu olduğu tespit edilir. Olgunun sırayla sigara içme davranış ve tutumlarını değerlendiren, nikotin bağımlılığını ölçen, anksiyete ve depresyon durumunu belirleyen ve KOAH durumunu belirleyen anket formlarını doldurması istenir. Vizüel analog skalası ile sigarayı bırakma motivasyonu ve kendine güven düzeyi değerlendirilir. Fizik muayeneleri yapılır. Ekspirasyon havasındaki karbonmonoksit (CO) değerleri ölçülür. Sigara anamnezi alınır. Rutin laboratuvar tetkikleri (kan sayımı, biyokimya), akciğer grafileri, EKG'leri, SFT'leri istenerek bir hafta sonraya ikinci görüşme için randevu verilir.

İkinci görüşmede, istenen tetkikler incelenerek varsa sağlık sorunları ve bu sorunların sigarayla ilişkisi anlatılır. Takip eden 10-15 gün içinde bir sigara bırakma günü tespit etmesi önerilir. Olgunun bağımlılık derecesi tespit edilerek uygun tedavi yöntemleri konuşulur. Nikotin yoksunluk belirtileri hakkında bilgilendirilerek bunlara yönelik davranış eğitimi ve destek tedavi hakkında bilgi verilir. Günde 10 adetten fazla ve sabah ilk yarım saat içinde sigara içen tüm olgulara, farmakolojik tedavi önerilir. Farmakolojik tedavi yöntemi olarak, hastanın ekonomik durumu ve toleransı göz önüne alınarak NRT ya da bupropion tedavisi önerilir. NRT dozu bağımlılık derecesine göre ayarlanır. Daha sonraki dönemde yüksek dozun neden olduğu klinik bulgulara (ishal, bulantı, uykusuzluk, çarpıntı) göre veya yetersiz doz nedeniyle görülen yoksunluk belirtilerinin (aşırı sigara içme isteği, sinirlilik, huzursuzluk, anksiyete, iştah artışı, depresyon) devamlılığına göre NRT dozu tekrar ayarlanır. Tedavi en az 8 hafta olacak şekilde, kademeli olarak azaltılarak kesilir. NRT yeni geçirilmiş miyokard infarktüsü, ciddi aritmi, kontrolsüz hipertansiyon gibi kontrendikasyonu olanlara önerilmez.

Bupropion için ilk 3 günde 150 mg, daha sonra sabah akşam 150 mg. olmak üzere 8 hafta kullanılması ve ilaca başladıktan 7-10 gün sonra sigarayı tamamen bırakmaları önerilir. Bupropion gebe ve emziren kadınlara, 18 yaşından küçük olanlara, psikotropik tedavi alanlara, önceden konvülsiyon geçirme öyküsü, santral sinir sistemi hastalığı, ağır karaciğer hastalığı olanlara önerilmez.

Sigara bırakma günü tespit edildiyse o gün, tespit edilmediyse bir hafta sonrası için randevu verilir. Sigara bırakma günü ve sonrası için davranışsal ve bilişsel eğitim verilir ve motivasyonel destek sağlanır. Sigara bırakma gününden 2-3 gün sonraya mutlaka bir randevu verilir. Sonra ilk ay haftada bir, 2. ay 2 haftada bir, daha sonra ayda bir ve 2 ayda bir görüşmeler yapılır. Randevusuna gelmeyen veya iş ve tatil gibi nedenlerle il dışında olan olgulara ev, iş veya cep telefonlarından aranarak proaktif olarak görüşmeler sürdürülür. Olgularla yapılan görüşmelerin süresi ilk görüşmede 60-90 dakika kadar sürerken, takip eden görüşmelerde 30-60 dakika kadardır. Tüm randevularda olgularla yüz yüze görüşülerek sigara içip içmedikleri, yoksunluk belirtileri ve sigara içme isteği olup olmadığı sorgulanır. Olgular tebrik edilerek başarılarını sürdürebilmeleri için cesaretlendirilir. Depresif duygular içinde olan veya bir-iki kaçamak yapmış olup bundan suçluluk duyan olgulara bu dönemin geçici olduğu, başlangıçta bu tür kaçamaklar olabileceği, bunların cesaretlerini kırmaması gerektiği anlatılır. Aşırı depresif duygular içinde olan olgulardan psikiyatri konsültasyonu istenir.

Kontroller esnasında olgular bir araya getirilerek birbirleriyle sıkıntılarını ve başarılarını paylaşmaları sağlanır. Bazen başlangıç aşamasındaki olgularla 5-6 aydır içmeyen olgular karşılaştırılarak yeni başlayan olgunun cesaretlendirilmesi sağlanır.

Olguların verilen randevulara uydukları sürece polikliniğimizdeki takipleri 1 yıl sürmektedir. Bu süre içerisinde elde edilen tüm hasta bilgileri, tedavi yöntemleri, tedavi değişiklikleri ve yan etkileri poliklinik dosyalarına işlenmektedir.

Her görüşmede olguların karboksimetre ile “parts per million” (ppm) biriminde ekspiryum havasındaki CO düzeyleri ölçülmektedir. 10 ppm’in altındaki ölçümler “sigara içmemiş” kabul edilir. Sigara içilmeyen kapalı bir ortam olduğu için, ortamdaki CO düzeyi ölçülmemektedir. Olguların bir yıl süresince hiç sigara içmemiş ve her görüşmede CO düzeylerinin 10 ppm altında bulunmuş olması, “başarılı sonuç” kabul edilir.

İstatistiksel Analiz

Anketten elde edilen verilerin hesaplanmasında Statistica 7.0 istatistik paket programı (Lisans no: AXF507C775406FAN2) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, nominal sonuçlar Pearson ve lüzum halinde Fisher’in kesin X^2 metodları ile analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma olarak verildi ve t testi ile analiz edildi. $P < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 78 olgunun genel özellikleri Tablo 2’de verildi. 12. ay sonundaki sigara içme durumları kendi beyanları ve karboksimetre sonuçlarına göre değerlendirilip, 12 ay boyunca sigarayı bırakmış ve bırakamamış olarak iki gruba ayrıldı.

Sigarayı bırakmış ve bırakamamış olguların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durumları ile ilgili veriler Tablo 3’te gösterildi. Çalışmaya alınan 78 olgunun yaş ortalaması 39.92 ± 9.95 (22-59) olup, %44.9’u kadın, %55.1’i erkekti. Olguların %76.9’u evli, %55.1’i üniversite mezunu, %64.1’i herhangi bir işte çalışıyordu. Her iki grupta cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, açısından anlamlı farklılık saptanmazken, meslek durumu değerlendirildiğinde emeklilerde sigara bırakma oranları daha fazla saptandı ($p < 0.05$).

Olguların yaş ortalamaları, sigarayı ilk deneme yaşları, düzenli içmeye başlama yaşları, içme süresi (paket/yıl), içme miktarı (adet/gün) ile ilgili veriler Tablo 4’te gösterildi. Sigarayı bırakmış olguların yaş ortalaması 42.47 ± 10.16 , sigarayı ilk deneme yaş ortalaması 16.71 ± 3.91 , düzenli içmeye başlama yaş ortalaması 18.40 ± 3.37 , içme süresi 23.20 ± 13.35 , içme miktarı 18.46 ± 8.51 ’di. Her iki grupta sigarayı ilk deneme yaş ortalaması, düzenli içmeye başlama yaş ortalaması, içme süresi ve içme miktarı açısından anlamlı farklılık saptanmazken, bırakmışlarda yaş ortalaması daha yüksek bulundu ($p < 0.05$).

Tablo 2. Çalışmaya katılan hastaların özellikleri

	Protokol no	İsim	Yaş	Cinsiyet
1.	35127	ŞG	43	Erkek
2.	138946	OÖ	22	Erkek
3.	216638	ÖA	23	Erkek
4.	138565	BF	36	Erkek
5.	196590	SU	42	Erkek
6.	115897	NÇ	23	Kadın
7	108061	DD	24	Kadın
8.	144398	GÇ	29	Kadın
9.	145518	HT	39	Kadın
10.	215315	Mİ	27	kadın
11.	46002	ZÇ	41	Erkek
12.	145345	HY	32	Kadın
13.	3672	FÇ	39	Kadın
14.	8787	MÇ	46	Erkek
15.	133068	OÖ	39	Erkek
16.	212612	TT	35	Erkek
17.	116456	İD	47	Erkek
18.	104812	SA	50	Erkek
19.	110379	SY	55	Erkek
20.	91425	ZG	27	Kadın
21.	18248	FG	32	Erkek
22.	92362	ÖA	40	Erkek
23.	207929	EG	37	Erkek
24.	110643	VB	34	Kadın
25.	85568	MA	51	Erkek
26.	33681	SY	23	Erkek
27.	312331	DŞ	26	Kadın
28.	476	NG	43	Kadın
29.	218928	HG	31	Erkek
30.	78797	HK	59	Kadın
31.	98551	NÇ	45	Erkek
32.	117394	MD	52	Erkek
33.	300101	MT	33	Erkek
34.	116656	MÖ	24	Erkek
35.	166731	SÇ	35	Erkek
36.	232411	EG	41	Erkek
37.	156392	YÇ	52	Erkek
38.	165542	MK	26	Erkek
39.	128456	ED	50	Erkek

Tablo 2 (devamı). Çalışmaya katılan hastaların özellikleri

40.	112879	ÖB	27	Erkek
41.	162274	TY	52	Kadın
42.	161475	SD	34	Kadın
43.	80830	BA	46	Kadın
44.	238518	KU	41	Erkek
45.	212315	ZK	31	Kadın
46.	17997	GT	46	Kadın
47.	218805	GD	46	Kadın
48.	161207	EU	40	Kadın
49.	218818	FU	52	Erkek
50.	84844	NÖ	54	Kadın
51.	3096	ES	46	Kadın
52.	120026	ÖA	31	Erkek
53.	169997	HÖ	46	Erkek
54.	226127	TY	42	Kadın
55.	216665	SK	43	Erkek
56.	214206	ZB	43	Kadın
57.	30060	ŞA	50	Erkek
58.	61672	MY	46	Erkek
59.	215422	İD	59	Erkek
60.	7926	İA	36	Kadın
61.	218444	NA	29	Erkek
62.	214268	MB	38	Kadın
63.	39957	BY	39	Kadın
64.	219458	MU	28	Kadın
65.	20884	İD	49	Kadın
66.	41742	ÇD	59	Erkek
67.	222174	GÇ	29	Kadın
68.	32404	NA	49	Kadın
69.	42745	MB	54	Erkek
70.	218627	FG	33	Kadın
71.	7774	HK	33	Kadın
72.	93893	YÇ	37	Erkek
73.	38704	FK	35	Kadın
74.	60860	BA	39	Kadın
75.	92186	AE	56	Erkek
76.	213898	NK	44	Kadın
77.	22618	AA	56	Erkek
78.	212870	AÇ	40	Erkek

Tablo 3. Olguların demografik özellikleri

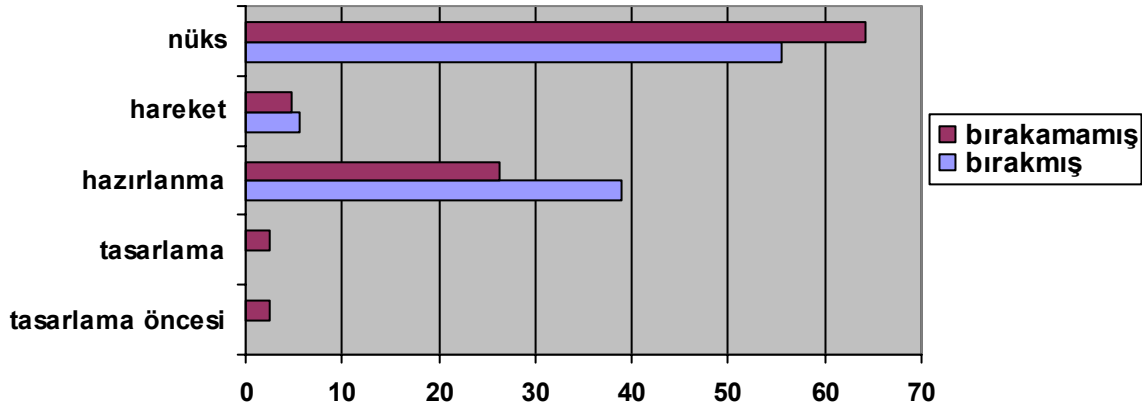
Değişkenler	Bırakmış		Bırakmamış		Toplam		p
	n = 36	%	n = 42	%	n = 78	%	
Cinsiyet							
Kadın	14	40	21	60	35	44.9	0.367
Erkek	22	51.2	21	48.8	43	55.1	
Medeni durumu							
Evli	30	50	30	50	60	76.9	0.284
Bekar	6	33.3	12	66.7	18	23.1	
Eğitim durumu							
Lise ve altı	13	37.1	22	62.9	35	44.9	0.176
Üniversite	23	53.5	20	46.5	43	55.1	
Meslek							
Emekli	10	83.3	2	16.7	12	15.4	0.015
İşsiz	5	31.2	11	68.8	16	20.5	
Çalışıyor	21	42	29	58	50	64.1	

Tablo 4. Olguların sigara kullanım özellikleri

Değişkenler	Bırakmış	Bırakmamış	p
	n = 36	n = 42	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
Yaş ortalaması	42.47±10.16	37.74±9.35	0.035
İlk deneme yaşı	16.71±3.91	15.71±4.34	0.296
Başlama yaşı	18.40±3.37	17.83±4.09	0.515
İçme süresi (paket/yıl)	23.20±13.35	20.57±13.14	0.388
İçme miktarı (adet/gün)	18.46±8.51	20.71±9.91	0.293

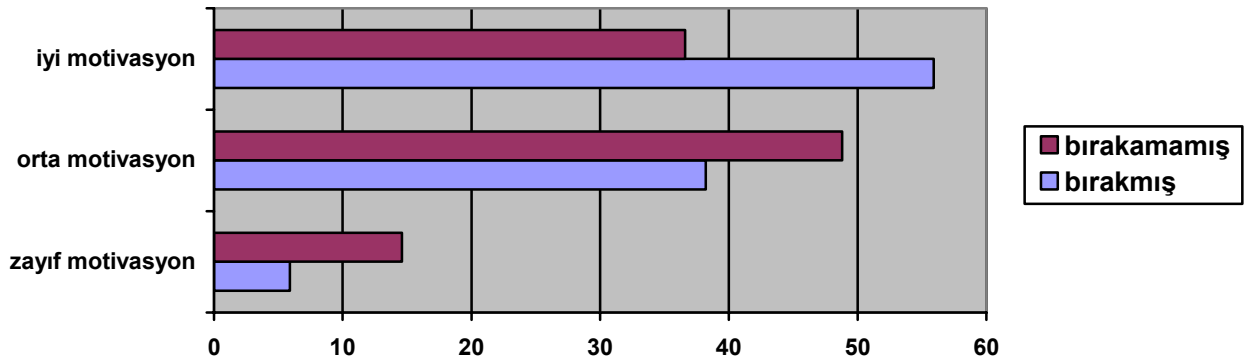
Ortalama±SS: Ortalama±Standart Sapma

İlk başvuruda tespit edilen transteoretik modele göre bırakma evreleri ile ilgili veriler Şekil 1’de gösterildi. Olguların %1.3’ü tasarlama öncesi, %1.3’ü tasarlama, %32.1’i hazırlanma, %5.1’ü hareket, %60.3’ü nüks evresinde idi. İdame evresinde olgumuz yoktu. Sigarayı bırakmışların %55.6’sı nüks evresinde, %38.9’u hazırlanma evresinde, %5.6’sı hareket evresinde olup tasarlama öncesi ve tasarlama evresinde sigara bırakmış olgu yoktu. Her iki grupta olguların ilk muayenelerindeki sigara bırakma evreleri değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunamadı ($p > 0.05$)



Şekil 1. Olguların polikliniğe ilk başvurularındaki bırakma evreleri

Polikliniğimize ilk başvuru sırasında tespit edilen motivasyon durumları ile ilgili veriler Şekil 2’de gösterildi. Olguların %45.3’ü iyi motive, %44’ü orta motive, %10.7’si zayıf motiveydi. Sigara bırakmışların %55.9’u iyi motive, %38.2’si orta motive, %5.9’u zayıf motiveydi. Her iki grupta olguların ilk poliklinik muayenelerindeki motivasyon durumları değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).



