



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusu: Prof. Dr. Adem ÖZKARA

**SİGARA KULLANAN VE AKUT KORONER SENDROM
TANISI ALAN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI
SİGARA İÇME DURUMLARI VE SİGARA
KULLANMAYA DEVAM EDENLERDE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Dr. Aybüke DEMİR ALSANCAK

UZMANLIK TEZİ

ANKARA-2017



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusu: Prof. Dr. Adem ÖZKARA

**SİGARA KULLANAN VE AKUT KORONER SENDROM
TANISI ALAN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI
SİGARA İÇME DURUMLARI VE SİGARA
KULLANMAYA DEVAM EDENLERDE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Dr. Aybüke DEMİR ALSANCAK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI:

Uzm. Dr. Tijen ŞENGZER

ANKARA-2017

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her türlü sıkıntıda desteğini hissettiğim, hoşgörü ve sabırla kliniğimizin en iyiye doğru ilerlemesi için büyük bir özveri ile çalışan ve bizlerin iyi bir aile hekimi olarak yetişmemiz için elinden geleni yapan sayın hocam, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari sorumlusu Prof. Dr. Adem ÖZKARA'ya

Eğitimim süresince yardımlarını ve ilgisini her zaman hissettiğim, mesleki başarısını ve azmini örnek aldığım sayın hocam, Doç. Dr. Rabia KAHVECİ'ye

Tez çalışma sürecimde bana yol gösteren , çalışmamın ilerlemesine yardımcı olan, içtenliği ve samimiyetini daima hissettiğim ,birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum Değerli Tez Danışmanım Uzm. Dr. Tijen ŞENGİZER'e

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini her zaman bizimle paylaşan , Başasistanımız Uzm. Dr. İsmail KASIM'a ve Uzm. Dr. İrfan ŞENCAN'a

Kliniğe geldiğim ilk günden beri her zaman dostluklarını hissettiğim, tez çalışma sürecimin yanında asistanlık hayatımın her aşamasında ailem gibi yakın olan dostlarım Uzm. Dr. Duygu AYHAN BAŞER'e, Uzm. Dr. Zeynep SAYIN DİNCER'e, Uzm. Dr. Ezgi AĞADAYI ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm değerli asistan arkadaşlarıma,

Tezimin istatistik aşamasında yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Emrullah KIZILTUNÇ'a,

Bugünlere gelmemde büyük emek ve fedakarlıkları olan , hayatım boyunca her zaman en büyük destekçim olan çok sevgili ailem, annem Hayriye , babam Hüseyin DEMİR ve kardeşim Tuğberk DEMİR'e

Sevgisi ve fedakarlığı ile hayatımın her anında desteğini hissettiğim, bilgi ve tecrübeleriyle tez çalışma sürecimde büyük katkıları olan, birlikte olmaktan büyük mutluluk duyduğum canım eşim Yakup ALSANCAK ve değerli ailesine,

Varlığı ile hayatıma anlam katan, değerlim, canım kızım Zeynep Yağmur ALSANCAK'a

Sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Dr. Aybüke DEMİR ALSANCAK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	iv
GRAFİKLER DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Ateroskleroz	3
2.1.1.Ateroskleroz Patogenezi	3
2.1.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	4
2.2. Sigara.....	5
2.2.1. Dünyada Sigara Epidemiyolojisi	5
2.2.2.Dünyada Sigaraya Bağlı Mortalite, Morbidite Ve Hastalık Yüğü.....	7
2.2.3.Dünyada Tütün Kontrol Politikaları	8
2.2.4.Türkiye’de Tütün Epidemiyolojisi.....	10
2.2.5.Türkiyede Sigaraya Bağlı Mortalite Morbidite Ve Hastalık Yüğü.....	12
2.2.6.Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları	12
2.2.7.Sigara Bırakma Süreci	14
2.2.8. Nikotin Yoksunluğu.....	17
2.2.9. Tedavi	18
2.3. Sigara Ve Ateroskleroz.....	21
2.4. Aile Hekimlerinin Tütün İle Mücadelede Rolü.....	30
3. GEREÇ - YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. Araştırmanın Süresi	32
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneğı.....	32
3.4. Araştırmanın Uygulama Aşamaları	33
3.5. Değişkenlerin Tanım Ve Ölçütleri	35

3.6. İzlemde Kayıp	37
3.7. Verilerin Toplanması Ve Değerlendirme	37
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	61
ÖZET.....	71
ABSTRACT.....	73
KAYNAKLAR	75
EKLER.....	88
EK 1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	88
EK 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	89
EK 3. Hasta Anket Formu.....	91
EK 4. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu	100

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Ateroskleroz patogenezi ve gelişimi.....	3
Şekil 2.2. Sigaranın aterosklerotik plak oluşumunda etkisi (PGI2S; prostasiklin, e-NOS; endoteliyal nitrik oksit, ET1, endotelin, TxA2; tromboksan A2.....	24
Şekil 2.3. Sigara kullanımı ve kardiyak aritmiler üzerinde etkili mekanizmalar	28
Şekil 3.1. Gensini skorunda kullanılan lezyon yüzdesi ve çarpım faktörleri.....	37

GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa
Grafik 2.1. Dünyada sigara içicilik oranları, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008	6

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Bazı ülkelerde tütün kullanım sıklığı.....	6
Tablo 2.2. Sigaranın kardiyovasküler sistem üzerindeki etkileri.....	22
Tablo 4.1. Çalışmaya alınan tüm hastaların demografik özelliklerini ve bazal karakteristikleri	40
Tablo 4.2. Çalışma popülasyonunun sigara içme davranışları	42
Tablo 4.3. Çalışma grubunun hastaneye başvuru nedenleri, ekokardiyografik ve anjiyografik sonuçları.....	44
Tablo 4.4. Çalışma grubunun taburculuk sonrası sigara içme durumları	46
Tablo 4.5. Taburculuk esnasında sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması	49
Tablo 4.6. Birinci ay sonunda sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması	53
Tablo 4.7. Altıncı ay sonunda sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması	57

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANEAH	: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ANOVA	: One Way Analysis of Variance
AMI	: Akut Myokard Infarktüs
AKS	: Akut Koroner Sendrom
BMS	: Çıplak (bare) metal stent
CABG	: Koroner Arter by-pass Cerrahi
CDC	: ABD Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezi
CRP	: C-reaktif protein
Cx	: Sirkumfleks arter
DALY	: Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Yılları
DES	: İlaç salımlı (drug eluting) stent
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDHF	: Endotel kaynaklı hiperpolarizan faktör
EKG	: Elektrokardiyogram
e-NOS	: Endoteliyal Nitrik Oksit
ET1	: Endotelin-1
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
HDL	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein Kolesterol
HT	: Hipertansiyon
HPL	: Hiperlipidemi
ICAM	: İnterselüler Adezyon Molekülleri
IQR	: Inter Quartile Range
JHSPH	: Johns Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
kg/m²	: kilogram/metrekare
KGTA	: Küresel Gençlik Tütün Araştırması,
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KOÇA	: Küresel Okul Çalışanları Araştırması,

KSMÖA	: Küresel Sağlık Meslekleri Öğrencileri Araştırması
KTTS	: Küresel Tütün Sürveyans Sistemi
KYTA	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması,
LAD	: Sol ön inen koroner arter
LDL	: Düşük Dansiteli Lipoprotein Kolesterol
Max	: Maximum
Min	: Minimum
mg/lt	: miligram/litre
MPOWER	: Küresel Tütün Kontrolü Politikası
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
NSTEMI	: ST yükselmesiz Miyokard İnfarktüsü
Ort	: Ortalama
PAH	: Periferik arter hastalığı
PGI2S	: Prostrasiklin,
SD	: Standart Sapma
SPSS	: Sosyal Bilimler Programı için İstatistik Paketi
STEMİ	: ST yükselmeli Miyokard İnfarktüsü
SVO	: Serebrovasküler olay
TAPDK	: Tütün ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TxA2	: Tromboksan A2
VCAM	: Vasküler endotelyal adezyon molekülleri
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde sanayileşmenin artması ve bunun toplum hayatına etkileri neticesinde ; büyük şehirlerde yaşayan insan sayısının artması ile beraber mortalite ve morbitideye neden olan bulaşıcı hastalıklar, enfeksiyonlar ve beslenme bozuklukları gibi hastalıklar yerlerini kalp damar hastalıkları, kanser gibi kronik hastalıklara bırakmaktadır. Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde gelişimler olmasına rağmen Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerde tüm ölümlerde birinci sırayı almaktadır ve hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran yüzde %25 olarak belirtilmiştir. 2020 yılında beklenen ölümlerde de koroner arter hastalığının (KAH) birinci sırayı, inmenin ise dördüncü sırayı alacağı belirtilmektedir (1,2). Amerika Birleşik Devletleri'ne bakıldığında kardiyovasküler hastalıklar ölümlerin üçte birini oluşturmakta olup toplamda kardiyovasküler hastalıklar bu bölgede %40 mortalite sebebidir (3-5).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülen TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışması verilerine göre Türkiye genelinde erişkinlerde kalp hastalığı prevalansının %6,7 olduğu görülmektedir; bu değer erkek popülasyonunda %6,2 kadınlarda ise %7,3 olduğu belirtilmiştir. Kadınlarda bu oranın yüksek olması ülkemizde hipertansiyon, diyabetes mellitus, obezite ve metabolik sendromun kadınlarda daha fazla görülmesi ile kısmen açıklanabilir. TEKHARF çalışmasının 18 yıllık izlemine göre, ülkemizde koroner kalp hastalığı mortalitesi erkeklerde binde 5.1, kadınlarda binde 3.4 olarak belirlenmiştir (6,7). Ülkemizde genç nüfus yoğunluğu daha yüksek olsa da KAH insidansı yönünden yaşlı nüfusu yüksek olan gelişmiş ülkelere ait istatistik verilerine sahiptir ve bu hızla devam edilmesi durumunda yakın gelecekte KAH geçiren birey sayısının artması beklenilmektedir (8).

KAH gelişiminde bir çok çevresel ve genetik risk faktörlerinin buluşması sonucu aterosklerotik plak oluşmaktadır. KAH' nın en sık nedeni aterosklerozdur ve KAH 'na bağlı durumların birçoğunda esas etmendir (9). ABD'de her 25 saniyede bir kişi miyokard infarktüsü (MI) geçirmekte ve her bir dakikada bir kişi MI nedeniyle hayatını kaybetmektedir. 2007 yılında her 6 ölümden birinin KAH nedeniyle olduğu bildirilmiştir. Tedavisinde ilerlemeler kaydedilse de ileri ekonomik

düzeye sahip populasyonun yaşlanması ile obezite ve diyabet hastalıklarında artış nedeniyle KAH'na bağlı hasarlar giderek artacaktır (10).

Akut miyokard infarktüs (AMİ) ölümle sonuçlanabilen bir hastalık olması, üretken yaşta görülmesi ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonlar nedeniyle önemli bir hastalıktır. Klinik olarak ortaya çıktıktan sonra uygulanan tıbbi, cerrahi ve girişimsel tedavi yöntemleri yüksek maliyetlidir. Bu nedenle böylesine önemli bir hastalıkta yüksek maliyetli tedavilere ağırlık vermekten ziyade özellikle risk faktörlerini azaltmaya yönelik birincil ve ikincil korunma çalışmalarına ağırlık verilmesinin gerekliliği aşîkardır (8,11).