Şekil 2. Olguların polikliniğe ilk başvurularındaki motivasyon durumları

Polikliniğimize ilk başvuru sırasında tespit edilen FNBT ile ilgili veriler Tablo 5’te gösterildi. Olguların %20.8’i çok düşük, %16.7’si düşük, %16.7’si orta, %27.8’i yüksek, %18.1’i çok yüksek bağımlıydı. Sigarayı bırakmışların %26.5’i çok düşük, %17.6’sı düşük, %17.6’sı orta, %26.5’i yüksek, %11.8’i çok yüksek bağımlıydı. Her iki grupta olguların ilk muayenelerindeki FNBT sonuçları değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 5. Olguların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi sonuçlarının değerlendirilmesi

FNBT skoru	Bırakmış		Bırakamamış		Toplam		P
	n = 36	%	n = 42	%	n = 78	%	
Çok düşük (0-2)	9	60	6	40	15	20.8	0.651
Düşük (3-4)	6	50	6	50	12	16.7	
Orta (5)	6	50	6	50	12	16.7	
Yüksek (6-7)	9	45	11	55	20	27.8	
Çok yüksek (8-10)	4	30.8	9	69.2	13	18.1	

FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Polikliniğimize ilk başvuru sırasındaki depresyon skoru ile ilgili veriler Tablo 6’da gösterildi. Olguların %37.3’ünde depresyon skoru pozitif bulundu. Depresyon skoru pozitif olanların %32.1’i sigarayı bırakmış, %67.9’u bırakamamış olarak tespit edilmesine rağmen her iki grupta olguların ilk muayenelerindeki depresyon durumları değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 6. Olguların depresyon durumlarının belirlendiği anket sonuçları

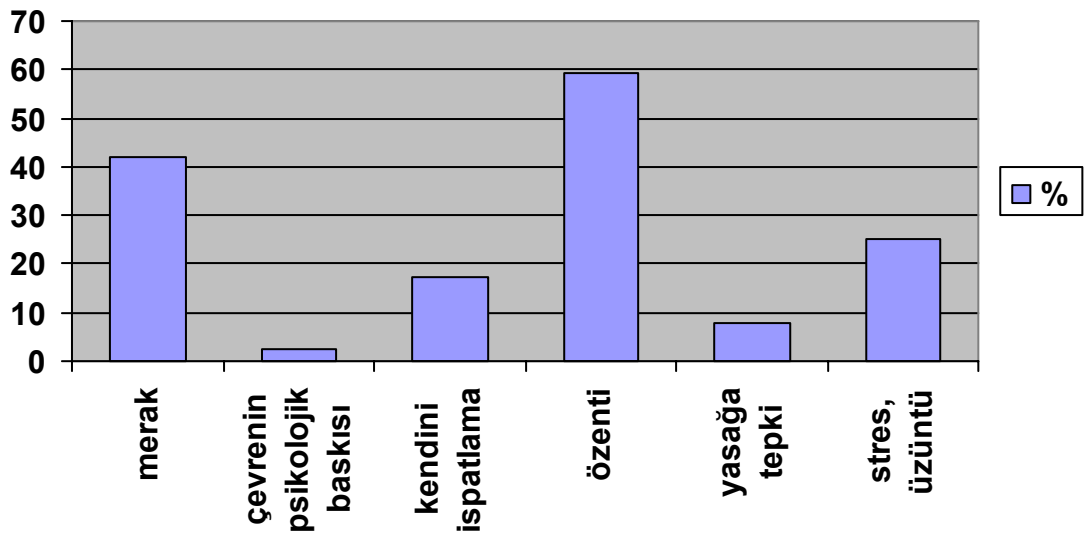
Depreyon skoru	Bırakmış		Bırakamamış		Toplam		P
	n = 36	%	n = 42	%	n= 78	%	
Depresyon var (≥ 7)	9	32.1	19	67.9	28	37.3	0.096
Depresyon yok (0-6)	25	53.2	22	46.8	47	62.7	

Polikliniğimize ilk başvuru sırasındaki anksiyete skoru ile ilgili veriler Tablo 7’de gösterildi. Olguların %38.7’sinde anksiyete skoru pozitif bulundu. Anksiyete skoru pozitif olanların %31’i sigarayı bırakmış, %69’u bırakamamış olarak bulunmasına rağmen her iki grupta olguların ilk muayenelerindeki anksiyete durumları değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunamadı ($p > 0.05$).

Tablo 7. olguların anksiyete durumlarının belirlendiği anket sonuçları

Anksiyete skoru	Bırakmış		Bırakamamış		Toplam		P
	n = 36	%	n = 42	%	n= 78	%	
Anksiyete var (≥ 10)	9	31	20	69	29	38,7	0,059
Anksiyete yok (0-9)	25	54.3	21	45.7	46	61,3	

Olguların %63.2’si ilk sigaralarını arkadaşından, %18.4’ü evden, %18.4’ü de satın alarak temin etmişlerdi. Olguların %22.4’ü ilk sigaralarını okulda, %26.3’ü evde, %7.9’u iş yerinde, %3.9’u toplantıda, %31.6’sı dışarıda içmişlerdi. Olguların % 59.2’si özenti, %42.1’i merak, %25’i stres, üzüntü nedeniyle sigaraya başlamışlardı, sigara başlama nedenleri ile ilgili veriler Şekil 3’te gösterildi.



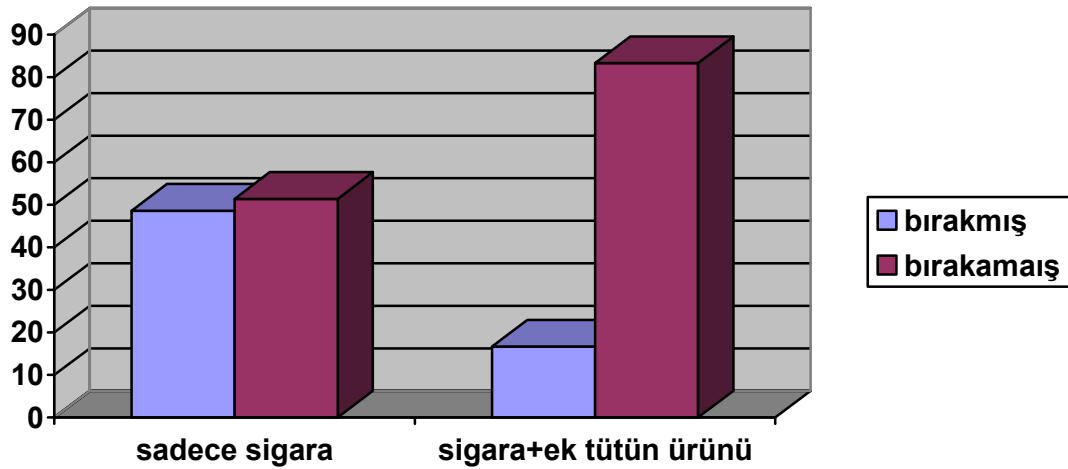
Şekil 3. Olguların sigaraya başlama nedenleri

Olgularımızın içtikleri sigara çeşidi ile ilgili veriler Tablo 8’de gösterildi. %31.6’sı yerli marka sigara kullanırken, %68.4’ü ithal marka sigara kullanıyordu. Yerli marka sigara içenlerin %33.3’ü sigarayı bırakmamış, %66.7’si sigarayı bırakmış olarak tespit edildi. Her iki grupta olguların kullandıkları sigara çeşidi değerlendirildiğinde yerli marka sigara içen olgulardaki sigara bırakma oranları yüksek bulundu ($p < 0.05$).

Tablo 8. Olguların içtiği sigara çeşidi

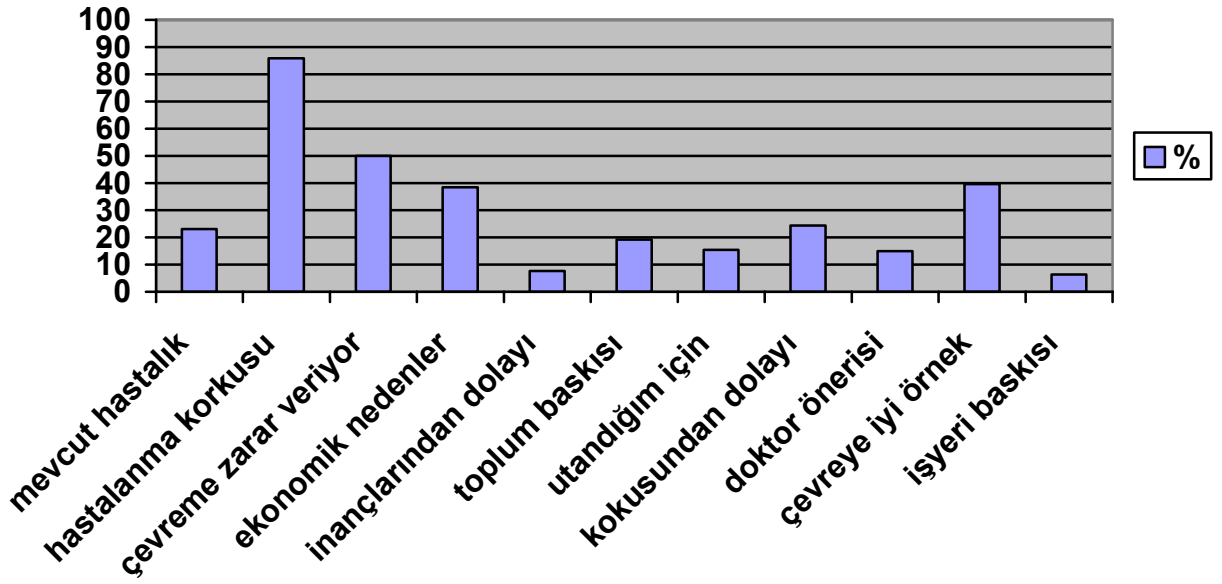
	Bırakmış		Bırakmamış		Toplam		p
	N= 36	%	N=42	%	N=78	%	
Yerli marka sigara	16	66.7	8	33.3	24	31.6	0.014
İthal marka sigara	19	36.5	33	63.5	52	68.4	

Sigaraya ek tütün ürünü kullanımı ile ilgili veriler Şekil 4’te gösterildi. Olguların %92.1’i sadece sigara kullanırken, %7.9’u sigaraya ek başka bir tütün ürünü (nargile, puro, pipo vb) kullanıyordu. Ek tütün ürünü kullananların %83.3’ü sigarayı bırakmamış, %16.7’si bırakmış olarak bulundu. Her iki grupta ek tütün ürünü kullanımı değerlendirildiğinde sigara bırakma oranlarında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$)



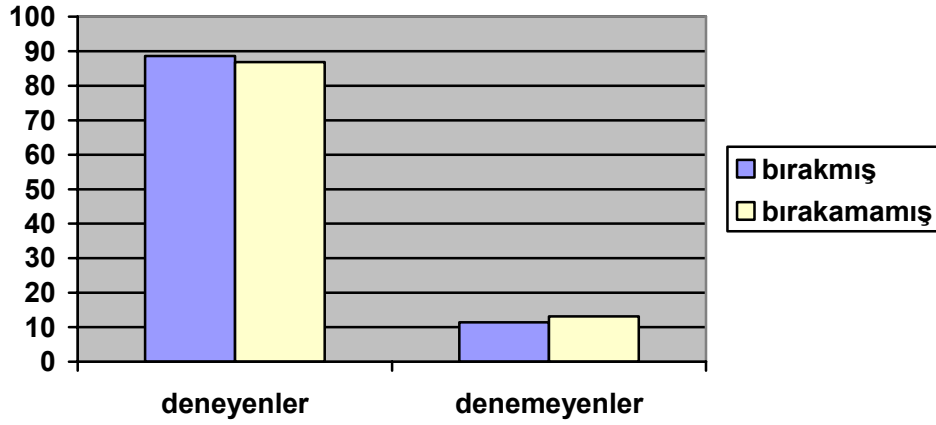
Şekil 4. Olguların başka tütün ürünü kullanımı

Sigara bırakmayı isteme nedenleri ile ilgili veriler Şekil 5'te gösterildi. Olguların %85.9'u ileride hastalanma korkusu, %50'si çevresine zarar verdiği, %38.5'i ekonomik, %39.7'si çevreye iyi örnek olma düşüncesi ile sigarayı bırakmak istemekteydi. Her iki grupta olguların ilk başvurudaki sigarayı bırakma isteme nedenleri değerlendirildiğinde sigara bırakma oranlarında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).



Şekil 5. Olguların sigarayı bırakma isteme nedenlerinin değerlendirilmesi

Daha önce sigarayı bırakmayı deneyen olgular ile ilgili veriler Şekil 6'da gösterildi. Olguların %87.7'si daha önce sigara bırakmayı denemiş, %12.3'ü denememişti. Daha önce sigara bırakmayı deneyenlerin 6'sı (%7.7) profesyonel destek almıştı. Bunlardan 4 (%5.1) kişi farmakolojik, 2 (%2.6) kişi akupunktur yöntemiyle destek almıştı. Her iki grupta olguların daha önce sigara bırakmayı denemeleri değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunamadı ($p > 0.05$).



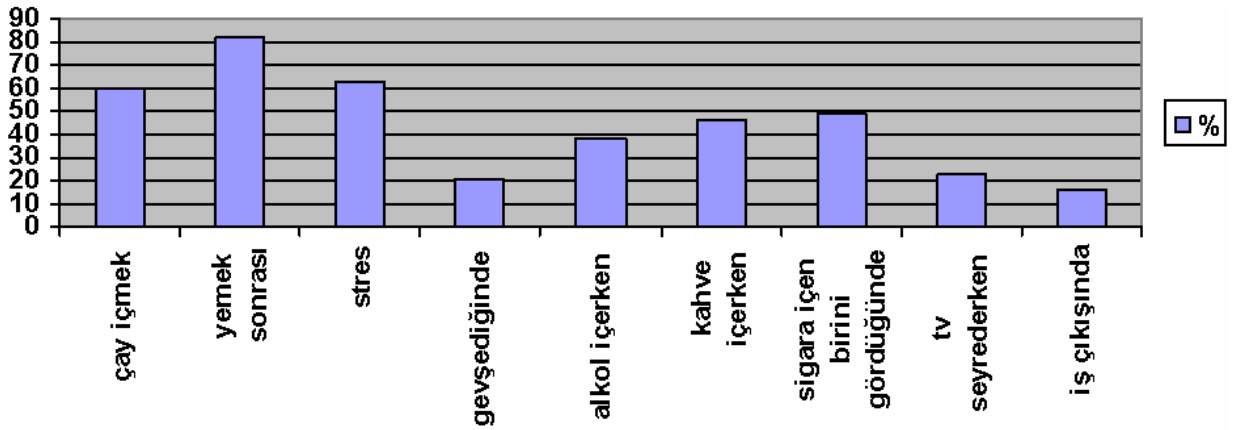
Şekil 6. Daha önce sigara bırakmayı deneyen olguların değerlendirilmesi

Yakın çevrelerinde sigara içilme durumu ile ilgili veriler Tablo 9’da gösterildi. Olguların %30.1’nin anne-babası sigara içmiyor, %69.9’nun anne-babası sigara içiyor, %54.8’nin evinde sigara içilmiyor, %45.2’nin evinde sigara içiliyor, %32.9’nun iş yerinde sigara içilmiyor, %67.1’nin iş yerinde sigara içiliyordu. Her iki grupta anne-babanın sigara içmemesi, işyerinde sigara içilmemesi ile sigara bırakma açısından anlamlı farklılık saptanmazken, evinde sigara içilme durumu değerlendirildiğinde; evinde sigara içilmeyen olgularda sigara bırakma oranları yüksek bulundu ($p < 0.05$).

Tablo 9. Olguların yakın çevrelerindeki sigara içiminin değerlendirilmesi

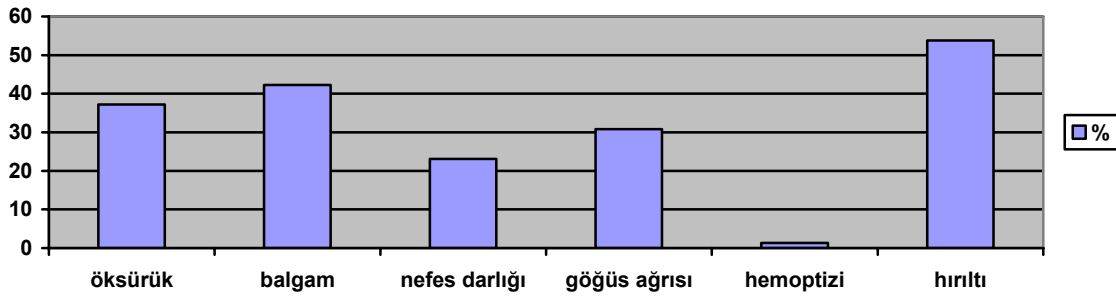
Değişkenler	Bırakmış		Bırakamamış		Toplam		p
	n = 36	%	n = 42	%	n = 78	%	
Anne- babası							
içenler	24	41.7	27	52.9	51	69.9	1.000
içmeyenler	11	50	11	50	22	30.1	
Evinde sigara							
İçiliyor	11	33.3	22	66.7	33	45.2	0.034
İçilmiyor	24	60	16	40	40	54.8	
İşyerinde sigara							
İçiliyor	21	42.9	28	57.1	49	67.1	0.319
İçilmiyor	14	58.3	10	41.7	24	32.9	

Sigara içme isteğini arttıran durumlar ile ilgili veriler Şekil 7’de gösterilmiştir. Olguların %82.1’nde yemek sonrası, %62.8’nde stres, %60.3’nde çay içmek ve azalan yüzdelerle diğer sebeplerin sigara içme isteğini arttırdığı bulundu. Her iki grupta olguların sigara içme isteğini arttıran nedenler değerlendirildiğinde strese bağlı sigara içme isteği artanlarda sigara bırakma oranları anlamlı oranda düşük bulundu ($p < 0.05$). Diğer sebepler için değerlendirildiğinde sonuçlar anlamlı değildi.



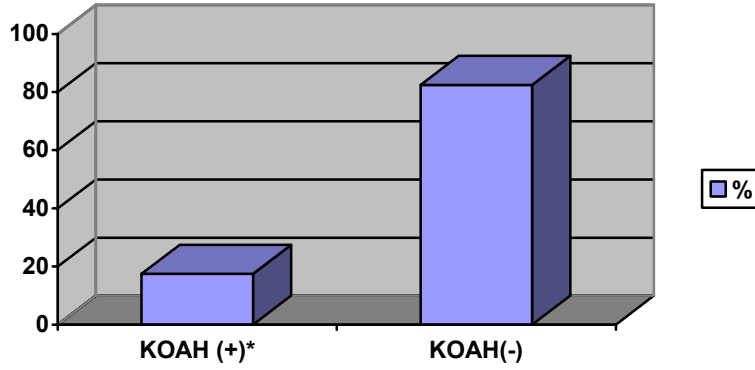
Şekil 7. Olguların sigara içme isteğini arttıran durumların değerlendirilmesi

Solunumsal yakınmalar ile ilgili veriler Şekil 8’de gösterildi. Olguların %73.3’nde bir ya da birden fazla solunumsal yakınma tespit edildi. %53.8 ile en sık görülen yakınma hırıltılı solunum, daha sonra azalan yüzdelerle balgam %42.3, öksürük %37.2, göğüs ağrısı %30.8, nefes darlığı %23.1, hemoptizi %1.3’dür. Her iki grupta değerlendirildiğinde solunumsal yakınması olanlarda sigara bırakma oranları daha yüksek olmasına rağmen sonuçlar anlamlı değildi ($p > 0.05$).



Şekil 8. Olguların solunumsal yakınmalarının değerlendirilmesi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tarama anketi ile ilgili veriler değerlendirildiğinde olguların %58.1'i KOAH açısından düşük riskli, %41.9'u ise yüksek riskli bulundu. Ancak FEV1/FVC, FEV1 değerleri esas alınarak ve GOLD (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease) kriterlerine (47) göre değerlendirildiğinde olguların %17.5'inde KOAH saptandı (Şekil 9).



Şekil 9. Solunum Fonksiyon Testi ile tanımlanan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı sıklığı

* : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Ek hastalıklar ile ilgili veriler Tablo 10'da gösterildi. Olguların %50'sinde ek hastalık tespit edildi. Ek hastalık tespit edilen olguların %46.2'si sigarayı bırakmış, %53.8'i bırakamamıştı. Her iki grupta değerlendirildiğinde ek hastalık varlığı sigara bırakma açısından anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Ek hastalıklar içinde en sık olarak depresyon %14.8 tespit edildi. Depresyon görülen olguların %45.5'i sigarayı bırakmış, %54.5'i bırakamamıştı. Her iki grupta incelendiğinde olgularda depresyon bulunması da sigara bırakma açısından anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Anamneze göre başvuru sırasında hasta tarafından beyan edilen diğer ek hastalıklar olarak şunlar saptandı: %12.8 hipertansiyon, %7.6 mide ülseri, %5,1 diabetes mellitus, %3.8 astım, %3.8 KOAH, %5.6 diğer (hipertiroidi, lenfoma, iskemik kalp hastalığı, Crohn Hastalığı).

Tablo 10. Olguların ek hastalıklarının değerlendirilmesi

	Bırakmış		Bırakmamış		Toplam		p
	n= 36	%	n= 42	%	n= 78	%	
Var	18	46.2	21	53.8	39	50	1.000
Yok	18	46.2	21	53.8	39	50	

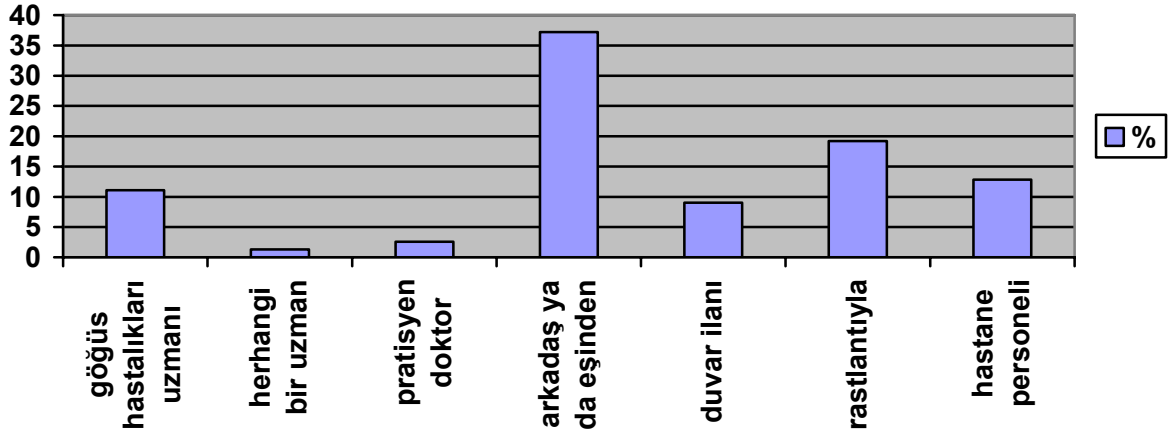
Olgularımız ilk ay haftada bir, ikinci ay iki haftada bir, üçüncü ay, ayda bir ve izleyen aylarda iki ayda bir poliklinik ya da telefon görüşmeleriyle izlenmiş olup, izlem sayıları ile ilgili veriler Tablo 11’de gösterildi. Sigarayı bırakmış olguların izlem sayıları ortalaması 8.78 ± 8.28 , bırakmamış olguların ise 5.22 ± 6.13 olduğu bulundu. Her iki grupta değerlendirildiğinde poliklinik kontrol sayıları yüksek olanlarda sigara bırakma oranları daha yüksek bulundu ($p < 0.05$).

Tablo 11. Olguların poliklinik kontrol sayıları ortalaması

	Bırakmış	Bırakmamış	p
	N= 36	n= 42	
	Ortalama\pmSS	Ortalama\pmSS	
Kontrol sayısı	8.78 \pm 8.28	5.22 \pm 6.13	0.034

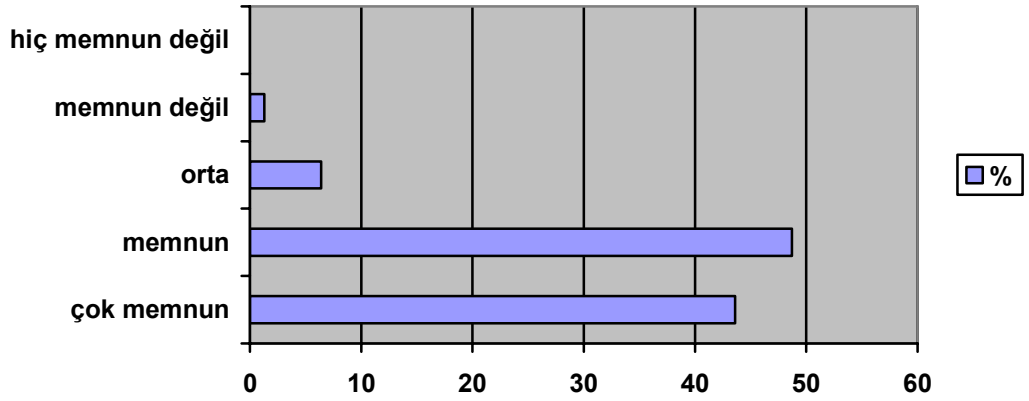
Ortalama \pm SS: Ortalama Standart Sapma

Polikliniğimizi nereden duydukları ile ilgili veriler Şekil 10’da gösterilmiştir. Olguların %37.2’si arkadaşından ya da eşinden duyduğunu belirtirken, %19.2 hastaneye geldiklerinde rastlantıyla polikliniğimizi gördüklerini, % 12.8 zaten hastane personeli olduklarını, %11.1 göğüs hastalıkları polikliniğinden yönlendirildiğini, %9 duvar ilanından gördüklerini belirtti. Diğer seçeneklerin oranları giderek azalırken, hemşire %3.8, el ilanı ve internet %1.3, medya (televizyon, radyo, gazete) ve eczacı seçeneklerine hiç cevap verilmedi.



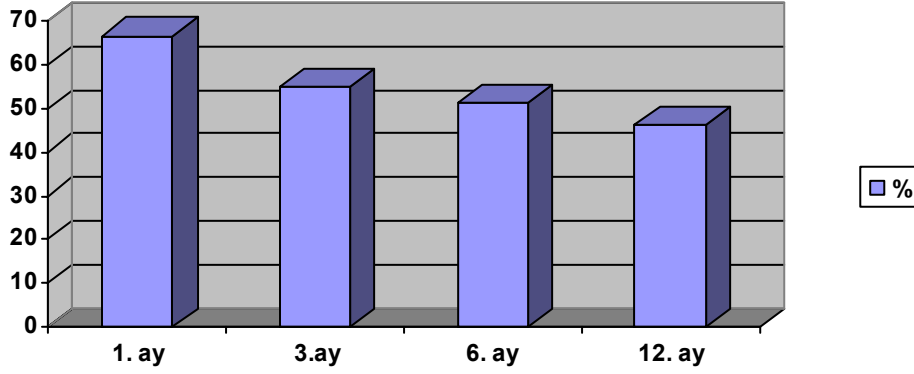
Şekil 10. Olguların polikliniğimizi nereden duyduklarının değerlendirilmesi

İlk poliklinik görüşmesinden ayrıldıklarındaki memnuniyet durumları ile ilgili veriler Şekil 11’de gösterildi. Olguların %43.6’sı çok memnun, %48.7’si memnunken, %1,3’ü memnun değildi. Hiç memnun olmayan olgu yoktu. Olguların ilk görüşmede beklentilerinin karşılanması ile ilgili verileri incelediğimizde; %53,8 hepsini karşıladı, %46.2 biraz karşıladı şeklinde cevaplandırırken, hiç karşılamadı cevabını veren olmadı.



Şekil 11. Olguların ilk görüşme sonrası memnuniyetlerinin değerlendirilmesi

Olguların bir yıllık sigara bırakma başarı oranları Şekil 12’de gösterildi. İlk ay başarı oranı %66.6, bir yıllık başarı oranı ise %46.2 olarak tespit edildi. Polikliniğimizdeki kontrollerine düzenli olarak gelip, sigara bırakma günü belirlediği halde sigarayı hiç bırakamayanların oranı %11.5 tespit edildi. 12 ay sigarayı bıraktıktan sonra sigaraya başlayanların oranı ise %5.1 olarak tespit edildi. Bir olgumuzda ise sigarayı bıraktığını belirttiği halde karboksimetre ölçümü yüksek bulundu ve bırakmadı kabul edildi.



Şekil 12. Olguların bir yıllık sigarayı bırakma başarı oranları

Kullanılan tedaviye göre başarı oranları Tablo 12’de gösterildi. Olguların %23.1’i yüz yüze görüşme, %12.8’i grup tedavisi, %15.4’ü yüz yüze görüşme+NRT, %48.7’si grup tedavisi+NRT yöntemiyle tedavi edilmişlerdi. Her iki grupta değerlendirildiğinde olguların kullandıkları tedaviye göre sigara bırakma oranları anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 12. Olguların kullandıkları tedaviye göre sigara bırakma başarıları

	Bırakmış		Bırakmamış		Toplam		p
	n= 36	%	n= 42	%	n=78	%	
Yüz yüze görüşme	9	50	9	50	16	23.1	0.379
Grup tedavisi	2	20	8	80	14	12.8	
Yüz yüze görüşme+NRT	6	50	6	50	12	15.4	
Grup tedavisi+NRT	19	50	19	50	38	48.7	

NRT: Nikotin replasman tedavisi.

Sigarayı bıraktığı halde tekrar başlayan olguların (nüks olgular) bildirdiği nüks nedenleri Tablo 13’de gösterildi. En sık şikayet edilen neden can sıkıntısı %32.1’di. Bunu izleyen nedenler aşırı sinirlilik %20.5, bırakabileceğine yönelik aşırı güven %20.5, arkadaş ve çevre etkisi %19.2, aşırı sigara içme isteği %17.9, depresyon %14.1, önerilen tedaviye uyum sağlayamama %9, kilo alma %6.4, motivasyon azalması %6,4 olarak sıralanmaktaydı. Baş ağrısı, ağız yaraları, kabızlık, dengesizlik ise hiçbir olguda içme nedeni olarak bildirilmedi.

Sigarayı bırakamayan olguların %77.3'ü tedavi amacıyla tekrar polikliniğimize gelmeyi düşünürken, %22.7'si polikliniğimize tekrar gelmeyi düşünmediklerini belirttiler.

Tablo 13. Olguların bildirdiği nüks nedenleri

Veriler	n	(%)
Aşırı sigara içme isteği	14	17.9
Motivasyon azalması	5	6.4
Önerilen tedaviye uyum sağlayamama	7	9
Bırakabileceğine yönelik aşırı güven	16	20.5
Arkadaş ve çevre etkisi	15	19.2
Depresyon	11	14.1
Can sıkıntısı	25	32.1
Aşırı sinirlilik	16	20.5
Dikkat toplayamama	4	5.1
Uyku bozukluğu	3	3.8
Baş ağrısı	0	0
Kabızlık	0	0
Kilo alma	5	6.4
Ağız yaraları	0	0
Baş ve yüzde uyuşma	1	1.3
Dengesizlik	0	0
Nedeni yok	1	1.3

TARTIŞMA

Polikliniğimizde sigara bırakma hızları birinci ayda %66.6, 3. ayda %55.1, 6. ayda %51.2, 1. yılda %46.2 bulunmuştur. Olgularımızın %35.9'una sadece destek tedavisi, %64,1'ine hem destek tedavisi hemde NRT verilmiş olup, Bupropion hiç kullanılmamıştır. Ülkemizde sigara bırakma polikliniklerinde değişik başarı oranları bildirilmektedir. Uzaslan ve arkadaşları (48) sigara bırakma polikliniğinin 5 yıllık sonuçlarını bildirdikleri çalışmalarında 296 olgunun 1 yıllık başarı oranını %40 olarak vermektedir. Bu başarı oranının hekimle yüz yüze görüşme yapılmış olması ve olguların sahip oldukları sağlık sorunları nedeniyle motive olmalarından kaynaklandığını düşünmüşlerdir. Solak ve arkadaşları (49) 1. yıl sonunda sigara bırakma başarısını %45.5 olarak bulmuşlardır ve sigarayı bırakmada davranış tedavisi, yoğun motivasyonel destek, kontrol vizitleri ve telefon görüşmelerinin önemli rol oynadığını, buna NRT eklenmesinin başarıyı artırdığını vurgulamışlardır. Salepçi ve arkadaşları (50) 79 hastaya davranış eğitimi, motivasyonel destek ve 24 olguya farmakolojik tedavi uygulamışlar ve olguların bir yıl boyunca düzenli takiplerini yapmışlar. Sigara bırakma başarısı 15. günde %75, 3. ayda %54, 6. ayda %48.5, 1. yılda %41.2 olarak bulunmuştur. Demir ve arkadaşları (51) yaptığı çalışmada en az bir yıldır izlenen 634 olgudan NRT uygulanan 297 (%46.8) olguda sigara bırakma oranları 15. günde %46.8, birinci yıl sonunda %33.6 iken, yalnızca başlangıçta kısa eğitim verilen olgularda 15. günde %11.8, birinci yıl sonunda %10.9 olarak bulunmuştur. Çan ve arkadaşları (52) sigarayı bırakmada profesyonel hekim desteğinin önemini vurguladıkları çalışmada 1. yıl sonunda sigara bırakma başarısını %43.4 olarak bulmuşlardır. Uzlaşa raporlarında yakın takip, profesyonel destek ve farmakolojik tedavi kombinasyonunun başarı oranlarını artırdığı özellikle belirtilmiş ve yakın destek yoğunluğu arttıkça başarı oranının daha da yükseleceği vurgulanmıştır (10,11,53).