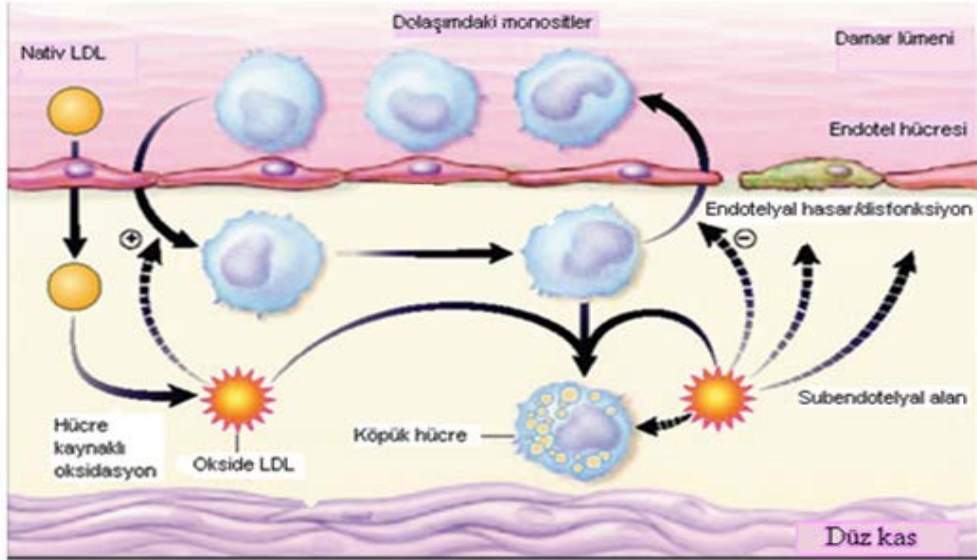
Biz bu çalışmamızda akut koroner sendrom nedeniyle kardioloji kliniğine başvuran ve sigara kullanan hastaların, taburculuk sonrası sigara içme davranışlarının ne yönde etkilendiğini, sigara kullanımına devam edenlerde bu duruma etki eden faktörlerin saptanmasını amaçladık. Aynı zamanda, AKS sonrası sigarayı bırakmanın ve tekrar başlamamanın mortalite ve morbidite üzerinde olumlu etkileri olduğu bilindiğinden ve bu hastalara daha yoğun bir sigara bırakma müdahalesi gerektiği ile ilgili yayınlanmış makaleleri de göz önüne aldığımızda, yatış aşamasında başlayan ve aile hekimine uzanan, gerektiğinde Sigara Bırakma Merkezlerinin de katıldığı bir müdahale programının alt yapısını oluşturarak, Kardioloji, Aile hekimleri ve Sigara Bırakma Merkezleri arasında iletişimi sağlayabilecek bir model tasarlamayı hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Ateroskleroz

2.1.1.Ateroskleroz Patogenezi

Aterosklerotik kalp-damar hastalıkları günümüzde erişkinlerde görülen en önemli mortalite ve morbitide sebeplerinden biridir. Ateroskleroz patogenezinde çok karmaşık mekanizmaların etkin olması nedeniyle patogenezi tam aydınlatılamamış ve uzun bir süre damar yüzeyinde pasif lipid birikiminin zamanla artarak damar tıkanıklığına yol açtığı düşünülmüştür. Ancak yapılan değerlendirmelerde arterlerin basit bir boru sisteminden ziyade, ateroskleroz gelişiminde son derece dinamik etkileri olan dokular olduğu gözlenmiştir. Arterlere ait olan bu dinamik yapının anlaşılması ile ateroskleroz gelişiminin yıllara uzanan patogenezi üzerine yorumlar yapılabilmektedir. Aterosklerotik lezyonlar, intima yapısında ve altında fokal kalınlaşmalar olarak görülmekte olup bu bölgeler ana vasküler endotelial hücreler, düz kas hücreleri, bağ dokusu, lipid depoları ve kandan gelen inflamatuvar ve immün sistem hücrelerini içermektedir (12).



Şekil 2.1. Ateroskleroz patogenezi ve gelişimi

Mevcut bilgi birikimlerine göre ateroskleroz; multifaktöriyel, başlangıçtan progresyona kadar her basamağında kronik inflamasyonun rol aldığı ve her risk faktörünün altta yatan inflamatuvar süreci hızlandırarak patogeneze katkıda bulunduğu bir hastalık olarak kabul edilmektedir. İmmün mekanizmaların geleneksel risk faktörleri ile etkileşimi sonucu hastalık başlamakta ve ilerlemektedir (12). AKS içerisinde ST yükselmesiz miyokard enfarktüsü (NSTEMI) ya da stabil olmayan anjina pectoris (USAP) durumunda kısmen veya geçici koroner arterde tıkanmaya ya da tam tıkanma durumunda kollaterallere bağlı kısmi distal akım devamına bağlı gelişirken , ST yükselmeli miyokard infarktüsü (STEMİ) koroner arterlerde tam tıkanma nedeniyle oluşmaktadır (13).

2.1.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Koroner arter hastalıkları günümüzde mortalite ve morbidite oranı yüksek hastalıklardan biri olduğu için gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde korunma stratejilerinin yayılımının yüksek önceliği olmalıdır. Son yıllarda ateroskleroz patolojisinin anlaşılması ile KAH ile ilişkili yaşam tarzı değişikliği , biyokimyasal ve genetik faktörlerin saptanması ve buna yönelik koruyucu yaklaşımlar yaşa bağlı mortalitede önemli azalmalara katkıda bulunmuştur (14).

KAH ile ilgili risk faktörleri temelde 4 kategoriye ayrılır: (15).

Zemir hazırlayıcı faktörler; yaş, öykü, aile öyküsü, genler

Risk değiştirici davranışlar; sigara içmek, aterojenik diyet, alkol alımı, fiziksel aktivite

Metabolik risk faktörleri; dislipidemi, hipertansiyon, obezite, diyabetes mellitus, metabolik sendrom

Hastalık belirteçleri; kalsiyum skoru, kateterizasyon sonuçları, stres testi sonuçları, ekokardiyogramda sol ventrikül hipertrofisi, geçirilmiş vasküler hastalık öyküsü.

Bu risk faktörleri içinde sigaranın kesilmesi, düşük dansiteli lipoprotein kolesterol (LDL) düzeyinin düşürülmesi, yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol (HDL) düzeyinin yükseltilmesi ve hipertansiyonun kontrol altına alınması KAH riskini kesin olarak azalttığı saptanan faktörlerdir (14).

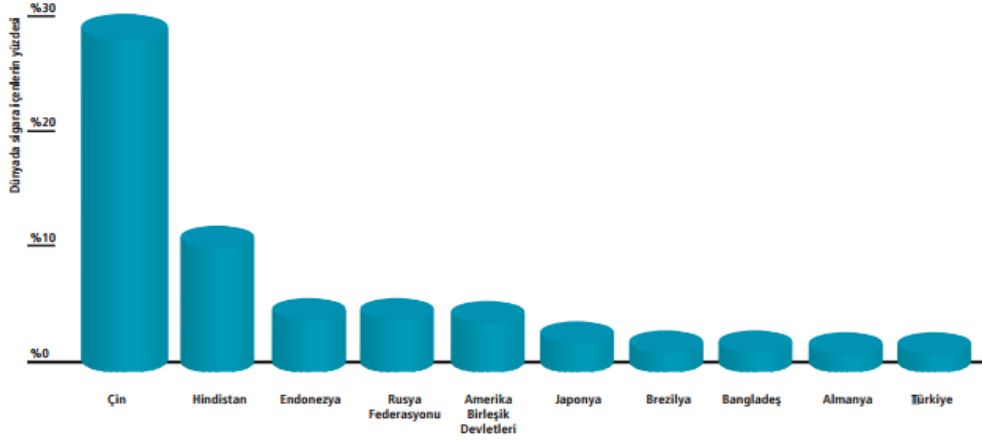
2.2. Sigara

2.2.1. Dünyada Sigara Epidemiyolojisi

Tütün kullanımı dünyada en önemli önlenebilir ölüm nedenlerinden biridir. 20. yüzyılda 100 milyon kişi tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmiştir ve her yıl 5.4 milyon kişi tütün kullanımına bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Günümüzde 1 milyardan fazla insanın yaşamını tehdit eden küresel bir sorun olan tütün kullanımının hayatı tehdit eden en sık sekiz hastalığın altısı için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Tütün kullanımı için gerekli denetimler yetersiz kalırsa 2030 yılında yılda 8 milyondan fazla kişinin tütün kullanımına bağlı hayatını kaybedeceği ve bu ölümlerin %80' den fazlasının gelişmekte olan ülkelerde olacağı düşünülmektedir (16).

Dünyada yaklaşık 1.5 milyar kişi tütün kullanmaktadır (17). Erişkin yaş grubu erkeklerin yaklaşık yarısı kadınların ise altıda biri sigara kullanmaktadır. Bu oranlar ülkeler arası farklılıklar göstermektedir. Kanada , İngiltere, İsveç gibi gelişmiş ülkelerde kadın ve erkek kullanımı oranları daha benzer olup ortalama kullanım oranı %20-25 dolaylarındadır. Çin, Tayland, Endonezya gibi ülkelerde ortalama kullanım oranı %35-40 civarında olup erkeklerde kullanım oranı % 50 ve üzerinde kadınlarda ise %5 in altındadır (18). Dünyada tütün kullanımının en yaygın olduğu ülke Çin'dir. Bunu sırayla Hindistan ve Endonezya takip etmektedir. Dünya genelinde tütün kullanımının üçte ikisi 10 ülke içinde olmaktadır ve Türkiye'de bu ülkeler arasında yer almaktadır (16). **(Grafik 1)**

DÜNYADA SİGARA İÇENLERİN YAKLAŞIK ÜÇTE İKİSİ 10 ÜLKEDE YAŞAMAKTADIR



Kaynak: The number of smokers per country was estimated using adjusted prevalence estimates (see Technical Note II and Appendix II). A limitation of this approach is that adjusted estimates used to estimate the number of smokers are sometimes derived from limited country data, and for some countries large adjustments are needed. In these cases the adjusted estimates can be different from actual surveys reported by countries. Brazil prevalence data were obtained from VIGITEL 2006.

Grafik 2.1. Dünyada sigara içicilik oranları, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) farklı bölgelerde yürütmüş olduğu çalışmalarda 15 yaş ve üzeri yetişkinlerde tütün kullanma oranları Küresel Tütün Sürveyans Sistemi ile (KTSS) her yıl güncellenmektedir. 2013 yılı verilerine göre bazı ülkelerde tütün kullanım sıklığı Tablo 2.1'de sunulmuştur (19).

Tablo 2.1. Bazı ülkelerde tütün kullanım sıklığı.

	Kadın (%)	Erkek (%)	Toplam (%)
Brezilya	13,1	21,6	17,2
Kanada	15,0	19,7	17,3
A.B.D.	16,5	21,6	19,0
Mısır	0,5	37,7	19,4
İsveç	21,0	23,0	22,0
Tayland	3,1	46,5	23,7
Almanya	21,2	30,5	25,7
Romanya	16,7	37,4	26,7
Türkiye	13,1	41,4	27,0
Norveç	28,0	28,0	28,0
Çin	2,4	52,9	28,1
Fransa	30,2	37,4	33,7

Tütün kullanımı bakımından son yüz yıllık süre içinde 4 evre yaşandığı ifade edilmektedir. Bugün dördüncü evrede olan ülkeler bu zaman süresinde diğer evrelerden geçerek bu evreye ulaşmışlardır (17).

1. Evre: Bu evrede sigara kullanımı henüz düşük seviyede olup zamanla artma eğilimindedir. Artış öncelikle erkeklerde olacak olup kadınlarda kullanım henüz çok düşük seviyelerdedir. Sahra altı ve Afrika ülkeleri bu evrededir.