“American Lung Health” (10) çalışmasında da, yoğun bir programın uygulanması sigara bırakma başarısını %25'lere çıkarmıştır. Bizim çalışmamızda, 1.yıl başarı oranı %40'ın üzerinde bulunmuş olup, başarımızda olgularımıza kendi istekleri doğrultusunda yüz yüze görüşme ya da grup terapisi şeklinde uygulanan yoğun profesyonel desteğin yanı sıra proaktif telefon görüşmeleriyle desteğin sürdürülmesinin önemli rolü olduğu düşünüldü.

Sigara bırakma konusunda yapılan çalışmalarda, kullanılan yöntemlere, kişinin kendi başına bırakmasına, izlem süresine ve kendi bildirim (self-report) ya da CO analizi ile sigara bırakmanın doğrulanmasına göre bildirilen başarı oranları değişmektedir (54-56). Kendi başına bırakıldığı durumlarda başarı oranının çok düşük olduğu, %97'sinin yeniden sigara içmeye başladığı belirtilmektedir (57). Değişik sigara bırakma yöntemlerinin gözden geçirilmesinde altı ay sonundaki başarı oranlarına bakıldığında, kendi başına bırakma için verilen oranlar %0-33 arasında değişmektedir. Davranış modifikasyonu için verilen eğitimle bırakmada ise oranlar %13-50 arasındadır. Nikotin sakızında %17-33, davranış tedavisiyle kombine edildiği durumlarda %23-50'ye kadar yükseldiği bildirilmektedir (54,55). Nikotin transdermal bantın kullanıldığı çalışmalarda ise, tek başına doktor tarafından verilmesine ya da reçetesiz kullanımına, kullanılma süresine, birlikte danışma ve davranış eğitimi verilmesine göre başarı oranları değişmektedir (58-60). Silagy ve ark. (61)'ı, transdermal nikotin bantı ve yoğun destek tedavisi kombinasyonu ile 1 yıllık başarıyı %36 olarak bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda, olgulara kendi istekleri doğrultusunda yüz yüze görüşme ya da grup terapisi şeklinde davranış tedavisi ile motivasyondan oluşan destek tedavisi verildi. Ayrıca Fagerstrom skoru baz alınarak NRT önerildi. Sigarayı bıraktığını belirten tüm olgularımızın beyanları, CO ölçümü yapılarak doğrulandı. Bir olgumuzun CO değeri 10'un üzerinde ölçüldüğü için sigarayı bırakmamış olarak kabul edildi. Sadece yüz yüze görüşme yapılanlar %23.1, sadece grup tedavisine katılanlar %12.8, bunlarla kombine olarak NRT kullananların oranı %64.1 olarak tespit edildi. Sadece yüz yüze görüşme yapılan olgulardaki başarı oranları ile yüz yüze + NRT kombine edilmiş olgulardaki başarı oranları arasında fark saptanmadı. Fakat sadece grup terapisi ile tedavi edilen olgulardaki başarı oranları, grup terapisi + NRT kombine edilmiş olgulardaki başarı oranlarından daha düşük bulundu. Fakat olguların kullandıkları tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi anlamlı bulunmadı.

Sadece grup tedavisine katılan kişilerdeki başarı oranlarının düşüklüğünde asıl etkenin polikliniğimizde seanslara yeni başlamamızdan kaynaklanan tecrübesizliğimizin yanısıra ilk gruplarda öğrenci sayısının fazla olmasına bağlı seanslara katılımın düzensiz olmasından kaynaklanan motivasyon azalması, bu durumun grup motivasyonunu da kötü yönde

etkilemesi olarak düşünöldü. Ek olarak grup sürerken yeni katılımların olması, bu kişiler için bazı bilgilerin tekrarlanması ve bu durumun eski katılımcılar üzerinde olumsuz etki yaratması da grup motivasyonunu kötü yönde etkileyen bir durumdur. Bu durum, grup motivasyonunu yüksek tutmak için, tedavilere katılacak kişilerin seçiminde daha titiz davranılması, tedavilere katılımın yüksek olmasının sağlanması, katılmayacak kişilerle iletişim sağlanarak katılmama sebeplerinin diğere grup üyeleriyle paylaşımının sağlanması, bir grup oluşturulduktan sonra mümkünse gruba yeni üye alınmaması ya da alınacaksa bunun için gruptaki eski üyelerin de görüşünün alınması gerekliliğini düşöndürdü.

Öte yandan, uygulanan destek tedavinin etkisi, yoğunluğu ile doğru orantılıdır (62). İki farklı destek yönteminin karşılaştırıldığı rastgele yöntemli, kontrollü bir çalışmada, bir gruba kısa önerilerde bulunulmuş, diğere gruba davranış tedavisi uygulanmıştır. Bir yıl sonunda başarı oranları sırasıyla %7 ve %30 olarak bildirilmiştir (63). Bizim çalışmamızda da görüşme süreleri uzun tutularak (ilk görüşme 60-90 dakika, daha sonrakiler 30-60 dakika) tedavi etkinliği arttırılmaya çalışıldı.

Olguların poliklinik kontrolleri dışında telefonla aranarak desteğin sürdürölmesi ve motive edilmeleri proaktif telefon görüşmesi olarak nitelendirilmektedir (11). Konuyla ilgili sınırlı sayıda kontrollü çalışma, etkili olduğunu desteklemektedir (64,65). Bizim çalışmamızda da, poliklinik görüşmeleri dışında hastalarla proaktif telefon görüşmeleri yapılarak desteğin sürdürölmesi ve başarının arttırılması amaçlandı.

Cinsiyet ile sigara bırakmaya olan ilgi arasındaki ilişki incelendiğinde bazı çalışmalarda sigara polikliniğine başvuran erkek sayısı daha yüksekken (48,49,52), Wilson (66)'un çalışmasında kadın sayısı daha yüksektir. Demir ve ark. (51)'nin çalışmalarında, polikliniğe başvuran kadın ve erkek sayısı birbirine çok yakındır. Bizim çalışmamızda da polikliniğe başvuran kadın ve erkek sayısı birbirine yakın olduğu halde erkeklerin sayısı daha fazlaydı. Cinsiyetin sigara bırakma başarısına olan etkisi incelendiğinde bazı çalışmalarda erkeklerin daha başarılı olduğu (67) ile ilgili sonuçlar varsa da, çalışmamızda, diğere pek çok çalışma ile (48,51,52,66) uyumlu olarak cinsiyetin sigara bırakma başarısını etkilemediği tespit edildi.

Evli olmanın sigara bırakma üzerine etkisi değerlendirildiğinde evli olanlarda bırakma oranı %23.3, hiç evlenmemiş olanlarda %18.3 bulunmuştur (68). Şahbaz ve ark. (69)'nın çalışmasında, evli olmanın, sigarayı bırakmama riskini azaltan bir etken olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da evli olmayanlarda sigarayı bırakma oranları düşük bulundu, fakat evli olmanın sigara bırakma başarısı üzerine etkisi anlamlı bulunmadı.

Olgularımızın %55.1'inin üniversite mezunu olması, eğitim düzeyi yükseldikçe sigara konusundaki bilincin de arttığını düşündürmektedir. Yüksek eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısında etkili olduğunu ve eğitim düzeyi düşük olan gruplarda sigara bırakma oranının daha düşük olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (68,70). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi yüksek kişilerde sigara bırakma oranı yüksek bulundu, fakat eğitim durumunun sigara bırakma üzerine etkisi anlamlı bulunmadı.

Olgularımızın yaş ortalaması 39.92 ± 9.59 tespit edildi. Pek çok çalışmada yaş büyük olanlarda sigara bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur (71-73). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarda olduğu gibi yaş ilerlemiş olanlarda sigara bırakma başarısı anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışmamızda dikkat çeken diğer bir nokta yaş dağılımıdır. Olguların %34.62'si 40-50 yaş grubundadır. Çok merkezli çalışmalar ve meta-analizlerde de benzer bir yaş dağılımı görülmektedir (74,75). Orta yaş grubundaki olguların yüksek oranı sigaraya bağlı sağlık problemlerinin kendini hissettirmeye başlaması ya da hastalıkların ortaya çıkması açısından daha riskli dönemde olmaları ile açıklanabilir.

Meslek grupları ile başarı oranları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, çalışmamızda emeklilerdeki sigara bırakma başarısı anlamlı olarak yüksek bulundu. Literatürde bu durumla ilgili bir veri olmasa da, Bu durum emeklilerde iş stresinin olmaması ve poliklinik kontrollerine uyumun daha rahat olmasıyla açıklanabilir.

Günlük içilen sigara sayısı değerinin bırakma başarısı ile korelasyon gösterdiğini belirten çalışmalar yanında günlük fazla sigara tüketiminin düşük bırakma oranları ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (68,76). Ayrıca kişilerin sigara içme özellikleri içinde belirtilen sigara içmeye başlama yaşı ve paket/yıl değeri de sigara bırakmada anlamlı değişkenler arasında tanımlanmıştır (77). Uzaslan ve ark. (48)'i, uzun yıllardır sigara içenlerde ve günde 11-20 adet sigara içenlerde başarı oranını anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Başka bir çalışmada daha az sayıda sigara içenlerde bırakma başarısı daha yüksek bulunmuş (66), diğer çalışmalarda ise günde içilen sigara sayısının bırakma oranını etkilemediği sonucuna varılmıştır (52,78,79). Çalışmamızda sigarayı bırakmış olgularda sigarayı düzenli içmeye başlama yaşı daha büyük, günlük sigara içme miktarı (adet/gün) daha az, sigara içme süresi (paket/yıl) daha fazla bulundu fakat bu verilerin sigara bırakma başarısı üstüne etkisi anlamlı bulunmadı.

Osler ve Prescott (70), başarılı sigara bırakma ile ilişkili faktörlerin içinde yüksek başlangıç motivasyonu da tanımlamışlardır. Solak ve ark. (49)'nın çalışmasındaki yüksek başarı oranını (%45.5) belirleyen faktörler için yoğun profesyonel desteğin yanında sigarayı bırakmayı deneme konusunda kararlı olguların tedavi programına alınması önemli

bulunmuştur. Çalışmamızda ilk muayene esnasındaki motivasyonu iyi olguların oranı sigarayı bırakmışlarda %55.9 bulundu, fakat olgularımızdaki iyi motivasyon durumunun sigarayı bırakma başarısına etkisi anlamlı bulunmadı.

Çalışmamızda olguların ilk poliklinik muayenelerindeki sigara bırakma evreleri değerlendirildiğinde, olguların pek çoğu (%60.3) nüks evresinde tespit edildi. Bu durumun sigara bırakma başarısı üstüne anlamlı etkisi bulunmadı.

Bazı çalışmalarda günlük içilen sigara sayısının nikotin bağımlılığı için artan risk ile yüksek korelasyon gösterdiği belirtilmiştir. Daha fazla, daha uzun süreli ve daha erken yaşlardan itibaren sigara içme anlamlı olarak daha yüksek FNBT sonuçları ile ilişkili bulunmuştur (80,81). FNBT skorunun bırakma başarısı ile korelasyon gösterdiğini belirten çalışmalar yanında yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının düşük bırakma oranları ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (68,76). Gorecka ve ark. (77)'nin yaptığı çalışmada düşük FNBT skoru sigara bırakmada başarılı sonuç ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda da düşük FNBT skoru olan olgulardaki sigara bırakma başarı oranları yüksek bulundu, fakat FNBT skorunun sigara bırakma başarısı üzerine etkisi anlamlı bulunmadı. Bu durum, çalışmamızdaki olgu sayısının fazla olmamasıyla açıklanabilir.

Birçok psikiyatrik hastalıkta sigara içme prevalansı yüksektir (82). Tedavi başlangıcında ve sigara bırakıldıktan sonra depresyon prevalansı arttığı için takiplerde anksiyete ve depresyon düzeyleri belirlenmelidir (83). Depresyon öyküsü olan hastalarda sigara bırakma başarısı daha düşük olduğu gibi depresif semptomlar da daha çok görülür ve depresyon hikayesi olmayan hastalarla kıyaslandığında depresyon rekürrens riski daha yüksektir (83,84). Fidan ve ark. (85)'nin yaptığı çalışmada sigara içmeye devam eden grupta, bırakmışlara göre hem anksiyete hem de depresyon skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da hastane anksiyete ve depresyon ölçeğine göre anksiyete (+) ve depresyon (+) kabul edilen gruplarda sigarayı bırakmamış olanların oranı daha yüksekti, fakat gerek anksiyete skorunun, gerekse depresyon skorunun sigarayı bırakma başarısı üzerine etkisi anlamlı bulunmadı.

Olguların sadece %7.9'u sigaraya ek başka bir tütün ürünü (nargile, puro, pipo vb.) kullanırken, %68.4'ü ithal marka sigara kullanıyordu. Çalışmamızda, ek tütün ürünü kullanımının sigara bırakma oranları üzerine etkisi olmadığı tespit edilirken, ithal marka sigara kullananlarda sigara bırakmama oranlarının yüksekliği anlamlı bulundu. Bu durum, ithal marka sigaralara bağımlılığı arttırıcı ya da bırakmayı zorlaştırıcı özelliklerin eklenmiş olabileceğini düşündürdü.

Sigarayı bırakma başarısı ile daha önce bırakmayı deneme sayısı arasında ters orantılı ilişki olduğu bildirilmiştir (86). Prochaska (87) tarafından öne sürülen teoride kişiler daha önce sigara bırakmayı ne kadar çok denediyse şimdiki sigara bırakma başarısının o kadar yüksek olacağı bildirilmiştir. Çalışmamızda ise daha önce sigara bırakmayı deneme değerlendirildiğinde sigarayı bırakma başarısı üzerine etkisi anlamlı bulunmadı.

Yakın çevredeki sigara içilme durumu değerlendirildiğinde, bazı çalışmalarda iş yerinde sigara içilmeyen olgularda bırakma başarısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (48). Osler ve Prescott (70), başarılı sigara bırakma ile ilişkili faktörleri değerlendirirken ev içinde sigara içilmemesini de tanımlamışlardır. Bizim çalışmamızda da ev içinde sigara içilmeyen olgularda başarı oranlarının yüksekliği anlamlı bulundu. İş yerinde sigara içilen olgularda ve ebeveynleri sigara içen olgularda sigara bırakmama oranları yüksek bulundu, fakat gerek iş yerinde sigara içmenin, gerekse anne-babanın sigara içmesinin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi anlamlı bulunmadı. Bu durum, ev içinde birden fazla sigara içen kişi olmasının sigara bırakmayı olumsuz yönde etkileyebileceği bununla birlikte bu içicilerin aynı anda sigarayı bırakma teşebbüsünde bulunmalarının birbirlerini olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmektedir. Ayrıca iş yerlerinde sigara içiminin yasaklanmasının sigara içmeyenleri ve bırakmak isteyenleri korumak açısından önemini vurgulamaktadır.

Olgularımızda sigara içme isteğinin en fazla çay, stres ve yemek sonrası olduğu bulunmuş olup bu sonuçlar diğer çalışmalar ile uyumludur (48). Bunlardan sadece artan stres ile sigara içme isteği artan olgularda sigara bırakma oranlarının düşüklüğü anlamlı bulundu.

Olgularımızda en sık görülen solunumsal yakınması hırıltılı solunumdu. KOAH tarama anketinde olguların %41.9'u yüksek riskli bulundu. Bazı çalışmalarda, olgularda ek hastalık bulunması başarıyı olumlu etkilerken (45,66), Salepçi ve ark. (50)'nin çalışmasında sigaraya bağlı hastalık bulunmasının başarı oranını etkilemediği tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda, olguların %50'sinde ek hastalık tespit edildi. Ek hastalıklar içinde en sık görülen %14.8 ile depresyondur. Ek hastalık bulunmasının sigara bırakma başarısı üzerine etkisi anlamlı bulunmadı.

Gerek poliklinik kontrolleri, gerekse telefon ile yoğun olarak uygulanan öneri ve destekleme yaklaşımının, sigara bırakma oranlarının yüksekliğinde etkili olduğu çalışmalarda vurgulanan ve saptanan bir bulgudur (88,89). Bizim çalışmamızda da sigara bırakmışlarda ortalama poliklinik kontrolü sayısı anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu durum, sigara içmenin bir hastalık olduğunu kabul edip, bırakmak için tıbbi yardıma ihtiyacı olduğunu düşünen ve bunun gereği olarak poliklinik randevularına düzenli gelen olguların bırakma konusunda daha başarılı olduğunu düşündürdü.

Olgularımızın % 37.2'si polikliniğimizi arkadaşından ya da eşinden duyduğunu belirtirken, ikinci olarak %19.2'si hastaneye geldiklerinde rastlantıyla polikliniğimizi gördüklerini belirttiler. Bu durum, hastanelerde sigara bırakma polikliniği bulunmasının dahi insanların sigarayı bırakma düşüncesine ilgisini arttırdığını, bu yüzden sigara bırakma polikliniklerinin sayısının artırılması ve ülke geneline yayılması gerekliliğini düşündürmektedir. Bunun yanında, doktorlardan, hemşirelerden, eczacılardan, medyadan (televizyon, radyo, gazete) ve internetten duyup ya da görerek polikliniğimize gelen olgu sayısı çok az ya da hiç yoktu. Bu durum, sağlık personelinin de konuya ilgisinin ya da bilgisinin az olduğunu, personelin konuyla ilgili bilgisinin artırılması için ülke genelinde hizmet içi eğitimlerin yapılması gerekliliğini düşündürmektedir. Ayrıca, insanları etkilemenin ve konuyla ilgili kamuoyu oluşturma'nın önemli bir yolu olan medya araçlarını ve interneti de daha fazla ve daha etkili kullanmalıyız.

Olgularımızın çoğu ilk poliklinik görüşmesinden memnun ayrılmış olup ilk görüşmenin beklentilerini karşıladığını belirtti. Memnun olmayanlarda, genelde anketlerin çok fazla olduğundan, ilk muayene sonu istenen tetkiklerin fazlalığından, hemen bıraktıracak mucizevi bir ilaç ya da sihirli değnek beklentisinin karşılanmamış olmasından, kendisiyle görüşen personelin hareketlerinin çok çocuksu ve yapmacık olduğundan bahsettiler. Ayrıca, çalışan olgularımız poliklinik randevu saatleriyle çalışma saatlerinin çakıştığı bu nedenle iş yerlerinden izin almayla ilgili problemler yaşadıklarını belirttiler ve bunun düzeltilmesi ile ilgili, polikliniğin rutin çalışma saatleri dışında da açık olması ya da hafta sonu açık olması gibi önerilerde bulundular. İl dışından gelen olgularımız fakülteye ulaşımın zorluklarından bahsederken hizmeti halka ulaştırmanın ve tabana yaymanın daha verimli olabileceği ile ilgili önerilerde bulundular.

Olgularımızın %38.5'i ilk görüşme sonrası poliklinik kontrollerinde yüz yüze görüşme isterken, %61.5'i grup tedavilerine katılmak istedi. Bu durum, davranış eğitimi ve motivasyonel destek sürecinde, uygulanabilen merkezlerde grup tedavisine önem verilmesi gerekliliğini düşündürmektedir.

Sigarayı bırakamayan olgularımızın nüks nedenleri incelendiğinde, en sık neden olarak %32.1 ile can sıkıntısı belirtildi. Bunu aşırı sinirlilik, bırakabileceğine yönelik aşırı güven, arkadaş ve çevre etkisi, aşırı sigara içme isteği, depresyon, önerilen tedaviye uyum sağlayamama ve kilo alma gibi nedenler izliyordu. Olgularımızın bazıları sigara bırakma düşüncesini kendi kafalarında tam olgunlaştıramadıklarını belirtirken, 1 (%1.3) kişi hiçbir nedeni yokken sigaraya tekrar başladığını belirtti. Nüks olguların hikayeleri sorulduğunda, genelde evde tek başınayken, ya da iş yerinde stresin arttığı bir zamanda kendi istekleriyle

sigara içmeye tekrar başladıklarına yönelik cevaplar alınırken, aileden birilerinin ölümü ya da çok keyifli olunan bir zamanda içme gibi cevaplar da alındı. Bir olgumuz da bir yıl içmemesine rağmen alkol bağımlısı olduğu için tekrar sigaraya başlamak zorunda kaldığını söyledi.

Sonuç olarak, insan sağlığının en önemli tehdit unsurlarından biri olan sigara ile mücadelede, sigaraya başlamanın engellenmesi kadar, milyonlarca bağımlının bırakmasına yardım edilmesi de önemlidir. Ancak, güçlü bağımlılık yapıcı özelliğinden ötürü yapılacak yardım, zaman ve sabır gerektirmektedir. Üstelik tüm çabalara rağmen, olgular kararlı bile olsalar, hepsinin bırakması sağlanamamaktadır. Bardağın dolu tarafından baktığımızda, çalışmamızda bulunmuş olan yüksek başarı oranı, olgularımızın sigarayı bırakmadaki kararlılığının, yoğun destek ve yakın takibin önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca, kendi başına sigarayı bırakmayı deneyenlerin sadece %3-5'i bunu başarabilirken, sigara bırakma polikliniklerinde başarının %40'lara çıkabilmesi de, sigara bırakma polikliniklerinin önemini ve yaygınlaştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

SONUÇLAR

Çalışmamızda sigarayı bırakmak için polikliniğimize başvuran hastaların genel özellikleri, başarı oranları, başarıyı etkileyen faktörlerin neler olduğu saptandı ve şu sonuçlar elde edildi:

1. Polikliniğimizde sigara bırakma hızları birinci ayda %66.6, 3. ayda %55.1, 6. ayda %51.2, 1. yılda %46.2 saptandı. Bu durum sigara bırakma tedavi başarımızın dünya standartlarında olduğunu göstermektedir.
2. Olgularımızın %35.9'una sadece destek tedavisi, %64,1'ine hem destek tedavisi hem de NRT verilmiş olduğu, Bupropionun ise hiç kullanılmadığı saptandı. Sadece destek tedavisi verilen olgulardaki başarı oranları ile destek tedavisi + NRT kombine edilmiş olgulardaki başarı oranları arasında fark olmadığı saptandı. Burada sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların ödeme kapsamında olmaması, tek başına NRT ile tedavide yetersiz kalınması halinde, birincil tedavide bupropionun yeteri kadar kullanılamamasının nedeni olarak düşünüldü.
3. Olgularımızın çoğunluğu orta yaş (40-50) grubunda idi ve 40 yaş üstü olgulardaki başarı oranları yüksek saptandı. Bu durum, sigaraya bağlı sağlık problemlerinin orta yaşlarda artmaya başlaması ile ilgili olabileceği gibi yaşla birlikte sorun çözme becerisinin artmasının da etkili olduğu düşünüldü..
4. Çalışmamızda cinsiyetin, medeni durumun ve eğitim durumunun sigara bırakma başarısına etkisi olmadığı fakat emeklilerde sigara bırakma başarısının yüksek olduğu saptandı. Bu durumun, emeklilerin iş stresinin olmaması ve poliklinik kontrollerine daha rahat gelebilmeleriyle de ilgisi olabileceği düşünüldü.

5. Çalışmamızda sigarayı bırakmış olgularda sigarayı düzenli içmeye başlama yaşının daha büyük, günlük sigara içme miktarının (adet/gün) daha az, sigara içme süresinin (paket/yıl) daha fazla olduğu fakat bu verilerin sigara bırakma başarısına etkisi olmadığı saptandı.
6. Çalışmamızda olguların ilk poliklinik muayenelerindeki sigara bırakma evreleri değerlendirildiğinde, olguların pek çoğunun nüks evresinde geldiği saptandı. Bırakma evresinin sigara bırakma başarısına etkisi saptanmadı.
7. Çalışmamızda bağımlılık skorunun, anksiyete ve depresyon skorunun sigara bırakma başarısı üzerine etkisi olmadığı saptandı. Bu durumun, çalışmamızdaki olgu sayısının az olmasıyla ilgisi olabileceği düşünüldü.
8. Olguların ek tütün ürünü kullanmasının, daha önce sigara bırakmayı denemiş olmalarının sigara bırakma başarısına etkisi bulunmazken, yerli marka sigara kullanan olgularda sigara bırakma başarıları yüksek saptandı. Bu durum, ithal marka sigaralara bağımlılığı arttırıcı ya da bırakmayı zorlaştırıcı özelliklerin eklenmiş olabileceğini düşündürdü.
9. Çalışmamızda anne-babanın sigara içmesinin veya iş yerinde sigara içilmesinin sigara bırakma başarısına etkisi olmadığı fakat evinde sigara içilmeyen olgularda sigara bırakma başarısı yüksek saptandı.
10. Olgularımızda en sık solunum semptomu olarak hırıltılı solunum, en sık ek hastalık olarak depresyon saptandı. Olgularımızda solunum semptomu bulunmasının veya ek hastalık bulunmasının sigara bırakma başarısını etkilemediği saptandı.
11. Olgularımızın çoğu polikliniğe ilk başvuru esnasında iyi motive idi. Motivasyon durumunun sigara bırakma başarısına etkisi olmadığı fakat poliklinik kontrol sayısı yüksek olan kişilerde sigara bırakma başarısı yüksek saptandı. Bu durum, sigara bırakma konusunda kararlı olmanın başarıyı arttırmada önemli bir faktör olduğunu düşündürdü.

ÖZET

Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakma başarılarını ve bu başarıyı etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla bu çalışmayı planladık.

Ocak 2005 - Mart 2006 ayları arasında polikliniğimize başvurmuş 201 olguya poliklinik kayıtlarındaki adres ve telefon numaralarını kullanarak ulaşmayı amaçladık. Ulaşabildiğimiz 120 olgu ile anket çalışması yaptık ve 78 olguyu çalışmamıza dahil ettik. Olguların sigarayı 1 yıl süreyle içmemiş olmalarını başarılı sonuç olarak değerlendirdik.

İlk görüşmede olguların anamnezleri alındı. Fizik muayeneleri, Fagerström bağımlılık testleri, karbonmonoksit ölçümleri yapıldı ve olgular sigaranın zararları hakkında bilgilendirildi. İkinci görüşmede tetkikleri değerlendirildikten sonra, tümüne davranış eğitimi verilip motivasyonel destek sağlandı. Olgularla ilk ay haftada bir, ikinci ay 15 günde bir, daha sonra ayda bir ve iki ayda bir olmak üzere en az bir yıl görüşme yapıldı.

Çalışmaya alınan 78 olgunun yaş ortalaması 39.92 ± 9.95 (22-59) olup 43'ü (%55.1) erkek, 35'i (%44.9) kadındı. Sigara içmeme oranları birinci ay %66.6 (52 olgu), 3. ayda %55.1 (43 olgu), 6. ayda %51.2 (40 olgu), 1. yılda %46.2 (36 olgu) idi. Bırakan olgularla bırakamayanlar arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sigarayı ilk deneme yaşı, düzenli içmeye başlama yaşı, içme süresi (paket/yıl), içme miktarı (adet/gün), başvuru esnasındaki bırakma evresi, motivasyon durumu, bağımlılık skoru, depresyon skoru, anksiyete skoru, ek tütün ürünü kullanımı, daha önce sigara bırakmayı deneme durumları, anne-babanın sigara içmesi, iş yerinde sigara içilmesi, solunum semptomları, ek hastalık ve kullanılan tedavi şekli değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p > 0.05$). Yaşı 40'ın üstünde olanlarda ($p = 0.035$), meslek durumu açısından emeklilerde ($p = 0.015$), yerli marka sigara içenlerde ($p = 0.014$), evinde sigara içilmeyen

olgularda ($p=0.034$) ve poliklinik izlemi fazla olan olgularda ($p=0.034$) sigara bırakma oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ve bu faktörlerin sigarayı bırakma başarısını olumlu yönde etkilediği kanaatine varıldı.

Anahtar kelimeler: tütün, sigara bırakma tedavisi, tütün kontrolü

EVALUATION FOR THE STUDY OF QUITTING SMOKING CLINIC OF TRAKYA UNIVERSITY MEDICAL FACULTY

SUMMARY

We have designed this study for searching the patients' success, who have applied to our quitting smoking clinic, about how they have quited smoking and the affectional factors for this success.

We have aimed at reaching 201 facts who applied to our clinic between January 2005 and March 2006, by using their address and telephone numbers from the clinic records. We have made surveys with 120 facts and included 78 facts in our study. Facts who have not smoked for one year are evaluated as success.

At the first meeting, we took facts' anamnesis. Physical consultations, fagerstorm test for nicotine dependence and carbon-monoxide measurements were made and facts were informed about disadvantages of smoking. At the second meeting, after we evaluated examination, motivational support was provided by giving behavioral training to all facts. We had meetings with facts once in a week at the first month, twice in the second month and after, once in a month and once in two months. This continued one year like this. 78 Facts' average ages are between 39.92 ± 9.95 (22-59), there are 43 males (%55.1) and 35 females (%44.9) in this study. Quitting smoking rates were; the first month was %66.6 (52 facts), the third month was %55.1 (43 facts), the sixth month was %51.2 (40 facts) and the first year was %46.2 (36 facts). When sex, marital status, educational status, age of first smoking experience, age of regularly smoking, period of smoking (packet/year), amount of smoking

(total/day), quitting stage when applied, motivational situation, score of addiction, score of depression, score of anxiety, using other tobacco products, situations of trying to quit smoking before, parents' smoking, smoking at work, symptoms of respiration, additional illness and taking treatment were evaluated, meaningful difference was not fixed statistically between the facts who quitted smoking and the facts who did not quit smoking ($p>0.05$). Facts whose ages are over 40 were ($p=0.035$), retireds were ($p=0.015$), facts smoking domestic products were ($p=0.014$), facts whose houses are non-smoking were ($p=0.034$) and facts whose clinical followings are upper were ($p=0.034$) quitting smoking rates are found as a meaningful stage statistically and positive direction of these factors in quitting smoking's success is convinced.

Key words: tobacco, smoking cesation treatment, tobacco control

KAYNAKLAR

1. Bruntland GH. The World Health Report 1999. World Health Organization; 1999. Genova.
2. Prabhat J, Frank J, Chaloupka P. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of tobacco Control 1999. Washington, World Bank.
3. PIAR Araştırması Ltd. Şti. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması; Ocak 1988.
4. Uzaslan E. Sigarayı bırakma yöntemleri. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2003; 12: 166-71
5. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 2000; 283: 3244-54.
6. Lillington GA, Leonard CT, Sacks DP. Smoking cessation. Techniques and benefits. Clin Chest Medicine 2000; 21: 199-208.
7. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 175: 1270-80.
8. Hughes JR, Fiester S, Goldstein MG. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J.Psychiatry 1996; 153 suppl 1: 1-31.
9. European Medical Association Smoking or Health. Guidelines on smoking cessation for general practitioners and other health professionals. Monaldi Arch Chest Dis. 1997; 52: 282-84.
10. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. Thorax 1998; 53 (1 Suppl 5): 1-19.

11. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-99.
12. World Health Organization. The History of Tobacco. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>
13. Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu Yayınları, 1979: 2-5.
14. Sapan H. Türk Tütününde Fiyatlandırma Politikası (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı; 1997.
15. Yılmaz F. Tütünün macerası. *Tombak Dergisi* 2000; 33: 83-7.
16. Peçevi İ. (Çeviri: M. Uraz). Peçevi Tarihi. İstanbul: Neşriyat Yurdu Yayınları, 1968; 1: 196-7.
17. Yılmaz F. Tütünün macerası II. *Tombak Dergisi* 2000; 34: 24-30.
18. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. In: D'Amato G, Holgate ST (Eds.). *The impact of Air Pollution on Respiratory Health*. 1.st. Sheffield: ERS Journal Ltd. Eur Respir Monography; 2002: p. 161-79.
19. International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans, 2003. Vol 88, Lyon, France.
20. Pryor WA, Stone K. Oxidants in cigarette smoke; radicals, hydrogen peroxide, peroxynitrate and peroxynitrite . *Ann NY Acad Sci* 1993; 686: 12-28.
21. Ambrose JA, Barua RS. The Pathophysiology of Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1731- 37.
22. Zevin S, Saunders S, Gourlay SG, Jacob P, Benowitz NL. Cardiovascular Effects of Carbon Monoxide and Cigarette Smoking. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38: 1633-38.
23. Ridker PM, Genest J, Libby P. Risk Factors Atherosclerotic Disease. In: Braunwald E, Zipes D, Libby P (Eds.). *Heart Disease*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001: p. 1010-40.
24. Shapiro SD. The macrophage in COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 29-32.
25. Tuder RM, Voelkel NF. The pathobiology of chronic bronchitis and emphysema. In: Voelkel NF, MacNee W (Eds.). *Chronic Obstructive Lung Disease*. 3th ed. London: BC Decker Inc; 2002: p. 90-113.
26. Beyer J, Waverly I. Tobacco Control Policy. Strategies, Successes and Setbacks. Washington: The World Bank, 2003: 1-12.

27. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 3. Male smoking 2002: 24-25.
28. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 4. Female smoking 2002: 26-27.
29. Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Green L, Blanton C et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. Bull World Health Organ 2000; 78: 868-76.
30. Tucker JS, Ellickson PL, Klein DJ. Predictors of the regular smoking during adolescence and young adulthood. J Adolesc Health 2003; 32: 314-24.
31. Kann L, Kinchen SA, Williams BI. Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 1999. MMWR 2000; 49: 1-96.
32. Kocabaş A. Orta dereceli okul öğrencilerinde sigara içme alışkanlığı. Ankara Tıp Mecmuası 1988; 41: 9-22.
33. Kiyak M, Dağoğlu T. Lise öğrencileri arasında sigara kullanımı. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni 1990; 11: 14-7.
34. Dabakođlu T, Kukner S, Vicdan K, Keleş G, Ergin T, Gökmen O. Smoking drinking and drug use in female adolescent. Tr J Med Sci 1993; 19: 157-64.
35. Karlıkaya C. Edirne’de orta öğretim öğrencilerinde sigara içme prevalansı. Toraks Dergisi 2002; 3: 6-12.
36. BİGTAŞ, Health Services Utilization Survey in Turkey, 1993. Ministry of Health.
37. Emri S, Başoğlu S, Turnagöl H, Bağcı T, Karakoca Y. Epidemiology of smoking among Turkish adults: a national Household survey 2002. The second International symposium on medicalgeology, nutrition and Cancer. Abstract book p. 33-6. İstanbul, 2003.
38. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: result of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25: 1551-6.
39. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
40. Şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005.
41. World Health Organization. The tobacco epidemic ranges on in Eastern and Central Europe. Fact Sheet No. 156. Geneva, Switzerland; 1997.
42. Dabak Ş. Sigara ve sağlık. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004; 1-32.

43. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006; 7(1): 51-64.
44. Edis EÇ, Karlıkaya C. Türkiye’de akciğer kanserinin maliyeti. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2006; 55(1): 51-8
45. Demir T. Sigara bırakmada yenilikler. *Dispne* 2007; 2: 97-1001.
46. Schuman A, Mever C, Rumpf HJ, Hannöver W, Hapke U, John U. Stage of change transitions and processes of change. Decisional balance, and self-efficacy in smokers: a transtheoretical model validation using longitudinal data. *Psychol Addict Behav*. 2005; 19(1): 3-9.
47. Fabbri LM, Boschetto P. COPD guidelines. *Am J Respir Crit Care Med*, 2007; 176: 527-31
48. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadag M, Yüksel EG. The physician’s intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci* 2000; 9: 63-9.
49. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Toraks Dergisi*, 2003; 4: 73-7.
50. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader Ş. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Toraks Dergisi*, 2005; 6: 151-8.
51. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks*, 2004; 52: 63-8.
52. Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks*, 2004; 52:69-74.
53. A US Public Health Service report. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff and consortium representatives. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.
54. Uzaslan E. Sigarayı bırakma yöntemleri. *Sigara ve Sağlık*, 2002: 429-60.
55. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343: 139-42.
56. Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, Van Biljon X, Robidou A, Westin A et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: Double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000; 321: 329-33.
57. Shiffman S, Rolf CN, Hellesbusch SJ, Hellebush HJ, Gorsline J, Gorodetzky CW et al. Real-world efficacy of prescription and over the counter nicotine replacement therapy. *Addiction* 2002; 97: 505-16.
58. DeGraff AC. Pharmacologic therapy for nicotine addiction. *Chest* 2002; 122: 392-4.

59. Hays TJ, Croghan IT, Schroeder DR, Offort KP, Hurt RD. Over the counter nicotine patch therapy for smoking cessation: Results from randomized, double-blind, placebo-controlled, and open label trials. *Am J Public Health* 1999; 89: 1701-7.
60. Dey P, Foy R, Woodman M, Fullard B, Gibbs A. Should smoking cessation cost a packet? A pilot randomized controlled trial of the cost effectiveness of distributing nicotine therapy free of charge. *British J General Practice* 1999; 49: 127-8.
61. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. The effect of nicotine replacement on smoking cessation. In: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D, (Eds.). *Tobacco Addiction Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews*. Oxford: The Cochrane Collaboration; 1997. p: 1-18.
62. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002; 346: 506-12.
63. Bakkevic O, Steine S, von Hafenbradl K. Smoking cessation. A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. *Scand J Prim Health Care* 2000 Dec; 18: 247-51.
64. Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, Ossip-Klein DJ, Boles SM. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Educ Res* 1996; 11: 243-57.
65. Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, Rosbrok B, Sadler G, Pierce JP. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 202-11.
66. Wilson DH, Wakefield MA, Steven ID, Rohrsheim RA, Esterman AJ, Graham NMH. "Sick of smoking": Evaluation of targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. *Med J Aust* 1990; 152: 518-21.
67. Gourley SG, Forbes A, Marriner T. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. *BMJ* 1994; 309: 842-6.
68. Chandola T, Head J, Bartley M. Sociodemographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 2004; 99: 770-7.
69. Şahbaz S, Kılınc O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. *Toraks Dergisi* 2007; 8(2): 110-4
70. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioral and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tobacco Control* 1998; 7: 262-7.
71. Kabat GC, Wynder EL. Determinants of quitting smoking. *Am J Public Health* 1987; 77: 1301-5.
72. Coombs RB, Li S, Kozlowski LT. Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 240-6.

73. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Hatziandreu EJ, Patel MK. Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? *JAMA* 1990; 263: 2760-5.
74. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA* 1994; 271: 1940-7.
75. Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russel MA, Saracci R, Gulsik A et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. *Eur Respir J* 1999; 13: 238-46.
76. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS. Predicting smoking cessation : Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994; 271; 589-94.
77. Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscinska E. Diagnosis of airway limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003; 123: 1916-23.
78. Schacter S. Recidivism and self cure smoking and obesity. *Am Psychol* 1982; 37: 436-44.
79. Rzewnicki R, Forgays DG. Recidivism and self cure of smoking and obesity: an attempt to replicate. *Am Psychol* 1987; 42: 97-100.
80. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001; 10: 165-9.
81. Niu T, Chen C, Ni J, Wang B. Nicotine dependence and its familial aggregation in chinese. *J Epidemiol* 2000;29: 248-52.
82. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004; 29: 1067-83.
83. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001; 357: 1929-32.
84. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *J. Am. Med. Assoc.* 1990; 264: 1546-49.
85. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigarayı bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005; 6: 27-34.
86. Raheison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med*, 2005;99:1303-10.
87. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross C. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav* 1985;10:395-406.
88. Simon AJ, Carmody TP, Hudes HS, Proper KI, Hildebrant VH. Intensive smoking cessation counselling versus minimal counselling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: A randomized trial. *Am. J. Med.* 2003; 114: 555-62.

89. Smiths SS, Jorenby DE, Fiore MC, Kenford SL, Wetter DW. Strike while iron is hot: Can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 429-39.

EKLER

EK 1



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURUL BAŞKANLIĞI
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı: 08

Karar Tarihi: 12.04.2007

13-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 12.04.2007 tarihinde; "Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi" adlı TÜTFEK-2007/066 protokol no.lu. Dr. Rifat KÖKTEN'in tez çalışmasını incelemek üzere toplandı. Avukat Mustafa POLAT izinli olması nedeniyle katılmadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Fakültemiz Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında yapılacağı, Doç. Dr. Celal KARLIKAYA'nın yürütücüsü olduğu; araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda Helsinki Deklerasyonu Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda yapılmasının UYGUN olduğuna mevcudun oybirliği ile karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. Ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Avukat Mustafa POLAT Üye	Ceza Hukuku	T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

Posta Adresi:
T.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı
Güllapoğlu Yerleşkesi
22030 EDİRNE

Tel: (0284) 235 76 53 – 235 73 73
Faks: (0284) 235 76 52
E-posta: dekanlik@trakya.edu.tr
Elektronik Ağ: http://tipfak.trakya.edu.tr

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ SONUÇ DEĞERLENDİRME TEZ ANKETİ

Merhaba, Ben Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden arıyorum. Adım Dr. Hastanemizden aldığımız bir tıbbi hizmetin etkinliğini değerlendirmek üzere araştırma yapmakla görevliyim. Araştırdığım hizmet etkinliği sigara bırakma polikliniği. Sigara Bırakma Polikliniğimizdeki kayıtlara göre tarihinde sigarayı bırakmak üzere başvurmuşsunuz. Bununla ilgili size tahminen dk. Anket uygulayacağım. Bu anket sonucuna göre bu poliklinik hizmetleri yeniden değerlendirilecek ve geliştirilecektir. Vereceğiniz yanıtlar bundan sonra daha kaliteli hizmet sunulması sağlayacak olup bizim için çok değerlidir. Şimdi izin verirsiniz sorulara geçebilir miyiz? (Kabul etmezse nedenini sor ve daha sonra yanıt vermesi için bir randevu almaya çalış)

Adı Soyadı (Sormadan kaydet):

Tarih :/...../.....

Hasta numarası :

SORULAR

1- (Hatırlıyor musunuz) sigara bırakma polikliniğimizi nereden ya da kimden duymuştunuz? *(seçenekleri okuyacağım)*

- a) Göğüs Hastalıkları uzmanından b) Herhangi bir uzman doktordan c) Pratisyen doktor
d) Arkadaşından ya da eşinden e) Hemşireden f) Eczacıdan
g) El ilanı h) Duvar ilanı i) Medyadan (Tv ya da radyo)
j) İnternette k) Hatırlamıyorum

2- Sigara bırakma polikliniğindeki ilk görüşmeyi kiminle yaptınız ?

- a) Dr. Ebru Ç. Edis b) Dr. Celal Karlıkaya c) Hemşire d) Seminer- Grup
e) Diğer.....

3- İlk görüşme beklentilerinizi karşıladı mı ?

- a) Hiç karşılamadı b) Biraz karşıladı c) Hepsini karşıladı

4- Beklentileriniz karşılanmadıysa bu konunun düzeltilmesi için önerileriniz:

5- İlk görüşmeden (grup terapisi) memnun ayrıldınız mı?

- a) Çok memnun
b) Memnun
c) Orta dereceli memnun
d) Memnun değil
e) Hiç memnun değil

6- İlk görüşmeden sonra verilen randevulara geldiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

7- Cevap evet ise, görüşmelerde hangi yöntemi istediniz?

- a) Yüz-yüze görüşme b) Grup yöntemi c) Telefon ile görüşme d) Diğer.....

8- Toplam kaç görüşmeye katıldınız? :

9- Sigara bırakmak için gün belirlediniz mi ?

- a) Evet b) Hayır

10- Polikliniğimizdeki görüşmeler sonucu sigarayı bırakabildiniz mi ?

- a) Evet b) Hayır

Cevap evet ise, sigara bırakma tarihi (hatırlayabilirse)...../...../.....

11- Şu anki durumunuz nedir?

- a) Halen içmiyorum b) Arada tek tük içiyorum c) Tekrar düzenli içmeye başladım

12- Halen içmiyorsa, nefes testi (PiCO) için kontrole gelebilir mi?

- a) Evet b) Hayır

Cevap evet ise, Kontrol tarihi :/...../..... Ölçülen PiCO :

Cevap hayır ise, halen sigara içip-içmediği evdeki yakınlarına sorulacak (Bu işlem hastanın izniyle ve rencide edilmeden yapılacak) ?

- a) İçmiyor b) Arada tek-tük içiyor c) Düzenli içiyor

13- Tekrar başladı ise başlama tarihi :/...../.....

14- Nasıl oldu da başladınız (Nerede, nasıl, kimlerle iken,)?

.....
.....
.....
.....

15- Başlama nedeni ya da nedenleri:

- a) Aşırı sigara içme isteği
b) Motivasyon azalması
c) Önerilen tedaviye uyum sağlamama
d) Tekrar bırakabileceğine yönelik aşırı güven
e) Arkadaş ve çevre etkisi
f) Depreyon
g) Can sıkıntısı
h) Aşırı sinirlilik
ı) Dikkat toplayamama
i) Uyku bozuklukları
k) Baş ağrısı
l) Kabızlık
m) Kilo alma
n) Ağız yaraları
o) Baş ve yüzde uyuşma
ö) Dengesizlik
p) nedeni yok
r) diğer.....

16- Sigara polikliniğine tedavi için tekrar gelmeyi düşünür müsünüz?

- a) Evet b) Hayır



HOŞ GELDİNİZ!

Sigara Bırakma polikliniğine başvurduğunuz için tebrik ve teşekkür ederiz.

SİZİ TANIYABİLİR MİYİZ?

Adı Soyadı:			
Tarih:	Cinsiyet:	Medeni Durum:	
Doğum Yeri ve Yılı:	Yaş:	Sosyal Güvence:	
Adres:		Telefon: Cep Tel: Faks Numarası:	
Eğitim Durumu:			
Meslek:			

Cep telefonunuza sigara ile ilgili bilgiler gelmesini ister misiniz?

Evet Hayır

Elektronik-postanız (varsa):

Elektronik postanıza sigara ile ilgili bilgiler gelmesini ister misiniz?

Evet Hayır

Nasıl Başvurdunuz?

1. Doktor önerisi ile

2. Kendi isteğim ile

3. Diğer



Adı Soyadı:

Form SPCK 002

TÜTF GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ
MOTİVASYON VE İSTEKLİLİK



1. Eğer kolaylıkla yapabilseniz sigarayı bırakmak ister miydiniz?
Hayır (0) Evet (1)
2. Gerçekten sigarayı bırakmak istiyor musunuz?
Hiç (0)
Biraz (1)
Orta derecede (2)
Çok (3)
3. Önümüzdeki 2 hafta içinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?
Hayır (0)
Belki (1)
Büyük olasılıkla (2)
Kesinlikle (3)
4. 6 ay süresince "sigarayı bırakmış bir kişi" olacağınızı düşünüyor musunuz?
Hayır (0)
Belki (1)
Büyük olasılıkla (2)
Kesinlikle (3)

9-10:	İyi motivasyon
6-8:	Orta motivasyon
0-8:	Zayıf motivasyon

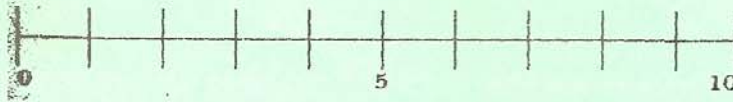
Motivasyonunuz zayıfsa kendinizi yeniden değerlendirin. Sigaranın zararlarını iyice sorgulayın.

Sigara Bırakma Motivasyonu - Hangi Aşamadasınız?