2. Evre: Tütün kullanımında hızlı bir artışın yaşandığı evredir. Bu artış daha çok erkekler arasında olup kadınlarda da tütün kullanımı yaygınlaşmaktadır. Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarında artışlar başlamıştır. Çin, Japonya, Güneydoğu Asya, Latin Amerika, Kuzey Afrika bu evrededir

3.Evre: Tütün kullanımına bağlı sağlık problemleri çok yüksek oranlarda görülmektedir ve sigara kullanımında azalmalar başlamıştır. Bu azalma öncelikle erkekler arasında olacak, kadınlardaki azalma da bunu izleyecektir. Bu evrede erkeklerde sigaraya bağlı sağlık sorunları ve ölümler artmış olup kadınlarda da ölümlerde artışlar meydana gelmektedir. Batı Avrupa, Güney Avrupa ve Latin Amerika bu evrededir.

4. Evre: Bu evrede tütün kullanımında hem erkekler hem kadınlarda önemli derecede azalmalar görülmektedir. Erkeklerde ölümlerde azalmalar olmakla birlikte kadınlarda ölümlerde hala artış görülmektedir. Batı Avrupa, İngiltere, ABD, Kanada, Avustralya bu evrededir.

2.2.2.Dünyada Sigaraya Bağlı Mortalite, Morbidite Ve Hastalık Yükü

Halen dünya genelinde her 10 ölümden bir tanesi tütün nedeniyle olmakta olup yılda 5 milyondan fazla kişi tütün kullanımından kaynaklanan hastalıklar sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Önlem alınmadığı takdirde 2030 yılına gelindiğinde tütün kullanımına bağlı ölüm sayısı yılda 8 milyonu geçecektir. Her türlü tütün kullanımı akciğer kanserlerinin %90'ından,sorumlu olup diğer kanser türlerinin de birçoğu ile ilişkilidir (16,20). Respiratuar hastalıkların %56-80'ininden kardiyovasküler hastalıkların %22 sinden sorumludur. Sigaranın sebep olduğu erken ölümler ve sağlıklı yaşam yılları kaybı birlikte değerlendirildiğinde dünyadaki hastalık yükünün %4.1 (59 milyon)'ini sigaranın sebep olduğu hastalıklar oluşturmaktadır (20). Sigara kullanımı sadece aktif kullanımda değil pasif

maruziyette de ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. ABD’de pasif sigara maruziyetinden kaynaklı her yıl 3400 kişi akciğer kanseri, 46 000 kişi de kalp hastalığı nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Pasif sigara dumanı etkilenimi aynı zamanda ani bebek ölümü sendromu, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve astım atağından sorumludur (16).

2.2.3.Dünyada Tütün Kontrol Politikaları

Dünyada 1.5 milyar kişinin sigara kullanmaktadır ve bu kişilerin yarısından fazlasının tütünün neden olduğu hastalıklar yüzünden öleceği düşünölmektedir. Bu yüzden tütünle mücadele tüm dünyada toplumsal öncelikli amaçlardan biri olmalıdır.

2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu tarafından Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS) kabul edilmiş ve bu konuda temel ilkeler belirlenmiştir. 5 yıl sonra DSÖ tütün salgını raporu olan MPOWER paketi (Küresel Tütün Kontrolü Politikası) yayınlanmıştır. Bu rapor tütünle mücadele önemli olduğu kanıtlanmış 6 ilkeyi içermektedir ve DSÖ TKÇS bütün ölkelerde bu ilkelerin uygulamasına destek vermektedir (21).

“MPOWER“ önlemleri, tütün kontrolü politikalarının uygulanması bakımından etkili olduğu kanıtlanmış olan altı temel stratejiye işaret etmektedir:

Monitor tobacco use and prevention policies

Tütün kullanımını ve önleme politikalarını izleme

Protect people from tobacco smoke

Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerinin önlenmesi

Offer help to quit tobacco use

Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi

Warn about the dangers of tobacco

Bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması

Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship

Tütün reklâmı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakların uygulanması

Raise taxes on tobacco

Tütüne uygulanan vergi miktarının artırılması

DSÖ ilk kez 1970 yılında tütünün sağlık için zararlı olduğuna işaret etmiştir. 1980'li yıllardan sonra bu konuya yönelik yasal düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır (18). DSÖ ve Amerika Birleşik Devletler Hastalıklar Korunma ve Kontrol Merkezi (CDC)'nin tütün kontrolü ile ilgili süveyans amacı ile kullanılabilecek yöntemleri tartışmak amacı ile 2006 yılı Ağustos ayında düzenledikleri toplantıda Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) adı ile yapılacak bir araştırmanın standartları belirlenmiştir (21).

Tütün kullanımının azaltmaya yönelik olarak Bloomberg Girişiminin çalışmalarına destek sağladığı KTSS seçilmiş topluluklarda 3 çalışma (Küresel Gençlik Tütün Araştırması, (KGTA), Küresel Okul Çalışanları Araştırması, (KOÇA) ve Küresel Sağlık Meslekleri Öğrencileri Araştırması, (KSMÖA)) ile bir de hane halkı çalışmasından (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, KYTA) oluşmaktadır. KYTA ilk kez 2007 yılında tanıtılmış olup bu sistemle hem ülkelerin tütün kullanımı ile ilgili verilerin değerlendirilmesi tütün kontrol yasalarının uygulanması ile ilgili bilgi sağlamak ile birlikte ülkeler arası karşılaştırma olanağı da sağlamaktadır (21).

Dünya genelinde sadece %5 gibi bir kısmında kapsamlı dumanlı hava sahası uygulamaları uygulanırken her beş ülkeden birinde beş politikanın hepsi uygulanıyor olup 6 politikanın hepsinin birden uygulandığı ülke yoktur.

DSÖ yayınlanan son verilere göre tütün kontrolü konusunda son raporlar “enforce “ ilkesine , yani tütün reklamları, promosyonları ve sponsorluğuna engeller getirmek ilkesinin önemine dikkat çekmektedir. Tütün ile mücadelede özellikle pazarlama ve tanıtım programlarına yönelik yasaklama en etkili araçlardan biridir. Kapsamlı olması koşuluyla medyada uygulanan yasakların özellikle genç ve yetişkin kesimde etkili olduğu belirtilmiştir. Sigara paketleri üzerinde yer alan sağlık ile ilgili uyarıların da sigara kullanımını azaltmakta etkili olduğu gösterilmiştir (22).

DSÖ özellikle sigarasız ortamlar konusuna dikkat çekmekte ve bu konuda ilerlemeler kaydetmenin en önemli yaklaşımlardan biri olduğunu belirtmektedir (23). Toplumda hem sigara kullanımının azaltılmasının hem de pasif sigara dumanı etkileniminin zararlarından korumanın en önemli yolu, bütün kapalı alanlarda tam olarak sigara kullanımının yasaklanması olarak belirtilmiştir.. Sigara içilmesinin yasak olduğu yerlerde içenlere karşı cezaların net olması gerekmekte olup aynı zamanda hükümetlerin toplumu pasif sigara dumanı etkilenimi hakkında

bilgilendirmek için eğitimler ve kampanyalar düzenlemesi gerektiği bildirilmiştir. Bu şekilde belirli ortamlar oluşturulduktan sonra hükümetlerin sigara yasağı ile ilgili yaptırımlarının artırılmasının etkili olacağı belirtilmiştir (16).

Vergi artırımı ile sigara fiyatlarını artırmak tütünle mücadelede en etkili yollardan biridir (23). Bazı ülkelerde vergi artışı yüksek olmasına rağmen çoğu ülkede bu vergiler hala düşük düzeydedir (16). Sigara fiyatlarında %70 lik bir artış ile dünyada tütüne bağlı ölümlerde dörtte birlik azalma olmaktadır (24). Dünyada tütün kontrolü ile ilgili yıllık harcamanın %95'i gelişmiş ülkelerde harcanmakta olup, %1'i düşük gelirli ülkelerde harcanmaktadır. Yalnızca gelişmiş ülkeler değil tüm ülkelerde MPOWER paketinin tam anlamıyla uygulanması milyonlarca kişinin hayatını kurtarabilir (16).

2.2.4.Türkiye’de Tütün Epidemiyolojisi

Türkiye tütün üreten bir ülkedir ve dünyanın toplam tütün üretiminin %1,7’si Türkiye’de olmaktadır. Tütün üretiminin yapıldığı bir ülke olması sebebiyle tütün kullanımı oldukça yaygındır ve bu durum tütün kontrolüne engel oluşturmaktadır (25). Çok uluslu tütün firmalarının ülkeye girmesiyle birlikte tütün ürünlerinin reklamları artmış , tütün kullanımında çok hızlı bir yükselme olmuştur ve 2000 yılında en yüksek düzeye ulaşmıştır. Tütün kontrolü uygulamalarının başlamasından sonra artış durmuş, 2009 yılı itibariyle azalmaya başlamıştır (21).

Türkiye’de yetişkinlerde tütün kullanımı oldukça yaygındır. 1988 yılında yapılan ilk çalışmada 15 ve üzeri yetişkinlerde sigara kullanım sıklığı %44 olarak bulunmuştur (E: %62, K: %24). Türkiye’de ülkeyi temsil eden hane halkı çalışması şeklinde 2008 yılında KYTA ilk defa yapılmış olup 2012 yılında KYTA raporu tekrarlanmıştır. 2012 yılı mayıs ayında Çalışma Bakanlığı koordinatörlüğünde Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 15 yaş ve üzeri yetişkinlerde ülkeyi temsil eden örnekte hane halkı çalışması olarak yapılarak uluslararası alanda da diğer ülkelerle karşılaştırılabilir düzeyde bilgiler ortaya koyulmaktadır. DSÖ, CDC , CDC Vakfı, Johns Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu (JHSPH), RTI International ve ülkeler ile işbirliği içinde sürdürülen çalışmanın ürünü olan rapor, ülkemizin DSÖ-TKÇS ve MPOWER politikalarının izleme ve değerlendirme ögesini oluşturmaktadır (21).

KYTA 2008 verilerine göre Türkiye’deki tütün kullanan kişi oranı %31.2 (16 milyon) iken 2012 verilerine göre Türkiye’de %27,1 (14.8 milyon kişi) tütün ürünleri kullanmaktadır. 2008’de erkeklerin oranı %47.9 olup 2012’de bu oran %41.5’e gerilemiştir, kadınlarda ise %15.2 den %13.1’e gerilemiştir. 2008 ‘e göre oranlarda gerileme olduğu görülse de toplumun büyük bir kesimi halen sigara kullanmaktadır. 2012 KYTA raporuna göre hergün tütün kullananların oranı %23.8 (erkeklerin %37,3’ü, kadınların %10,7’si) dir .

Tütün kullanım sıklığı eğitim düzeyi arttıkça artmaktadır. Kırsal bölgede yaşayan ve eğitimi olmayan kadınlarda kullanım sıklığı en az iken , lise mezunu kadın ve erkeklerde en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır . Yaş gruplarında en yüksek kullanım sıklığı 25-44 yaşlarda, en düşük değerler de erkek ve kadınlarda 65 ve üzeri yaş grubundadır (21).

Türkiye’de mevcut mevzuata göre sigara satın alabilmek için en küçük yaş sınırı 18’dir. Buna rağmen hergün sigara kullananların %58.9’u 18 yaşından önce başlamışlardır. Sigaraya başlama yaşı ortalaması erkeklerde 16,6 , kadınlarda da 17,8 olup günlük ortalama içilen sigara sayısı 17,7 olarak belirlenmiştir.

Gençler tütün kullanımı bakımından önemli bir risk grubudur. Gençlere yönelik yapılan KGTA 2009 verilerine göre 13-15 yaş arası halen tütün kullanma sıklığı ortalama %8.9 (erkeklerde %10.2, kadınlarda %5.3) olarak belirlenmiştir. Bir başka önemli bulgu ise 10 gençten birinin (%10.2) gelecek 1 yıl içerisinde sigaraya başlama ihtimallerinin olmasıdır.

Tütün kullananların büyük çoğunluğu (%96,5) mamul sigara kullanmakta olup çok az bir kesim sarma sigara (%2,6), nargile (%2,3) ve diğer tütün ürünlerini (puro, pipo vs. %0,9) kullanmaktadır. Nargile kullanımı geleneksel olarak yaşlı kişilerde daha fazla görülürken son dönemlerde pazarlamanın gençlere yönelik yapılmasına paralel olarak gençler arasında giderek yaygınlaşmaktadır. Eğitimli kişilerde nargile kullanımının daha yaygın olduğu görülmektedir (lise mezunlarında %5,1, üniversite mezunlarında %3,9) (21).

2.2.5.Türkiyede Sigaraya Bağlı Mortalite Morbidite Ve Hastalık Yüğü

Bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de tütün kullanımı önlenabilir sağlık sorunlarının başında gelen nedenlerden biridir. 2012 yılı verilerinde toplumun %27,1 ‘i sigara içmektedir ve çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır (25).

Sigaranın neden olduğu hastalıklara bakıldığında 1960’lardan itibaren akciğer kanseri, kardiyovasküler hastalıklar ve akciğer hastalıklarında ciddi düzeyde artış meydana gelmiştir. Akciğer kanseri kaynaklı ölümler özellikle erkeklerde çok artmıştır. 2000 yılında bazı hastalıklar ve risk faktörlerinin incelendiği hastalık yükü çalışmasında Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Yılları (DALY) hesaplanmıştır. DALY sıralamasında ilk 10’da tütün kullanımı ile ilişkili olarak iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, kanser ve kronik solunum sistemi hastalıkları belirlenmiştir (21).

Tütün kullanımı ilişkili hastalıklara bağlı yük içinde % 8.6’lık paya sahiptir. Tütün kullanımı ilişkili hastalıklardan kardiyovasküler hastalıkların % 3’ü, kronik obstruktif akciğer hastalığının (KOAH) %1.4’ünden sorumludur. Tütün kullanımının önlenmesi sonucunda kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan önlenabilir ölüm sayısı 21317 olup tüm ölümlerin % 5’ini oluşturmaktadır. KOAH’a bağlı önlenabilir ölüm sayısı ise 12902’dir. Genel hastalıklara bakıldığında tütün kullanımının kesilmesi ile önlenebilecek ölüm sayısı 54699’dur. Bu rakam tüm ölümlerin % 12,7’sini oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oran daha da yüksek olup % 22,7’si ve toplamda DALY’nin %15,4’ü tütünün kesilmesi ile önlenabilmektedir (26).

2.2.6.Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları

Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarına yönelik çalışmalar 1900’lü yıllardan itibaren yapılmaya başlanmış olmasına rağmen tütün karşıtı politikaların ortaya atılması 1980’li yılları bulmuştur.

Tütün kullanımı kontrol çalışmaları dönüm noktası 1996 yılında Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun (4207) ile olmuştur. Buna yasaya göre sağlık ve eğitim kurumları, toplu taşıma araçları, spor ve kültür hizmetlerinin verildiği yerler , bazı kamu binaları gibi kapalı alanlarda sigara kullanımı yasaklanmıştır. Aynı zamanda 18 yaş altı bireylerin sigara alımı da yasaklanmış, her türlü reklam ve tanıtım engellenmiştir. Bu arada 2002 yılında Tütün

ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuştur. TAPDK'nın piyasayı düzenleme yetkisi ile birlikte tütün endüstrisini denetleme yetkisi de bulunmaktadır. Türkiye DSÖ-TKÇS sözleşmesini 2004 yılında imzalamış, 2005 yılında uygulamaya girilmiş sözleşme çerçevesinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ulusal Tütün Kontrolü Komitesi kurulmuş ve hükümet kuruluşları, üniversiteler ve sivil toplum örgütlerinin katılımıyla Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planı hazırlanmıştır. Yapılan düzenlemelerle illerde denetim ve çalışmaların organize edilmesi için il tütün kontrol kurulları oluşturulmuştur. Tütün kontrolüne yönelik kanun 2008 yılında yeniden düzenlenerek (kanun 5727) kapsamı genişletilmiş ve tütün kullanımı ikram veren yerler dahil olmak üzere tüm kapalı alanlarda yasaklanmıştır. Yapılan yasal düzenlemelerle 2009 temmuz ayından itibaren Türkiye “tam dumanlı ortamlar ” uygulamasını yapan ilk ülkelerden biri olmuştur (21). Türkiye sağladığı bu başarı ile tüm dünyada tütün kontrolünde en başarılı ülkelerden biri olmuştur (27).

Tütün kontrol uygulamalarının sonuçları şu şekildedir (18);

- Tütün (sigara) kullanım sıklığı azalmıştır
- Sigara dumanından pasif etkilenim azalmıştır
- Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları azalmıştır
- Toplumun tütün yasasına desteği artmıştır .

DSÖ-TKÇS'nin başlıca gereksinimlerinden biri sigara içenlerin ve genel toplumun sigaranın zararları konusunda uyarılmasıdır. 2012 yılında yapılan düzenlemelerle tütün ürünleri paketlerinin her iki yüzünün en az %65' ini kaplayacak şekilde resimli ve yazılı uyarı mesajları olması gerekmektedir. Aynı zamanda topluma yanlış bilgi veren “hafif”, “çok hafif”, “yumuşak” gibi bilgileri yazılması yasaklanmıştır. Yasa kapsamı genişletilmesiyle toplumun sigaranın zararları konusunda bilinçlendirilmesi ve sigarayla bırakma yönünde teşvikin artırılması amacıyla kamu ve özel televizyon kurumlarında televizyonun en çok izlendiği saatler başta olmak üzere gün içinde sigaranın zararları, pasif etkilenim, organlar üzerindeki etkilerinin anlatılmasına yönelik, dumanlı hava sahası uygulamasını destekleyen yayınlar yapılmaya başlanmıştır. Yine yasa kapsamının artmasıyla 2008 yılında sponsorluk yasağı da uygulamaya girmiştir. Ayrıca yasa, tütün ürünlerin dışarıdan

görülecek biçimde sergilemesi, müşteriler tarafından doğrudan ulaşılabilirliği konusunda yasak getirmiştir (21).

Tütün üzerindeki vergiler artırılmaya başlanmıştır ve 2013 yılı verilerine göre tütün üzerindeki vergi yükü %81,82 düzeyi ile dünyadaki en yüksek vergilerden biri olmuştur.

Bu bilgilere göre Türkiye MPOWER kriterlerinin hepsini karşılayan ilk ve tek ülke konumundadır (21).

2.2.7.Sigara Bırakma Süreci

Sigara bırakma süreci karmaşık bir süreçtir ve farklı davranışsal bileşenleri vardır. Günümüzde sigarayı bırakmaya yönelik oluşturulmuş olan teoriler bu davranışsal bileşenleri içermektedir. Sigara bırakma sürecinde bir çok davranış değişikliğinin etkili olduğunu gösteren görüş, Prochaska ve arkadaşları tarafından ilk kez 1982 yılında tanımlanan “Transteoritik Model” ; davranış değişiminin sonuçtan çok “süreç” olduğunu savunmaktadır (28). Bu modele göre; sigara içen bireylerin sigara bırakma sürecinde davranışsal olarak 5 evrede geçiş yaparlar;

- 1) Bırakmanın düşünülmediği evre
- 2) Bırakmanın düşünüldüğü evre
- 3) Bırakmaya hazırlanma evresi
- 4) Eyleme geçme veya deneme evresi
- 5) Sürdürme evresi

Bırakmayı düşünmeme	Birey sigarayı bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu ve sigaradan kaynaklanacak hastalık risklerini gözardı eder, kişi değişime dirençlidir.
Bırakmayı düşünme	Birey sigarayı bırakmayı düşünse de henüz tam karar vermemiştir. Bırakma düşüncesi sürekli ertelenmektedir, eyleme geçmek için motivasyona ihtiyaç vardır.
Bırakmaya hazırlanma	Bireyin sigaraya yönelik olumsuz düşünceleri ağır basmaktadır ve sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan geliştirmiştir.
Bırakmayı deneme	Birey sigarayı bırakmıştır, henüz 6 ayı doldurmamıştır.
Bırakmayı sürdürme	Birey 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir

Bu modele göre bireyin içinde bulunduğu evre dikkate alınmadan sigara bırakma sürecine girildiğinde kişinin daha çok direnç geliştirdiği düşünülmektedir. Farklı evrelerdeki kişilerin farklı özellikler gösterdiği dikkate alınarak buna göre tedavi sürecine girilmesi gerektiği savunulmaktadır. Bu modeli uygulamak kişinin içinde bulunduğu süreci tanımlamak açısından önemli olduğu gibi evreler arası geçişler olduğunda kişiye uygulanacak müdahale değişikliği için de önemlidir (29).

Sigara bırakma sürecinde ilk basamak tedavi olarak adlandırılan “kısa hekim müdahalesi” , “tıbbi terimlerle ve sigaranın zararlı etkileriyle ilgili bilgiler eklenerek sigara bırakma endikasyonlarının sözlü olarak özetlenmesi”, şeklinde tanımlanmaktadır. Bu girişim sağlık hizmetinin her basamağında her branşa ait hekim tarafından uygulanabilmektedir ve yalnızca birkaç dakika zaman alır. Herhangi bir şekilde öneride bulunulmayan grupla karşılaştırıldığında bu kısa müdahalenin tek başına sigara bırakma oranını artırdığı görülmüştür (30).

Sigara içen bireylerden özellikle bırakmayı düşünmeme evresinde olan bireylerin bu bilişsel sürece girmesine yardımcı olmak için yapılabilecek motivasyonel müdahale, “5R” kısaltmasıyla örneklendirilmektedir; (29)

Relevance (İlgilen): Bireye özel durumu ele al

Risks (Riskler): Sigara içmenin sonuçlarını vurgula

Rewards (Kazançlar): Sigara içmemenin sonuçlarını vurgula

Roadblocks (Engeller): Sigarayı bırakmayı engelleyen durumu belirle

Repetition(Tekrarla): Bireyin her başvurusunda motivasyonel müdahaleyi tekrarla

Sigarayı bırakmayı düşünen bireylerde ise “5A” kısaltmasıyla örneklendirilmektedir (31).

Ask (Sor): Her başvuruda hastanın tütün kullanımını sorgula

Advice (Öner): Bırakmasını öner

Assess (Değerlendir): İlk bir ay içindeki sigarayı bırakma isteğini değerlendir

Assist (Önderlik et): Tedaviyi planla ve yardım et

Arrange (İzle): Nüksü önlemek için izle

Tütün, psikolojik ve fiziksel bağımlılık yapan bir maddedir. Bağımlı bir bireyde sigaranın bırakılması ile nikotin yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır.

Sigara içme davranışının devam ettirilmesinde ve uygulanan tedavilerde başarısızlığa ilk sebep nikotin bağımlılığıdır (32).

Sigara bağımlılığı düzeyini ölçmek için hastanın kendi hakkında verdiği bilgiler kullanılmaktadır. Tolerans ve yoksunluk fizyolojik bağımlılık tanısı için değerlendirilen kriterler olup anketlerde özellikle bu 2 kriterin varlığı araştırılmaktadır (31).

Tedavi öncesi sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan test, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)'dir (31). Bu test, hastada nikotinin fiziksel bağımlılığı yönünden riski değerlendirmek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan, 6 sorudan oluşan, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe formun geçerlik ve güvenirlik çalışması Uysal ve arkadaşları tarafından 2003'te yapılmış olup Cronbach's alfa katsayısı 0.56 olarak bulunmuştur. Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde, 0–2 puan arası “çok düşük düzey”, 3–4 puan arası “düşük düzey”, 5 puan “orta düzey”, 6–7 puan arası “yüksek düzey”, 8–10 puan arası “çok yüksek düzey” bağımlılık olarak kabul edilmektedir.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan)
- b. 6- 30 dakika içinde (2 puan)
- c. 31- 60 dakika (1 puan)
- d. 1 saatten fazla (0 puan)

Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- a. Evet : (1 puan)
- b. Hayır: (0 puan)

Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan)
- b. Diğer herhangi biri (0 puan)

Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a. 10 adet veya daha az (3 puan)
- b. 11- 20 (2 puan)
- c. 21- 30 (1 puan)
- d. 31 veya daha fazlası (0 puan)

Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- a. Evet (1 puan)
- b. Hayır (0 puan)

Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirirken neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- a. Evet (1 puan)
- b. Hayır (0 puan)

2.2.8. Nikotin Yoksunluğu

Sigaranın içerisindeki bağımlılık etkisi en yüksek maddelerden biri nikotindir (33). Nikotin, mezokortikolimbik dopaminerjik nöronların üzerindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerini uyararak dopamin artışı sağlamaktadır (34). Ayrıca ventral tegmental bölgelerde presinaptik nikotinik asetilkolin reseptörlerinin uyarılması sonucu glutamat salınımını artırmaktadır ve glutamat da ventral tegmental bölgede bulunan dopaminerjik nöronların uyarılmasını sağlamaktadır. Ayrıca nükleus accumbensde $\beta 2$ ve $\alpha 2$ reseptörlerine etki etmektedir. Nikotin, nikotinik asetilkolin reseptörlerini önce uyarıp sonrasında geçici olarak duyarsızlaştırmaktadır ve sürekli nikotin maruziyetinde nikotinik reseptörlerin sayısında artış meydana gelmektedir (34,35). Beyin ödüllendirme sistemleri içinde önemli bir nörotransmitterden olan dopamin madde arama ve bağımlılık gelişiminde önemli bir yer tutmaktadır. Nikotin yoksunluğunda nükleus akkumbens ve amigdalin merkez çekirdeğinde dopamin düzeyi azalmıştır (36). Dopamin seviyesinde azalma olduğunda stres , irritabilite gibi yoksunluk semptomları ortaya çıkmaktadır. Nikotin seviyesinde azalma olduğunda reseptörler açık duruma geçmektedir ve bu da hipereksitabiliteye ve aşırı sigara içme isteğine neden olur (37,38). Sigara bırakma sonrası ortaya çıkan belirtilerin birçoğu aynı olup bunlar özellikle sigara arama davranışı, anksiyete, bradikardi, sabırsızlık, somatik yakınmalar, insomni, konsantrasyonda güçlük, huzursuzluk, açlık hissinde artış, kilo alma gibi semptomlardır (39,40). Sigara bırakmayı takip eden 1-3. günlerde yoksunluk belirtileri en şiddetli düzeye ulaşır, 3-4.haftalarda ise sonlanır. Çoğu kişi 4 haftadan uzun sürdürdüğünü belirtmektedir, 6 aydan daha uzun süre sigara içme isteği devam edebilmektedir (41).

DSM-IV Nikotin Yoksunluğu Kriterleri

A. En az birkaç hafta süreyle her gün nikotin kullanılması

B. Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (ya da daha fazlasının) ortaya çıkması:

1. Disforik ya da depresif duygu durumu
2. İnsomnia
3. İritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme

4. Anksiyete
 5. Düşüncelerini yoğunlaştıramama
 6. Huzursuzluk
 7. Kalp hızında azalma
 8. İştah artması ya da kilo alma
- C. Tanı ölçütündeki semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Bu semptomlar genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (42).

2.2.9. Tedavi

Herhangi bir nedenle hekime başvuran hastanın sigara öyküsünü sorgulamak ve bırakması yönünde öneride bulunmak “kısa klinik görüşme” olarak adlandırılmaktadır. Sigara bağımlısı olan bireylerde kısa klinik görüşmelerde fayda sağlanamadığı durumlarda devreye sigara bırakma poliklinikleri girmektedir (31).

Yoğun klinik görüşmeler, sigara bırakma tedavisi konusunda eğitim almış ve tütün kontrolü konusunda uzmanlaşmış hekimler tarafından uygulanmalıdır (31).

Sigara bırakma polikliniklerinde;

1. Bilişsel ve davranışsal yöntemler
2. Farmakoterapi

olarak iki ana yaklaşım yoğun klinik görüşmenin temelini oluşturur.

Günümüzde tedavi rehberlerinde birinci grup farmakoterapi ajanları olarak;

1. Nikotin replasman tedavileri (NRT)
2. Nikotin içermeyen farmakoterapi:
 - a. Bupropion HCL,
 - b. Vareniklin bulunmaktadır (31).

Sigara bırakma süreci daima kalıcı değişiklik ile sonuçlanmayabilmektedir. Bırakmayı deneme ve sürdürme evresine ulaşmış olan bireylerin daha önceki evrelere dönmesi durumu sıklıkla görülmektedir. Bu önceki evrelere dönüş olan nüks durumu , sık görülen bir durum olup sigara bırakma sürecinin doğal bir sonucudur. Bu nedenle sigara bırakma sürecini “dairesele bir döngü” şeklinde düşünmek gerekir.

Önemli olan bu kişilerin yine bu döngü içerisinde kalarak tekrar düşünme, hazırlanma, deneme evrelerini tecrübe etmesidir (29).

2.2.9.1. Bireysel ve Davranışsal Yöntemler

Bilişsel terapide kişinin öncelikle duygu, düşünce ve davranışı arasındaki bağlantılar saptanarak kişinin bu durumu daha gerçekçi bir şekilde yorumlamasını sağlamak önemlidir. Kişinin sorununa yönelik anlamlandırma biçimi değiştirilerek daha olumlu ve gerçeğe uygun bir şekle getirilmeye çalışılır (43).

Sigara bağımlılığında düşünceyi değiştirmek (Bilişsel Tedavi) önemlidir. Sigara ile olumlu düşünceleri olan kişilerin bu düşünceleri değiştirilmediği süreçte sigara içme isteği, sigaraya özlem ve imrenme duyguları devam edecektir. Bu duygu ve düşünceleri olan kişiler bir süre sonra sigara kullanmaya başlayacaklardır. Aynı şekilde sigara ile ilgili olumsuz düşünceleri olan kişilerde sigara bırakma süreci daha rahat geçecektir (44). Sigara bağımlılığında bilişsel davranışçı tedavisi hasta ile sıkı işbirliği gerektirmektedir ve hastanın istenen ödevleri mutlaka yerine getirmesi gerekmektedir. Bağımlılık olması dışında sosyal olaylarla eşleştirilen sigaranın özellikle bu bağlantılarının koparılması gerekmektedir (45).

Kişilerin sigaraya başlama ve sigara içmeyi sürdürme nedenleri farklı olacağı için tedavi de kişinin gereksinimlerine uygun olacak şekilde kişiye özel olmalıdır (46).

2.2.9.2. Farmakolojik Tedavi

Günümüzde sigara bırakma tedavisinde kullanılan birinci seçenek tedavi seçenekleri NRT, bupropion ve vareniklindir. Sigara bırakma tedavisi yapılan hastalarda kontrendikasyonlar da dikkate alınarak kişiye uygun farmakoterapi verilmesi gerekmektedir (32).

Nikotin Replasman Tedavisi:

Nikotin replasman tedavisinin hedefi nikotinin yerine konularak yoksunluk semptomları ve içme isteğinin azaltılmasıdır. Yapılan birçok araştırmada elde edilen sonuçların başarılı olması sebebiyle en sık uygulanan yöntemlerden biridir (47). Farklı NRT formları vardır, bunlar; transdermal bant, sakız, nazal sprey,

inhaler,sublingual tablet, pastildir ve hiçbirinin birbirine üstünlüğü yoktur. Ülkemizde bant, sakız, sublingual tablet formları bulunmaktadır . NRT için önerilen tedavi dozu bağımlılık düzeyine göre değişmekle birlikte ortalama süre 8-12 hafta arasındadır. NRT ile alınan nikotin dozu sigara içimiyle alınan doza göre daha düşük düzeydedir. NRT ile ulaşılan pik değer 6-12 µg/dl iken sigara içimiyle ulaşılan değer 35 µg/dl (20-50 µg/dl) civarındadır. NRT tedavisi ile öforik etki olmadan nikotin yoksunluk semptomlar azaldığı bildirilmiştir (47). NRT için bilinen relatif kontrendikasyonlar kardiovasküler hastalık, hipertiroidi, diyabetes mellitus, şiddetli karaciğer veya böbrek yetmezliği ile peptik ülserdir (32). Özellikle koroner arter hastalığında NRT nin güvenli olduğu bildirilmiş olup miyokard infarktüs riskini artırdığı yönde kanıt bulunmamaktadır (48).

Bupropion HCL:

Nontrisiklik aminoketon grubu bir antidepresan olup noradrenerjik ve dopaminerjik etki ile nikotin yoksunluk semptomlarını azalttığı düşünülmektedir. 18 yaş üstü hastalarda tercih edilebilecek ilk tedavi yöntemlerinden biridir. Bupropionun dozu hastanın nikotin bağımlılık düzeyine göre değişmemekte ve yavaş salımlı tablet formunda 150 mg etken madde içermektedir. Sigaraya bırakmaya karar verilen günden ortalama 7 gün önce 150 mg ile tedavi başlanır. 4. günden sonra 2x150 mg doza çıkılarak, 7 ile 14. günler arasında belirlenen bırakma gününde sigara bırakılarak bupropiona devam edilir. Toplam tedavi süresi 8 haftadır (32).

Yapılan çalışmalarda tedavi başarısı bupropion kullanan hastalarda %23 iken, plaseboda bu oran %12 olarak saptanmıştır (49). Yine yapılan bir metaanalizde bupropionun sigara bırakma başarısını yaklaşık iki kat arttırdığı belirlenmiştir (50).

Bupropion kontrendikasyonları , konvulziyon eşiğini düşüren ilaç kullanımı, MAO inhibitörü kullanımı, santral sinir sistem travma veya cerrahi öyküsü, santral sinir sistemi tümörü, kontrolsüz hipertansiyon, hepatik nekroz, yeme bozuklukları, bipolar hastalık, bupropiona aşırı duyarlılık durumları ve siroz olarak sayılabilir. Gebelerde kullanımı da kontrendikedir. Bupropion ile NRT'nin birlikte kullanıldığı durumlarda, hipertansiyon gelişebileceği için bu konuda dikkatli olunmalıdır (32).

Vareniklin

Vareniklin nöronal nikotinik reseptörler üzerine hem agonist hem antagonist etki göstererek nikotin bağımlılığını ve yoksunluk semptomlarını azaltır. NRT ve bupropion gibi ilk seçenek tedavilerden biridir. Tedaviye kişi sigara içmeye devam ederken ilk 3 gün 0,5 mg ile başlanıp 4-7. günler arası 2x0,5 mg, 8-14. günler arası 1 mg/gün dozunda kullanılır. Daha sonra 2x1 mg'a çıkılarak tedavi 12 haftaya tamamlanır. Sigara bırakma günü tedavi başlangıcından sonraki 8.-14. günler arasındır (32).

Vareniklin kullanan hastalar ile plasebo grubunun karşılaştırıldığı bir metaanalizde altıncı ayda bırakma başarısının iki kat artmış olduğu saptanmıştır (51). Vareniklin ile bupropion grubu karşılaştırmasında birinci yılda bırakma başarısının vareniklinde 1,52 kat artmış olduğu belirlenmiştir. NRT ile vareniklin karşılaştırmasında ise 24 haftalık süre sonunda birbirlerine üstünlükleri belirlenememiştir (52).

Vareniklin şizofreni, bipolar hastalıklar ve major depresyon geçiren olgularda dikkatli kullanılmalıdır. Kardiyovasküler risk açısından plasebo grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır (53).

Vareniklin yüksek oranda böbrekten atıldığı için karaciğer yetmezliğinde güvenli kullanılabilir, böbrek yetmezliğinde dikkatli olunmalıdır (32).

2.3. Sigara Ve Ateroskleroz

1964 yılında yayınlanmış ilk bildiride sigaranın kronik bronşit ve solunum yolları kanserleri için önemli bir sebep olduğu ortaya konulmuştur. Takip eden yıllarda yapılan araştırmalarda safra kesesi, özafagus, ağız, dudak kanseri için önde gelen bir neden olduğu aynı zamanda kardiyovasküler sistem için yıkıcı olan etkileri gösterilmiştir. Geçen zamanda ise sigara bırakılmasının ölümcül olaylardan korunmada etkili bir yol olduğu kanıtlanmıştır. Dünya genelinde meydana gelen her 5 ölümden biri sigaraya bağlanmaktadır ve genel olarak içmeyenlere kıyasla 10-14 yıl erken hayatlarını kaybetmektedir (54,55). Sigaraya bağlı ölümlerin 1/3'ü ise iskemik kalp hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşmektedir. Özellikle genç orta yaş erkeklerde kardiyovasküler sisteme bağlı ölümler erkeklerde üç kat artmaktadır. Güncel kanıtlarla sigaranın kardiyovasküler hastalıklar için geleneksel ve önlenabilir

önemli bir risk faktörü olduğu kabul edilmektedir. Sigaranın aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların oluşmasında erken endotelial ve mikrovasküler hasar oluşumu gibi patogenezin en temel noktalarından itibaren etkili bir faktör olduğu gösterilmiştir (56).

Tablo 2.2. Sigaranın kardiyovasküler sistem üzerindeki etkileri

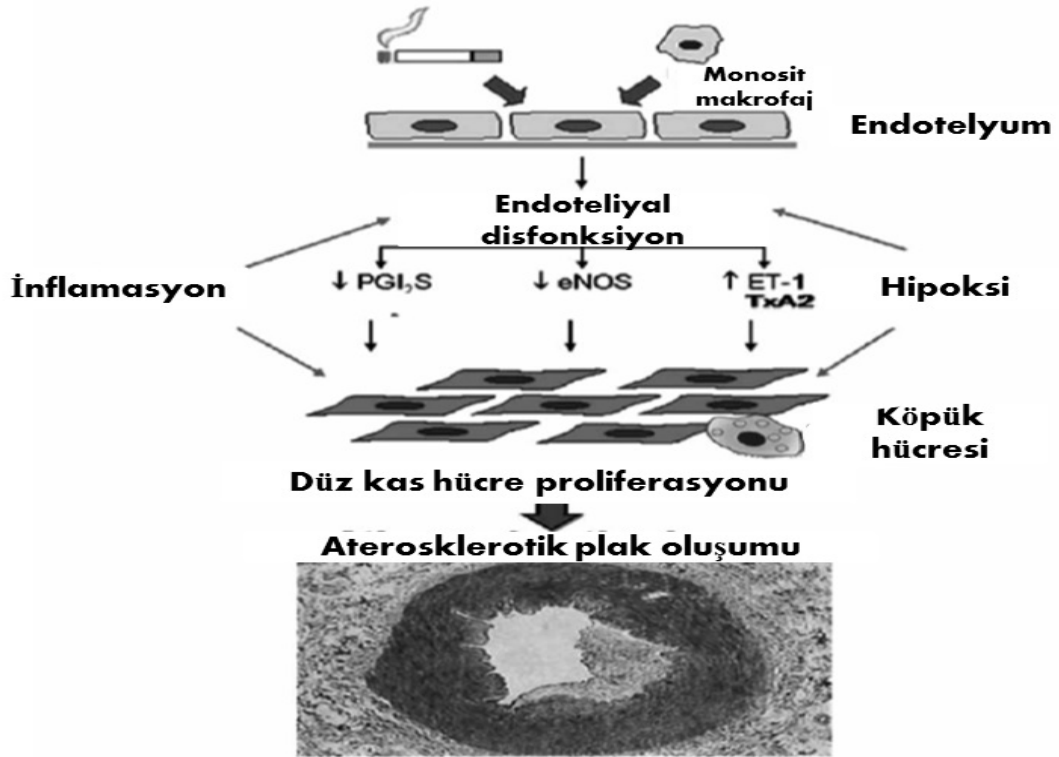
- 1- Hiperkoagülabile duruma neden olmak
- 2- Miyokardiyal iş yükünü artırmak
- 3- Kan karbonmonoksit düzeyi artışı ve oksijen taşınımında azalma
- 4- Endoteliyal disfonksiyon ve endotel hasarı
- 5- Koroner vazokonstriksiyon
- 6- Sistolik ve diyastolik kan basıncında artış
- 7- Kan trigliserid ve düşük moleküllü lipoprotein kolesterol düzeyinde artış
- 8- İnsülin direnci oluşumu ve diyabetes mellitus gelişimi

Sigara kullanımı, koroner arter hastalığı ve kardiyovasküler hastalıklar için halen önlenabilir bir risk faktörü ve önemli bir neden olmaya devam etmektedir (57). Sigaranın ateroskleroz üzerindeki etyopatogenezi geniş bir yelpazede açıklanmış olmasına rağmen, bu ilişkide halen aydınlatılamamış noktalar olduğu düşünülmektedir. Bu noktada bakıldığında kümülatif sigara maruziyetinin yani kullanım miktar ve süresinin artışının koroner arter hastalığı gelişimi üzerindeki etkisi güncel çalışmalarda halen net olarak anlaşılamamıştır (56,58). Son yıllarda bu konu üzerinde yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilse de genel anlamda sigara kullanım yoğunluğuyla kardiyovasküler olaylar arasında anlamlı ilişki bulunduğu yönünde kanıtlar artmaktadır. Buna ek olarak sigara kullanımına bağlı olarak gelişen kardiyovasküler hastalıklarda inflamasyon ve subklinik aterosklerozun anahtar role sahip olduğu artan kanıtlarla beraber gösterilmiştir. Örneğin sistemik ve vasküler inflamasyonun önemli bir göstergesi olan C-reaktif protein (CRP) değerlerinin sigara kullanan bireylerde artmış olduğu gösterilmiştir (59,60). Ek olarak, tromboz ve inflamasyonun gelişiminde etkili bir belirteç olan fibrinojen düzeyleri de sigara kullanımıyla artış göstermektedir. Ayrıca koroner arterlerde

aterosklerotik plakların gelişiminde katkısı olan vasküler kalsiyum yoğunluğu da sigara kullanan bireylerde yüksek bulunmuştur (61,62). Henüz yayınlanmış geniş katımlı retrospektif bir çalışmada (n = 6814) sigara maruziyetinin kümülatif etkisinin koroner olay gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada yüksek duyarlıklı CRP düzeyinin 3 mg/lit ve koroner kalsiyum skorunun 100 'ün üzerinde olması durumunda sigara kullanımının kesilmesi kardiyovasküler olay gelişmesinin engellenmesi konusunda en faydalı grubu oluşturmaktadır (63). Buraya kadar da görüldüğü üzere, sigara kullanımı aterosklerotik plak oluşumunda etkin bir role sahiptir. Ancak sigara kullanımı bunlara ek olarak oluşmuş olan aterosklerotik plakta destabilizasyona neden olarak plakta rüptüre ya da erozyona neden olarak AKS gelişmesine neden olmaktadır. Yukarıda da bahsedildiği gibi inflamasyon aterosklerozun oluşumu ve ilerlemesindeki en önemli etkidir ve AMI'e bağlı gelişen ölüm olaylarında oluşmuş plağın daha fazla oranda makrofaj ve lenfosit içerdiği gözlenmiştir (64,65).

Vasküler endotel yapının fonksiyonu sağlıklı bir kardiyovasküler sistem varlığı için önemli bir role sahiptir. Ateroskleroz gelişiminin erken dönemlerinde vasküler endotelde meydana gelen değişiklikler patogeneze önemli bir basamağı teşkil etmektedir. Sigara kullanımının aterosklerozun gelişimi sırasında endotelde meydana getirdiği hasar ve tromboz oluşumu koroner arter hastalığı için önemli bir faktördür. Bu mekanizmanın harekete geçmesinde trombositlerde serotonin artışının etkin bir role sahip olduğu bilinmektedir. Serotonin artışı beraberinde vasküler tonusda artışı ve buna bağlı aterosklerotik plakta rüptürü beraberinde getirmektedir (56,66). Sonuç olarak ise trombus oluşumu ile koroner olay gerçekleşmesine neden olmaktadır. Sugiura T. ve arkadaşlarının sağlıklı bireylerde yapmış oldukları çalışmalarında (n=48) sigara kullanımının serum serotonin değerlerinde artışa yol açtığını gösterilmiştir. Hatta sigara bırakıldıktan 8 hafta sonra bile serumda serotonin değerlerinde yükseklik olduğu gösterilmiştir (67). Yine sigaranın endotel üzerinde mikrovasküler yatakta ve koroner arterlerde spazm oluşturarak, sigarayla birlikte artmış olan oksijen ihtiyacına negatif etki oluşturduğu bilinmektedir. Yani sigara, miyokardiyal oksijen ihtiyacını arttırdığı gibi vazospazmı da tetikleyerek hücrelerin oksijen tüketimini engellemektedir (68). Bilindiği gibi nitrik oksit, arterial ve venöz yapılarda dilatasyona neden olan ve vasküler tonus üzerinde önemli etkileri olan bir

hormondur. Fareler üzerinde yapılmış olan bir çalışmada sigaraya olan maruziyetin nitrik oksitin vasküler yapılar üzerindeki etkilerini azaltmış olduğu gözlenmiştir (69,70). Buna ek olarak endotelden salınan prostasiklinler ve endotel kaynaklı hiperpolarizan faktör (EDHF) vazodilatasyona neden olarak, yine endotelden salınan endotelin ve tromboksan A2 vazokonstrüksiyona neden olarak vasküler tonusu düzenlemeye yardımcı olur (71). İşte bu vazodilatasyon ve vazokonstrüksiyon arasındaki denge diyabetes mellitus, hiperlipidemi ve sigara kullanımı ile bozularak koroner arter hastalığının önemli bir basamağını teşkil etmektedir. Endotel üzerinde bu yıkıcı etkiler yanında von Willebrand faktör, doku faktörü, doku plazminojen aktivatör inhibitör faktör gibi faktörlerin salınımını artırarak protrombotik etkiler oluşturabilir (72).



Şekil 2.2. Sigaranın aterosklerotik plak oluşumunda etkisi (PGI₂S; prostasiklin, e-NOS; endotelial nitrik oksit, ET1; endotelin, TxA₂; tromboksan A2)

Koroner arter bypass cerrahisi sonrasında sigara bırakılmasının uzun dönemde mortalite ve rekürren koroner olay gerçekleşmesi üzerinde etkin olduğu

gösterilmiştir. Buna paralel olarak perkütan koroner girişim yapılan hastalarda da benzer şekilde uzun dönemde etkin olduğu gösterilmiştir (73,74). Perkütan koroner girişim öncesinde ya da sonrasında sigara kullanımının kesildiği hastalarda AMI ve ölümün daha düşük oranlarda izlendiği gözlenmiştir. Koroner arter hastalarında izlenen ölümlerin önemli bir kısmında ani kardiyak ölüm meydana gelmektedir. Bu noktada malign aritmilerin direkt kardiyak kökenli bir neden olduğu bilinmektedir. Sigaranın içinde bağımlılık oluşturduğu bilinen nikotin, kanda katekolemin düzeyini artırarak miyokard hücrelerinde aritmojenik etki oluşturmaktadır (75). Bu konuda 3122 koroner arter hastasının ortalama 8.2 yıl boyunca takip edildiği bir çalışmada sigaranın ani kardiyak ölüm üzerindeki etkisi net bir biçimde gösterilmiştir. Bu çalışma sonucuna göre koroner arter hastası olup sigara kullanımı terk edildiğinde ani kardiyak ölüm ihtimali hızlı bir biçimde ortadan kalkmaktadır. Ayrıca yine aynı çalışmada bu etkinin sigara terk edilir edilmez başladığı ve riskin hiç sigara kullanmayan hasta gruplarıyla dahi benzer olduğu gösterilmiştir (76). Yine koroner arterlerde sigaranın vazospastik etkisine yönelik yapılmış olan bir çalışmada daha önce variant anjina tanısı konulan ve yoğun medikal tedavi alan hastalarda sigara kullanımının koroner vazospazmı önemli derecede provake ettiği ve tekrarlayan anjina atakları nedeniyle koroner anjiyografi işlemine neden olduğu gösterilmiştir (77).

Bu mekanizmalara ek olarak sigara kullanımının aterosklerotik plak oluşumu üzerinde oksidatif stresi artırarak lipid peroksidasyonuna neden olmak, vasküler endotelde tunica intima ve tunica media tabakalarında köpük hücrelerinin artışına neden olmak, trombosit agregasyonunu artırmak, HDL kolesterol düzeyini azaltmak gibi lipoprotein metabolizmasında değişikliklere neden olmak gibi etkileri vardır (78,79). Vasküler intimada sigaranın içinde bulunan serbest radikallerin oluşturduğu okside LDL birikir, biriken bu okside LDL nedeniyle endotelden salgılanan proinflatuar sitokinler ve adezyon molekülleri aracılığıyla (ICAM, VCAM gibi) endotelde aterosklerozun ana hücrelerinden olan makrofaj birikimi artar (80).

Diğer bir tütün kullanım alışkanlığı olan nargile kullanımının kardiyovasküler hastalıklar üzerinde ciddi etkileri olduğu gösterilmiştir. Plazma lipid düzeylerinde artış, kan basıncında ani yükselme ve sağ ventrikül fonksiyonlarında baskılanma gösterilmiş önemli etkilerdir (81-83). Buna ek olarak yapılmış bir çalışmada nargile

ve sigara kullanımının koroner arter hastalığının yaygınlığı ve ciddiyeti üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada ilginç olarak nargile kullanımına daha geç yaşlarda başlansa da koroner arter hastalığının nargile kullanan bireylerde daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Bu durum nargiledeki daha yoğun nikotin ve toksin içeriği ile kapalı alanlardaki daha fazla duman yüküne bağlanmıştır (84). Sigaranın kardiyovasküler risk üzerine bilinen bu etkilerinin, sigara terk edildikten 3 yıl sonra geriye döndüğü ve sigara kullanmayan bireylerle aynı düzeye geldiği gösterilmiştir (85). Bu etkilerin başında daha önce de bahsedildiği gibi hiperkoagülabilite üzerine etkisi gelmektedir. Sigara öncelikle faktör 7 düzeyini artırarak pıhtılaşmanın başlangıcını tetikler. Sigara içiminin hemen ardından ise trombosit ömrü kısalarak yıkım başlar, trombosit spesifik proteinlerin hücre yüzeyinde artışı ile beraber agregasyona eğilim artar. Aktive olmuş trombositlerden de sigaranın etkisiyle bir eikonazoid olan ve trombosit kümeleşmesini artıran tromboksan A2 düzeyi artar. Buna ilave olarak da fibrinojen düzeyi de artarak kan viskozitesi artar ve pıhtı oluşumuna neden olur (86).

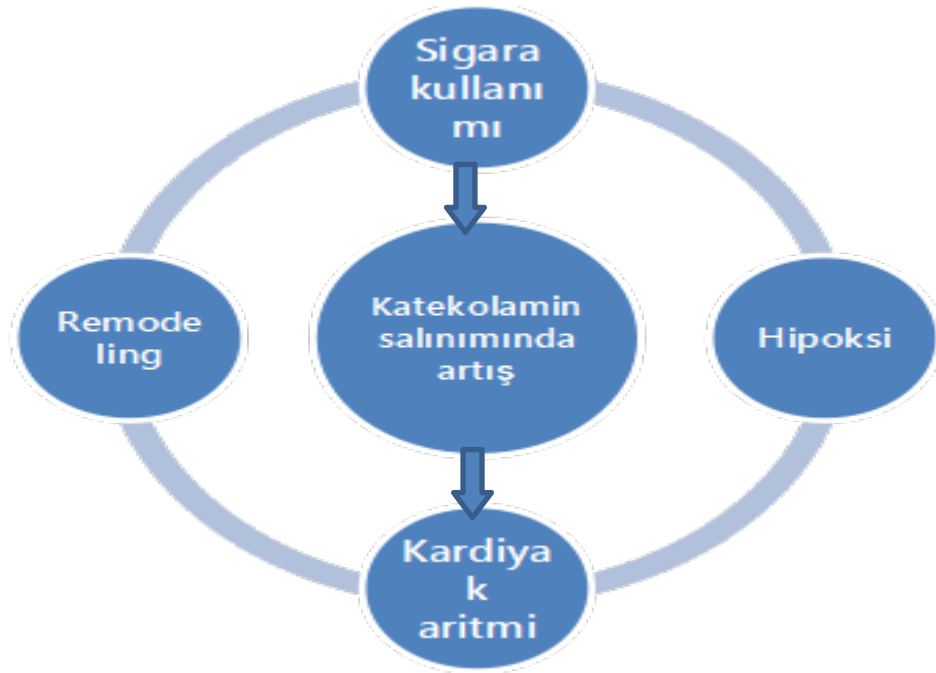
Genel bir bilgi birikimi olarak herkesin de bildiği gibi sigara kullanımı kanda karbonmonoksit düzeyini artırmaktadır. Sigara içenlerde günlük içilen paket başına kanda karbonmonoksit düzeyinde %5 artış izlenir. Bu oran sigara kullanmayanlarda günlük %1' e denk gelmektedir (87). Kanda artan karbonmonoksit hemoglobine bağlanarak hücrelerin oksijen taşımalarını engeller ve miyokardiyal iskemiyi artırır. Ayrıca aritmojenik etkisi nedeniyle daha çok egzersiz sırasında ventriküler disfonksiyona neden olarak ölümcül ritm bozukluklarına neden olabilir (88). Bu durum sigarada yoğun miktarda bulunan nikotinin yan etkileri için de geçerlidir. Sigara alınması ile birlikte kanda çok kısa sürede normalden fazla nikotin etkinliği ortaya çıkar. Özellikle organizma içerisinde yoğun miktarda nikotinik reseptör içeren hücrelerin uyarılmasıyla (özellikle miyokard hücreleri) başta kardiyovasküler sistem olmak üzere tüm vücutta etkisini gösterir. Kalp hızını artırarak ve kan basıncını artırmanın yanında, serbest oksijen radikallerinin oluşmasıyla miyokardiyal iskemiyi neden olur. Artan bu radikaller arteriollerde vazokonstrüksiyona neden olarak miyokard kanlanmasını azaltır ve kısır döngü oluşur (87). Nikotinin bu etkisi hızlı bir biçimde ortaya çıkar ve organizma adaptasyon mekanizmalarını oluşturmadan ortaya çıktığından özellikle daha önce tıkalı koroner arter hastalığı olan bireylerde ciddi

sorunlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle koroner arter hastalığı olanlarda sigaranın bırakılması hastalığın tedavisinde son derece önemli bir yer tutar.

Sigara, kendisi aterosklerotik kalp hastalığı için bir risk faktörü olmakla beraber hipertansiyon ve diyabetes mellitus gibi bilinen risk faktörlerinin de ortaya çıkmasına neden olarak mevcut riski daha da artırmaktadır. Daha önce yapılmış bir çalışmada her iki cinsiyet için fark olmaksızın sigara içilmesinin tip II diyabetes mellitus gelişmesinde içmeyenlere oranla 2 kat artışa neden olduğu gösterilmiştir. Tip I diyabeti bulunan hastalarda da istenilen kan glikoz düzeyinin sağlanması için sigara içenlerde içmeyenlere oranla daha yüksek dozda insülin enjeksiyonuna ihtiyaç olduğu ortaya konmuştur. Diyabeti olanlarda beklenildiği gibi daha yüksek HbA1C düzeyleri izlendiği gibi, sağlıklı olduğu bilinen sigara içicilerde içmeyenlere oranla daha yüksek HbA1C düzeyleri olduğu gösterilmiştir (89-92). Diyabetik hastaların takip edildiği geniş çaplı çalışmalarda sigara kullanan diyabetik hastalarda koroner arter hastalığı, inme, periferik vasküler hastalık görülme sıklığı sigara kullanmayan bireylere göre daha yüksektir. Ortalama günlük 15 ile 34 adet arasında sigara kullanımının diyabetik kadınlarda tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarında %64 artışa neden olduğu, günlük 34 adetten fazla sigara kullanımının ise %119'luk bir artışa neden olduğu gösterilmiştir (93-95).

Kalp ritm bozuklukları ani kardiyak ölümlere neden olabildiği gibi yaşam kalitesini bozması bakımından kardiyoloji kliniklerinde tedavi edilen hastalıklar arasında ilk sıralarda kendine yer bulmaktadır. Sigara kullanımı yine kardiyak aritmiler için kabul edilen ve önlenabilir bir risk faktörüdür. İlk olarak akla gelen KOAH , kardiyak aritmiler özellikle atriyal fibrilasyon için zemin hazırlayan hastalık grubudur. Bu hastalıklar için sigara kullanımının etyopatogeneizde aldığı rol ve toplumda hastalığın yaygınlığı düşünüldüğünde aritmilerin gelişmesinde sigaranın ne kadar etkin bir rol aldığı görülebilir. Buna ek olarak sigarada bulunan nikotin, geçici sinusal duraklama, bradikardi, sinoatriyal blok, atrioventriküler blok, atriyal fibrilasyon ve ventriküler taşiaritmilere neden olabilir. Görüldüğü gibi çok geniş bir yelpazede ritm bozukluklarının sebebi olabileceği kanıtlanmıştır. Aritminin gelişmesi konusunda çok farklı mekanizmalarla etkinliği tartışılmıştır. İlk akla gelen mekanizmada; nikotinin direkt ya da indirekt olarak katekolamin salgılanmasını artırarak sempatik deşarja neden olduğu belirtilmiştir. İn vitro ve in vivo çalışmalarda

bu etkinlik kesin olarak ispatlanmıştır (96). Hayvanlar üzerinde yapılmış olan bir çalışmada intravenöz yol ile verilen nikotinin doz bağımlı olarak aritmilere neden olduğu gözlenmiştir. Düşük dozda verilen nikotinin daha benign seyirli supraventriküler taşikardilere neden olduğu gözlenirken daha yüksek dozlarda fatal ventriküler aritmileri tetiklediği gözlenmiştir (97). Koroner arter bypass cerrahisi yapılan hastalarda yapılmış olan bir çalışmada (n=95) kullanılan paket/yıl başına sigara kullanımının atriyal dokuda fibrozise neden olduğu ve postoperatif dönemde mortalite ile ilişkili olan atriyal fibrilasyon gelişimine neden olduğu gösterilmiştir (98). Nikotine ek olarak karbonmonoksit düzeylerindeki artışın ve sistemik oksidatif stresin ventriküler aritmi gelişme eşiğini daha alt noktalara düşürerek malign aritmilere neden olabileceği de belirtilmiştir (99).



Şekil 2.3. Sigara kullanımı ve kardiyak aritmiler üzerinde etkili mekanizmalar

Obezite ve dislipidemi yine sigara kullanımıyla yakından ilişkili olan kardiyovasküler riski de beraberinde taşıyan klinik durumlardır. Sigara içicilerde erken dönemde nikotinin de etkisiyle enerji tüketimi artar ve iştahsızlık oluşur, bu durum da sigara içicilerin neden içmeyenlere oranla daha zayıf olduğunu açıklamaktadır. Bu duruma rağmen sigara içen bireylerde sigara içmeyenlere oranla

daha yüksek trigliserid ve LDL düzeyleri, daha düşük seviyede HDL düzeylerine sahiptir. Bu konuyla ilgili yapılmış bir meta-analizde kan lipoprotein seviyelerindeki değişikliklerin kullanılan sigara adetiyle yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kan lipoprotein ve trigliserit düzeylerinin kan değerlerinde sigara içenlerde izlenen değişiklikler için öne sürülen mekanizmalar içinde artan insülin direnci ve iskelet kas kitlesinin sigara içenlerde azalmış olması bulunmaktadır (100,101).

Hipertansiyon, tüm dünyada izlenen kardiyovasküler ve serebrovasküler ölümlerin en önemli sebebidir. Sigara kullanımında bu hastalıklarla yakından ilişkili olması nedeniyle hipertansiyonun kontrol altında tutulması bu hastalar için hayati öneme sahiptir. Sigaranın içinde bulunan nikotinin dolaylı olarak semptomimetik etki göstererek her sigara içiminin ardından kan basıncında akut bir yükselmeye neden olduğu gösterilmiştir (102).

Tüm bu etkilerden dolayı koroner arter hastalığı tespit edilen hastalarda sigaranın bırakılması mortalite ve morbitidenin azaltılması için en önemli tedavi basamağını teşkil etmektedir. Yapılmış olan onlarca çalışma sonucunda sigaranın bırakılması koroner arter hastalığı olan bireylerde yeni bir kardiyak olay ya da ölüm oranında %50'den fazla azalmaya neden olmaktadır. AMI geçiren ya da stabil anjina pektoris bulunan 12.000'den fazla katılımcının bulunduğu bir çalışma sonucunda sigara bırakılmasının total mortalitede %36, tekrar miyokard infarktüsü gelişmesi oranında ise %32 azalmayla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu oranlar farmakolojik olarak uygulanan sekonder korunma tedavileri (Anjiyotensin converting enzim inhibitörleri, beta blokerler, statin ya da asetil salisilik asit tedavileri) ile karşılaştırabilecek kadar etkin bir yaşam tarzı değişikliği olduğunu ortaya koymaktadır (103). Bazı çalışmalarda sigara kullanımı terkedildikten hemen sonra kardiyovasküler riskin azaldığı ve 3-5 yılda normal düzeylere indiği gözlenmiştir. Ancak bazı yayınlarda bu sürenin 10-14 yıla kadar uzayabileceği belirtilmiştir. Bu konuda kabul edilebilecek tek doğru sigara bırakılmasının kaç yıl içerisinde olursa olsun erken dönemde dahi kardiyovasküler hastalıkların kontrol altına alınmasında etkin bir rolü vardır ve orta yaşlardan önce kesilmiş bir sigara kullanımı, sigara içmeyen bireylerle eş yaşam sürelerine sahiptir (104-106). Benzer şekilde perkütan koroner girişim yapılan ya da koroner arter bypass cerrahisi yapılan hastalarda sigaraya devam halinde içmeyenlere oranla sırasıyla %44 ve %68 mortalite artışı

gözlenmektedir. Aynı zamanda sigaranın bırakılıyor olması bu hastalarda yaşam kalitesini artırmanın yanında tekrarlayan revaskülarizasyon oranlarında da azalmayla ilişkilidir (74,107).

2.4. Aile Hekimlerinin Tütün İle Mücadelede Rolü

Aile hekimleri aile hekimliği prensipleri içinde eğitilmiş uzman hekimlerdir. Tıbbi bakıma gereksinimi olan herkese yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kapsamlı ve süreklilik arzeden bir bakım vermekle yükümlü olan ,kişilerin aile ve yaşadıkları topluluk ve kültürleri de kapsayacak şekilde bakım veren hekimlerdir. Tekrarlayan görüşmelerde elde ettikleri bilgi ve güveni kullanarak hastası hakkında fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri entegre ederler ve doğru bir bakım planı oluşturmayı hedefler. Aile hekimleri hastanın gereksinimlerine göre hastanın gereken durumlarda diğer servisleri de kullanmasını sağlayarak bakım ve palyasyon sağlar (108).

Aile hekimlerinin bütüncül yaklaşımıyla sigara ile ilişkili yüksek mortalite ve morbiditenin önüne geçmede önemli bir rol oynadığı açıktır (109). Aile hekimleri sağlık sistemi içerisinde ilk başvuru noktasını oluşturduğu için kişinin tütün veya diğer alışkanlıklarının sorgulanması ve değerlendirilmesi için ilk noktadır (110). Sigara içenlerin büyük kısmının en azından yılda bir kez birinci basamak hekimleri tarafından görüldüğü düşünülürse aile hekimlerinin bu noktada müdahalede bulunması sigaraya bağlı mortalite ve morbidite oranlarını azaltmada önemlidir (109). Aile hekimleri sadece kişilerin alışkanlıklarıyla değil onların aile ve sosyal çevresiyle ve bu ortamların kişiyi nasıl etkilediğiyle de ilgilenir. Bu nedenle sigara bırakmayı isteyen ve içmeyi sürdüren kişilerin nasıl bir ortamla karşılaşacağını bilerek bu durumu daha iyi değerlendirme olanağı bulur. Aile hekimleri hastalarını tüm yaşamları boyunca izleyerek sürekli bakım sağlar ve bu aşamada tutulan kayıtlar da önem arzeder. Hastanın sigara kullanımının sorgulanması ve kaydedilmesi sigaraya müdahale oranını artırmaktadır (110). Amerikan Ulusal Kanseri Enstitüsü'nün yapmış olduğu 5 farklı çalışmaya ait metaanalizde de, hekimlere sigara bırakma konusunda eğitim verilerek hastalarına birkaç dakikalık kısa müdahale şeklinde tavsiyede bulunmasının ,sigarayı bırakma teşebbüslerini yüksek oranda

artırdığı, sigara içen her 100 kişiden 10'unun ve her yıl 2 milyon insanın sigarayı bırakmasını sağladığı belirlenmiştir (111).

Tüm uygulamalarda olduğu gibi sigara bıraktırmada da kullanılacak girişimler uygun ve etkili olmalıdır. Aynı zamanda aile hekimlerinin sigara bağımlılığı ile mücadelede koordinasyon sağlayabilmesi için kendi biriminde çalışan veya ikinci ve üçüncü basamakta çalışan diğer sağlık çalışanlarıyla ekip çalışması içinde olması gerekmektedir. Aile hekimi böyle bir hizmeti sağlama konusunda yeterli birikim ve donanıma sahip olmasa da sağlık sisteminin olanakları doğrultusunda kişiyi bilgilendirme ve gerekli birimlere yönlendirme ile daha faydalı olabilir (110).

3. GEREÇ - YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tez çalışması, prospektif kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Süresi

Araştırma için Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.03.2015 tarihinde E-15/460 nolu karar ile onay alınmıştır. Çalışmaya katılan hasta alımı Haziran 2016-Ağustos 2016 tarihleri arasındaki üç aylık süre içerisinde tamamlanmıştır. Takip eden süreçte 1., 3. ve 6. aylarda hastalara telefon ile ulaşılmış, taburculuk sonrası sigara içme davranışlarına yönelik sorular yöneltilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneği

Araştırmanın hedef grubunu, Haziran 2016-Ağustos 2016 tarihleri arasında ANEAH Kardiyoloji anabilim dalı yoğun bakım ve yataklı servise AKS nedeniyle başvuran aktif sigara içen 111 hasta oluşturmaktadır. Örneklem hacmi, “Evren biliniyorken örnekleme yöntemi” kullanılarak belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

18 yaş üstü, sigara kullanan , akut koroner sendrom nedeniyle Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'ne yatışı yapılan, bilinci açık, aydınlatılmış onamı alınan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

Aydınlatılmış onam formunu imzalamayan hastalar, ağır kognitif bozukluğu olan hastalar, takip esnasında hayatını kaybeden ve telefon ile ulaşılamayan hastalar çalışmadan çıkarıldı.

Prospektif olarak planlanan araştırma için 120 hasta ile yüzyüze görüşme yapılarak anket formu doldurulmuş, takip eden süreçte hastaların 9 tanesine ulaşılamamış 111 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

ANEAH Kardiyoloji Kliniği yoğun bakım ve yataklı servise AKS nedeniyle başvuran sigara kullanımı olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Görüşme öncesi hastaların aydınlatılmış onamları alınmış olup, önceden hazırlanmış olan veri toplama formu yüz yüze görüşme yöntemiyle Dr. Aybüke Demir Alsancak tarafından doldurulmuştur.

Veri toplama formunda;

Sosyo-demografik özellikler

- Yaşadığı yer
- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim düzeyi
- Aylık ortalama hane geliri
- Meslek

Sağlık/ hastalık durumu ile ilgili bilgiler;

- Geliş şikayeti
- Ağrının kaçınıcı saatinde başvurduğu
- Kardiyovasküler risk faktörleri
- Sigara ile ilişkili ek hastalıklar
- Kardiyovasküler sistem hastalığı nedeniyle hastaneye yatışının olup olmadığı
- Önceki anjiyografi, stent, by-pass öyküsü
- Antidepresan/sedatif ilaç kullanımı

Sigara içme davranışı ile ilgili bilgiler;

- Sigaraya başlama yaşı
- Günlük içilen sigara sayısı
- Sigara paket/yıl
- Daha önce sigara bırakmayı deneme durumu
- Daha önce sigarayı bıraktıysa en uzun ne kadar süre bıraktığı
- Daha önce sigara bırakma programına başvuru durumu
- Evde sigara içen kişi varlığı ve yakınlık derecesi

- Evde sigara içenlerin evin içinde/dışında içme durumları
- Şu anda sigara bırakma düşüncesi
- Sigara bırakma polikliniğı ile ilgili bilgi durumu
- Sigara bırakma