1. Sizin için sigarayı bırakmak önemli mi?
Çok önemli (5) Biraz önemli (3) Az önemli veya hiç önemi yok (1)
2. Sigarayı bırakma kararınızda başkalarının etkisi nedir?
Zayıf veya hiç (5) Orta (3) Büyük (1)
3. Eğer sigarayı bırakmayı denerseniz kendinize ne kadar başarı şansı verirsiniz?
Çok (5) Orta (3) Şüpheli (1)

12-15 :	Eylem
1-11 :	Hazırlanma
6 ve altında :	Kararsız, zayıf başarı şansı

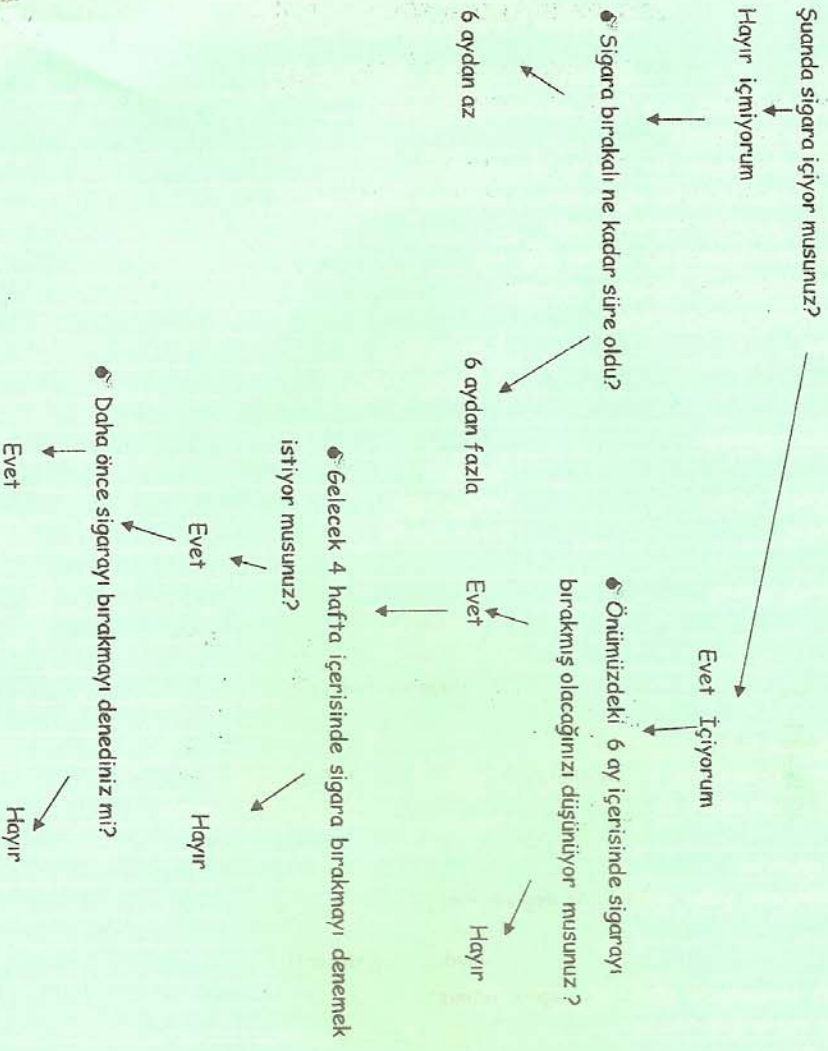
Sigara Bırakma Arzunuzu Değerlendirin (aşağıdaki cetvel üzerinde işaretleyin):





DURUMUNUZU BELİRLEYİM ! (Size uyan durumu yavrlak içine alınız)

Adı Soyadı:
Protokol No:





Form SPCK 004



TÜTF GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ

SİGARAYI NASIL ÖĞRENDİM?

Sigarayı ilk kez kaç yaşında içtiniz (ilk kez denediğiniz yaş):	
İlk sigaranızın markası neydi?.....	
İlk denemeden sonra sigarayı bir daha ne zaman içtiniz:	
Düzenli olarak her gün en az bir sigara içmeye ne zaman başladınız:.....	
Düzenli içtiğiniz sigaranızın markası neydi?.....	
Sigaraya başlarken etkilendiğiniz kişiler oldu mu:	
Sigara bağımlısı olduğunuzu düşünüyor musunuz?	
İlk sigaranızı nereden temin ettiniz:	
1. Arkadaşımdan <input type="checkbox"/>	3. Satın aldım <input type="checkbox"/>
2. Evden <input type="checkbox"/>	4. İzmarit içtim <input type="checkbox"/>
5. Diğer	

Sigaraya başlama nedeniniz:

1. Merak <input type="checkbox"/>	Özenti <input type="checkbox"/>
2. Çevrenin psikolojik baskısı <input type="checkbox"/>	Yasağa tepki <input type="checkbox"/>
3. Kendini ispatlama <input type="checkbox"/>	Stres, üzüntü <input type="checkbox"/>
Diğer:	

İlk sigarayı nerede içtiniz:

1. Okul <input type="checkbox"/>	4. Toplantıda <input type="checkbox"/>
2. Ev <input type="checkbox"/>	5. Dışarıda <input type="checkbox"/>
3. İşyeri <input type="checkbox"/>	6. Hatırlamıyorum <input type="checkbox"/>
Diğer:	

İlk sigara içtiğinizde neler hissettiniz:

1. Midem bulandı, başım döndü, kendimi kötü hissettim <input type="checkbox"/>	3. Zevk aldım <input type="checkbox"/>
2. Bir daha asla içmem dedim <input type="checkbox"/>	4. Suçluluk hissettim <input type="checkbox"/>
Diğer:	
Sigara içtiği toplam yıl:	

Sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişiklikler

Değişmedi <input type="checkbox"/>	Azaldı <input type="checkbox"/>
Arttı <input type="checkbox"/>	Aynıydı yıldır arttı. <input type="checkbox"/>

En çok içtiğiniz zamanlarda günde kaç sigara içtiniz:
Bu sırada hangi marka içiyordunuz:
Şu anda günde içtiğiniz sigara miktarı:
Kaç yıldır günde en az 1 sigara içiyorum?
Sigara tüketimi (Paket yılı):
Pazartesi-Cumaya içtiğiniz sigara miktarı (paket):.....
Cumartesi-Pazar içtiğiniz sigara miktarı (paket):.....
İçtiğiniz sigaranın tipi : Yerli <input type="checkbox"/> Yabancı <input type="checkbox"/> Filtresiz <input type="checkbox"/> Filtreli <input type="checkbox"/> Markası <input type="checkbox"/>
1 yıl veya daha fazla içtiğiniz sigara markaları:
.....
Başka tütün mamulü kullanıyor musunuz?
<input type="checkbox"/> Hayır
<input type="checkbox"/> Nargile
<input type="checkbox"/> Puro
<input type="checkbox"/> Pipo
<input type="checkbox"/> Diğer

Adı Soyadı:

Tarih:

Sigara içmekten zevk alıyor musunuz?

Evet <input type="checkbox"/>	Günde içtiğiniz sigaranın Kaçından zevk alıyorsunuz:
Hayır zevk almadan içiyorum <input type="checkbox"/>	Nedenini Belirtiniz:

Sigarayı bırakmayı isteme nedenleriniz:

1. Şu andaki hastalık <input type="checkbox"/>	6. Toplum baskısı <input type="checkbox"/>
2. İleride hastalanma korkusu <input type="checkbox"/>	7. Utandığım için <input type="checkbox"/>
3. Çevreme zarar veriyor <input type="checkbox"/>	8. Kokusundan iğrendiğim için <input type="checkbox"/>
4. Ekonomik nedenler <input type="checkbox"/>	9. Doktor önerisi <input type="checkbox"/>
5. İnançlarından dolayı <input type="checkbox"/>	10. Çevreye iyi örnek olmak için <input type="checkbox"/>
11. İşyeri baskısı <input type="checkbox"/>	12. Diğer..... <input type="checkbox"/>

Herhangi bir sağlık görevlisi sigarayı bırakmanızı gerektiğini söyledi mi? Evet Hayır **Daha önce bırakmayı denediğinde karşılaştığınız güçlükler nelerdir?**

1. Sinirlilik <input type="checkbox"/>	7. Kabızlık <input type="checkbox"/>
2. Konsantrasyon bozukluğu (Dikkati toplayamama) <input type="checkbox"/>	8. Baş ağrısı <input type="checkbox"/>
3. Baş ve yüzde uyuşma <input type="checkbox"/>	9. Zorluk yok <input type="checkbox"/>
4. Uyku bozukluğu <input type="checkbox"/>	10. İştah artışı <input type="checkbox"/>
5. Dengesizlik <input type="checkbox"/>	11. Ağız yaraları <input type="checkbox"/>
6. Aşırı sigara içme isteği <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Denenmiş ise başarısız olma nedeni nedir?

1. Motivasyonda azalma <input type="checkbox"/>	7. Kabızlık <input type="checkbox"/>
2. Kendi isteği ile bırakmamış olması <input type="checkbox"/>	8. Kilo alma <input type="checkbox"/>
3. Sigara içme isteği <input type="checkbox"/>	9. Baş ağrısı <input type="checkbox"/>
4. Stres <input type="checkbox"/>	10. Konsantrasyon bozukluğu <input type="checkbox"/>
5. Arkadaş etkisi <input type="checkbox"/>	11. Bilmiyorum <input type="checkbox"/>
6. Sinirlilik yaptığı için <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Güçlükler için çözüm buldunuz mu?

Profesyonel destek aldınız mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
(herhangi bir sigara bırakma programına katıldınız mı?

Cevabınız evetse yöntem nedir?

1. Farmakolojik <input type="checkbox"/>	4. Psikiyatrik <input type="checkbox"/>
2. Akupunktur <input type="checkbox"/>	5. Diğer: <input type="checkbox"/>
3. Hipnoz <input type="checkbox"/>	

YAKIN ÇEVRENİZDEKİ SİGARA ÖYKÜSÜ:

Anne babanız sigara içer miydi? <input type="checkbox"/>
Çocukken sigara dumanına maruz kaldı mı? <input type="checkbox"/>
Evde sizden başka sigara içen var mı? <input type="checkbox"/>
İş yerinde birlikte çalıştığı kişiler sigara içiyor mu? <input type="checkbox"/>
Evinde sigara içmeyen fakat kendisinin içtiği sigara dumanına maruz kalan kaç kişi var? <input type="checkbox"/>
İş yerinde günde yaklaşık kaç sigara içiyor? <input type="checkbox"/>
Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz, hobileriniz nelerdir? <input type="checkbox"/>
Devamlı kullandığınız bağımlılık yapıcı madde var mı? <input type="checkbox"/>
Alkol <input type="checkbox"/> Miktarı
Diğer <input type="checkbox"/>

Sigara içme isteğini artıran nedenler?

1. Çay <input type="checkbox"/>	8. Bir fincan kahve içtiğimde <input type="checkbox"/>
2. Yemekten sonra <input type="checkbox"/>	9. Sigara içen birini gördüğümde <input type="checkbox"/>
3. Stres <input type="checkbox"/>	10. Televizyon seyrederken <input type="checkbox"/>
4. Kül tablasında sigara gördüğümde <input type="checkbox"/>	11. Bir içki yanında <input type="checkbox"/>
5. Evde temizlik yaptığımda <input type="checkbox"/>	12. Araba kullandığım sırada <input type="checkbox"/>
6. Telefon kaldığında <input type="checkbox"/>	13. İşten çıktıktan sonra <input type="checkbox"/>
7. Gevşediğimde <input type="checkbox"/>	14. Diğer <input type="checkbox"/>

Hoş olmayan şeyler hissettiğinizde sigara kullanır mısınız?

Tiryakiler sıklıkla bazı duygularla başa çıkmak için sigarayı kullanırlar. Bunları ne zaman yaptığınızı düşünün.

"Şunu hissettiğimde sigara içiyorum"

<input type="checkbox"/> Sinirlilik olduğunda	<input type="checkbox"/> Bana kötü davranıldığında
<input type="checkbox"/> Hayal kırıklığında	<input type="checkbox"/> İncitildiğimde
<input type="checkbox"/> Kızgınlık hissettiğimde	<input type="checkbox"/> Korktuğumda
<input type="checkbox"/> Üzüldüğümde	<input type="checkbox"/> Engellendiğimde
<input type="checkbox"/> Yalnızlık hissettiğimde	<input type="checkbox"/> Mahcup olduğumda
<input type="checkbox"/> Terkedilmişlik hissettiğimde	<input type="checkbox"/> Moral bozukluğunda
<input type="checkbox"/> Suçluluk hissettiğimde	<input type="checkbox"/> Kaygılı iken
<input type="checkbox"/> Kendime kızdığımında	<input type="checkbox"/> Sıkıldığımda
<input type="checkbox"/> Kullanıldığımı düşününce	<input type="checkbox"/> Endişelendiğimde



NIKOTİNE BAĞIMLI MIYIM?

Adı Soyadı:

Tarih:

1. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

- İlk 5 dakika içerisinde (3)
6-30 dakika içerisinde (2)
31 - 60 dakika içinde (1)
1 saatten sonra (0)

2. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorluk çekiyor musunuz?

- Evet (1)
Hayır (0)

3. Hangi sigara sizce daha vazgeçilmez?

- Sabah içilen ilk sigara (1)
Diğerleri (0)

4. Günde kaç sigara içiyorsunuz?

- 10 taneden az (0)
11-20 (1)
21-30 (2)
31 ve daha fazla (3)

5. Sigarayı günün ilk saatlerinde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

- Evet (1)
Hayır (0)

6. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?

- Evet (1)
Hayır (0)

7. İçtiğiniz sigaranın markası:

8. İçtiğiniz sigaranın nikotin miktarı?

Sonuç:puan

- 0-2 çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
 3-4 düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
 5 orta düzeyde nikotin bağımlılığı
 6-7 yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı
 8-10 Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı

Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

Sıkıntı ve Depresyon Durumum

Son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.

- Çoğu zaman 3
 Birçok zaman 2
 Zaman zaman ,bazen 1
 Hiçbir zaman 0

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar 0
 Pek eskisi kadar değil 1
 Yalnızca biraz eskisi kadar 2
 Neredeyse hiç eskisi kadar değil 3

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli 3
 Evet,ama çok da şiddetli değil 2
 Biraz,ama beni endişelendiriyor 1
 Hayır hiç öyle değil 0

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar 0
 Şimdi pek o kadar değil 1
 Şimdi kesinlikle o kadar değil 2
 Artık hiç değil 3

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman 3
 Birçok zaman 2
 Zaman zaman , ama çok sık değil 1
 Yalnızca bazen 0

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Çoğu zaman 0
 Bazen 1
 Sık değil 2
 Hiçbir zaman 3

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle 0
 Genellikle 1
 Sık değil 2
 Hiçbir zaman 3

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman 3
 Çok sık 2
 Bazen 1
 Hiçbir zaman 0

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman 0
 Bazen 1
 Oldukça sık 2
 Çok sık 3

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle 3
 Gerekli kadar özen göstermiyorum 2
 Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum 1
 Her zamanki kadar özen gösteriyorum 0

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla 3
 Oldukça fazla 2
 Çok fazla değil 1
 Hiç değil 0

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar 0
 Her zamankinden biraz daha az 1
 Her zamankinden kesinlikle az 2
 Hemen hemen hiç 3

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık 3
 Oldukça sık 2
 Çok sık değil 1
 Hiçbir zaman 0

14) İyi bir kitap, televizyon yada radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla 0
 Bazen 1
 Pek sık değil 2
 Çok seyrek 3

Değerlendirme Ölçeği: 1,3,5,7,9,11,13 Nolu Sorular Anksiyeteyi Ölçer Skor 10 Ve Üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir. 2,4,6,8,10,12,14 No.lu Sorular Depresyonu Ölçer Skor 7 Ve Üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir.

Anksiyete skoru:

Depresyon skoru:



Form SPCK 08

**TÜTF GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ****SİGARAYI BIRAKMaktan KORKUYOR MUYUM?**

Adı Soyadı:

Tarih:

	HİÇ	AZ	ORTA	ÇOK
Günlük hoşnutluk hissini kaybetmekten				
Kilo almaktan				
İşlerin iyi gitmemesinden				
Tedirgin (irritabl) olmaktan				
Yaşama sevincini kaybetmekten				
Depresif olmaktan				
Uyku problemlerinin olmasından				
Konsantrasyon sorunlarından (dikkatimi toplayamamaktan)				
İş performansının azalmasından				
Sigarayı Bırakmaktan Korkuyorum				

Adı Soyadı:

Protokol No:

SOLUNUM SİSTEMİ İLE İLGİLİ YAKINMALARINIZ	Evet	Hayır	Bilmiyorum
ÖKSÜRÜK			
1. Her sabah uyanır uyanmaz öksürür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Genellikle günün diğer saatlerinde veya gece öksürür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Bu Sorulara HAYIR dediysenİZ 3-6. soruları atlayınız)</i>			
3. Yılda en az 3 ay ve çoğu günlerinde öksürük olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bu öksürük sizde kaç yıldır var?			
2 yıldan az.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-5 yıl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 yıldan fazla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haftanın her hangi bir gününde daha çok öksürüğünüz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evet ise hangi gün?			
6. Özellikle herhangi bir mevsimde öksürüğünüz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evet ise hangi mevsim?			
BALGAM			
1. Sabahları veya uyanır uyanmaz göğsünüzden balgam çıkarır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Genellikle günün diğer saatlerinde veya gece balgam çıkarır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Balgamın rengi nasıl?			
<i>(Bu sorulara HAYIR dediyseniz 3-4. soruları atlayınız)</i>			
4. Yılda en az üç ay ve çoğu günlerde balgam çıkarır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bu şekilde kaç yıldır balgam çıkarırsınız?			
2 yıldan az.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-5 yıl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 yıldan fazla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIRILTI			
1. Solunum sırasında hiç ıslık sesi, hışıltı, hırıltı hissettiğiniz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hiç hırıltı ile birlikte nefes darlığı atağınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hiç göğsünüzde tıkanma hissettiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Bu sorulara HAYIR dediyseniz 3-4. soruları atlayınız)</i>			
4. İlk kaç yaşında hırıltınız oldu?			
5. Hırıltı ne kadar sıklıkla ortaya çıkıyor?			
Her gün	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her gece.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haftada bir-iki kere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayda bir-iki kere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yılda bir-iki kere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haftanın her hangi bir günü kötüleşme oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hangi gün.....			
NEFES DARLIĞI			
1. Düz yolda giderken nefes darlığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Merdiven çıkarken nefes darlığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hiç durmadan kaç kat merdiven çıkabilirsiniz?			
1'den az	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3'den fazla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLUNUM SİSTEMİ İLE İLGİLİ YAKINMALARINIZ

Evet Hayır Bilmiyorum

GÖĞÜS AĞRISI

1. Hiç Göğsünüzde Ağrı Oluyor mu?
(HAYIR dendiye bir sonraki bölüme atlayınız.)
Evet ise en son ne zaman oldu? _____
Diğer Kronobiyolojik özelliklerini de (gün içi seyri, periyodik olup olmadığı,
periyodların süresi vs kaydediniz) _____
2. Göğsünüzün Hangi Bölgesinde Ağrı Oluyor? _____
3. Ağrının Niteliğini tanımlayınız _____
4. Nefes almakla artıyor mu?
5. Öksürmekle artıyor mu?
6. Gülmekle artıyor mu?
7. Pozisyonla ilişkisi var mı?
8. Eforla ilişkisi var mı?
9. Yemekle ilişkisi var mı?
10. Yayılmı var mı?
Nerele ve niteliği? _____
11. Ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler var mı?
Tanımlayınız _____

MESLEK (Bu işte çalıştığı yılları yanına yazınız, ör. 1960-1963)

1. Hiç tozlu bir işte çalıştınız mı? _____
2. Kömür madeninde? _____
3. Başka bir madende? _____
4. Taş ocağında? _____
5. Dökümhanede? _____
6. Çanak-Çömlekçilik? _____
7. Pamuk, keten veya kendir/kenevir imalathanesinde? _____
8. Asbestos (Amyant) ile? _____
9. Başka bir tozlu iş? "Evet" ise açıklayınız. _____
10. Hiç düzenli bir şekilde zararlı gazlara veya kimyasal dumanlara maruz kaldınız mı?
"Evet" ise maruziyeti ve süresini detaylandırınız. _____
11. Halen işiniz nedir? _____
12. Ne zamandır bu işi yapıyorsunuz? _____
13. Bu fabrikada daha önceki işiniz? _____

DERİ ile ilgili yakınmalarınız var mı?Yok Var Açıklayınız _____**BAŞ-BOYUN yakınmalarınız var mı?**Yok Var Açıklayınız _____**GÖZLER ile ilgili yakınmalarınız var mı?**Yok Var Açıklayınız _____**KULAKLAR ile ilgili yakınmalarınız var mı?**Yok Var Açıklayınız _____**BURUN yakınmalarınız var mı?**Yok Var Açıklayınız _____**AĞIZ-BOĞAZ yakınmalarınız var mı?**Yok Var Açıklayınız _____**DOLAŞIM sistemi yakınmalarınız var mı?**

Gece kaç yastıkla yatarsınız? :

Gece nefes darlığı ile uyandığınız olur mu? Yok Var Açıklayınız: _____Göğüs Ağrısı Yok Var Açıklayınız: _____

Çarpıntı	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Elde-yüzde morarma	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Hipertansiyon	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Yolda yürürken bacaklarda ağrı ve kesilme	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Bayılma	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Ayaklarda şişlik, ödem	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Varis	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Diğer	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Mide - Barsak yakınmalarınız var mı?		
Bulantı	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Kusma	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
İshal:	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Kabızlık:	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Mide ekşime-yanma:	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Diğer:		
İDRAR - BÖBREK yakınmalarınız var mı?		
Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>		Açıklayınız:
KADIN- Genital yakınmalarınız var mı? (Bayanlar için)		
Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>		Açıklayınız:
ERKEK- Genital yakınmalarınız var mı? (Erkekler için)		
Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>		Açıklayınız:
KAS-İSKELET SİSTEMİ yakınmalarınız?		
Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>		Açıklayınız:
SİNİR SİSTEMİ yakınmalarınız var mı?		
Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>		Açıklayınız:
Diğer	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
RUHSAL yakınmalarınız var mı?		
Ruhsal Sıkıntılar	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Ruhsal Travmalar	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Uyku Düzeni	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
İş ve Aile	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Diğer	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Daha önce psikiyatrik tedavi (ilaç, grup terapi... vb) gördü mü?		

Adı Soyadı:

Protokol No:

Alerji Öyküsü Yok Var Açıklayınız:

İlaç Yan Etkisi Yok Var Açıklayınız:

Sürekli kullanılan İlaç Yok Var Açıklayınız:

Eğitim Durumu:

Gelir Durumu:

İş Yaşamı:

1. Öz anne-babanızdan birisine doktor tarafından şu kronik (süregen) hastalıklardan birisine yakalandığı söylendi mi?

	BABA			ANNE		
	1.EVET	2.HAYIR	3.BİLMİYORUM	1.EVET	HAYIR	3.BİLMİYORUM
A. Kronik Bronşit?	___	___	___	___	___	___
B. Amfizem?	___	___	___	___	___	___
C. Astım?	___	___	___	___	___	___
D. Akciğer Kanseri?	___	___	___	___	___	___
E. Verem?	___	___	___	___	___	___
F. Diğer Göğüs Hastalığı?	___	___	___	___	___	___
G. Kalp Hastalığı?	___	___	___	___	___	___

3. Anne-babanız halen hayatta mı?

Lütfen belirtiniz

___ Yaşı (eğer hayatta ise)

___ Yaşı (öldüğünde)

Bilmiyorum

___ Yaşı (eğer hayatta ise)

___ Yaşı (öldüğünde)

Bilmiyorum

Lütfen ölüm nedenini yazınız:

Diğer Hastalıklar ve diğer akrabalar ile ilgili Bilgiler:

4. Sağlığınızla ilgili başka söyleyecekleriniz:

SİZDE KOAH VAR MI? (GOLD)

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının ne olduğunu biliyor musunuz? Kısaca KOAH diye tanımlanan bu kronik akciğer hastalığı, çok yaygın olmasına rağmen, KOAH'lı hastaların çoğu henüz hastalıklarını bilmemektedirler.

Aşağıdaki sorulardan en az üçüne EVET diyorsanız sizde KOAH olabilir:

1- Haftanın çoğu günlerde öksürür müsünüz? Evet_Hayır_

2- Haftanın çoğu günlerde balgam çıkarıyor musunuz? Evet_Hayır_

3- Nefesiniz yaşlılarınıza göre daha kolay mı daralır? Evet_Hayır_

4-40 yaşından büyük müsünüz? Evet_Hayır_

5-Sigara içtiniz mi ya da halen içiyor musunuz? Evet_Hayır_

Eğer bu sorulardan üç ya da daha fazlasına "Evet" yanıtı vermişseniz, doktorunuza solunum fonksiyon testi yaptırmanızın gerekli olup olmadığını sorun. KOAH'ın erken tanısı ile, akciğerlerinizdeki harabiyetin ilerlemesini durduracak önlemleri alabilirsiniz.

Adı Soyadı:

Protokol No:

Fizik İncelemeGenel Durum: İyi Orta Kötü

Bilinç:

VİTAL BULGULAR

Ateş: °C, Nabız: /dk. Solunum: /dk. Kan Basıncı: / mmHg

Smoker Non-smoker Exsmoker

VA(kg):

BOY(cm):

DERİNormal Patolojik Açıklayınız**LENF BEZLERİ**Normal Patolojik Açıklayınız**BAŞ-BOYUN**

Boyun:

Normal Patolojik Açıklayınız**GÖZLER**Normal Patolojik Açıklayınız**KBB****Kulaklar**Normal Patolojik Açıklayınız**Burun**Normal Patolojik Açıklayınız**Ağız Boğaz**Dişler Yok Var AçıklayınızHijyen Yok Var AçıklayınızNormal Patolojik Açıklayınız**MEMELER**Doğal Patolojik Açıklayınız**TORAKS****İnspeksiyon**Şekil Doğal Patolojik AçıklayınızSimetri Doğal Patolojik AçıklayınızÖn-arka çap Doğal Patolojik AçıklayınızSolunuma Eşit Katılım Doğal Patolojik AçıklayınızSolunum Sayı ve Düzeni Doğal Patolojik AçıklayınızDiğer Doğal Patolojik Açıklayınız**Palpasyon**Vokal fremitüs Doğal Patolojik AçıklayınızGöğüs Ekspansiyon Doğal Patolojik AçıklayınızCilt altı krepatasyonu Yok Var Açıklayınız**Perküsyon**Matite Yok Var AçıklayınızHipersonorite Yok Var AçıklayınızKosta-frenik Sinüsler Açık Değil AçıklayınızDiyafragma Har. Doğal Patolojik Açıklayınız**Oskültasyon**İnspiriyum / Ekspiriyum Oranı: 3/1 2/1 1/1 1/2 1/3 >1/3 Sağ Akciğer Normal Hayır Sol Akciğer Normal Hayır

	Ronküs		Ral		Sol Seslerinde Azalma		Sol Seslerinde Artma		Frotman	
Sağ Üst Zon	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Sağ Orta Zon	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Sağ Alt Zon	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Sol Üst Zon	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Sol Orta Zon	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Sol Alt Zon	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

YORUM / Ek not:**KALP**Kalp Sesleri Doğal Patolojik AçıklayınızRiz, Rütü Doğal Patolojik AçıklayınızEk Ses Yok Var AçıklayınızÜfürüm Yok Var AçıklayınızFrotman Yok Var AçıklayınızDiğer Yok Var Açıklayınız

Protokol No:

Adı Soyadı:

KARIN

Venöz Kollateraller Yok Var Açıklayınız
Hassasiyet Yok Var Açıklayınız
Rebound Hassas Yok Var Açıklayınız
Defans Yok Var Açıklayınız
Kitle Yok Var Açıklayınız
Karaciğer palpabl Yok Var Açıklayınız
Dalak palpabl Yok Var Açıklayınız
Diğer Yok Var Açıklayınız

ÜROGENİTAL

KVAH : /

Böbrek, Ureter ve Mesane

Hassasiyeti Yok Var Açıklayınız
Diğer Yok Var Açıklayınız

EKSTREMİTELER

Çomak Parmak Yok Var Açıklayınız
Varis Yok Var Açıklayınız
Ödem Yok Var Açıklayınız
Periferik Nabızlar Açık Patolojik Açıklayınız
Diğer Doğal Patolojik Açıklayınız

SİNİR SİSTEMİ

Mental Durum Doğal Patolojik Açıklayınız
Diğer Doğal Patolojik Açıklayınız

Değerlendirme Ölçeği: 1,3,5,7,9,11,13 Nolu Sorular Anksiyeteyi Ölçer Skor 10 Ve Üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir. 2,4,6,8,10,12,14 No.lu Sorular Depresyonu Ölçer Skor 7 Ve Üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir.

Anksiyete skoru:

Depresyon skoru:

Fagerström Skoru:

- 0-2 çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
 - 3-4 düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
 - 5 orta düzeyde nikotin bağımlılığı
 - 6-7 yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı
 - 8-10 Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı
- MEVCUT SEMPTOMLAR (Subjektif)

MEVCUT BULGULAR (Objektif)

ÖN TANILAR (Assesment)

İSTENEN TETKİKLER (Planlar):

KONSÜLTASYONLAR:

KESİN TANILAR:

LABORATUVAR SONUÇLAR

Hemogram	BK:	Hb:	Htk:	Pit:	
Biyokimya:	Akş:	AST:	ALT:	Üre:	Kreatinin:
AC Grafisi	Kolesterol:	Trigliserid:	HDL:	LDL:	
SKG					
PiCO:	Karboksi Hb:				
Kan Nikotin metabolit:					

Şıgarayı bırakma yöntemi:

- Kendi kendine bırakma:
- NRT:
- Hipnoz:
- Bupropion:
- Diğer

Uygulanan diğer tedaviler

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

Refere edildiği klinikler:

1. Endokrinoloji <input type="checkbox"/>	4. Gastroenteroloji <input type="checkbox"/>
2. Kardiyoloji <input type="checkbox"/>	5. Göğüs-kalp damar cerrahisi:
3. Diyet polikliniği <input type="checkbox"/>	6. Diğer

NRT Kontrendikasyonu:	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Bupropion Kontrendikasyonu:	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Gebelik:	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Emzirme:	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>	Açıklayınız:
Reçete:		

1. İZLEM

Kontrol şekli: Yüz yüze: <input type="checkbox"/> Telefon: <input type="checkbox"/>	Eğitim aldı mı? Dia: <input type="checkbox"/> Broşür <input type="checkbox"/> Seminer <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Kilo:	
Bırakma tarihi:	
Bu sürede sigara içti mi	Kaç tane Nedeni
Sigara bırakma yöntemi:	
Ek tedavi alıyor musunuz?	
Ek şikayetiniz var mı?	
Bırakma döneminde gözlenen sorunlar:	
1. Sinirlilik	8. Depresif durum
2. Huzursuzluk	9. İştah artışı- kilo alma
3. Konsantrasyon zorluđu	10. Titreme
4. Uykusuzluk	11. Çarpıntı
5. Endişe	12. Kabızlık
6. Yorgunluk	13. Uykuya eğilim
7. Anormal rüya görme	14. Diğer
Kontrol PiCO	COHb Kontrol Nikotin Düzeyi:
Kontrol Fizik Muayene:	

NRT Yan Etkileri: Yok Var Açıklayınız:
(uykusuzluk ve kabus görme, hazımsızlık, bulantı, nadiren kusma)
Bupropion Yan Etkileri: Yok Var Açıklayınız:
(uykusuzluk,)

Notlar:

EK 4

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (ÖRNEK)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği çalışmalarının değerlendirilmesi" dir.

Bu araştırmanın amacı, sigara bırakma polikliniğimizdeki başarı oranlarını ve başarısızlığı etkileyen nedenleri tespit etmektir . Bu çalışmada size tedavi amaçlı ilaç uygulaması yapılmayacaktır. Tetkik amaçlı, PiCO (ekspirasyon havasındaki karbonmonoksit değeri) ölçümü yapılacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre yaklaşık 1 yıl olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 2002 yılı ile 2006 mart ayı arasında polikliniğimize tedavi amaçlı başvurmuş hastalara ulaşıldıktan sonra netleşecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak istenilen tetkiklerin zamanında yapılması ve araştırmacıya getirilmesi sizin sorumluluklarınız içinde yer almaktadır.

Bu çalışmada sizin için tetkik amaçlı kullanılacak PiCO ölçümüne bağlı herhangi bir yan etki ve ya rahatsızlık oluşması beklenmemektedir. Ayrıca bu araştırma ile polikliniğimizdeki başarı oranları, başarısızlığa neden olan etkenler ve bunların görülme oranları tespit edilmeye çalışılacak. Elde edilen veriler ile; varsa eksiklerimizi gidermeyi, bundan sonraki hastalarımıza daha fazla yardımcı olarak toplumdaki sigara bırakma oranlarını arttırmayı, sigaranın zararlarına bağlı oluşacak maddi ve manevi kayıplardan toplumu korumayı hedefliyoruz .

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0542 335 94 80 no.lu telefondan Dr Rifat Kökten e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini arttırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Doç Dr. Celal Karlıkaya
Görevi: Öğretim Görevlisi
Adresi: Trakya Üniversitesi Tıp Fak. Göğüs Hast. A.D.
Tel.-Faks: 0284 235 76 41- 4812(iç hat)
Tarih ve İmza: 02 / 04 / 2007

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza: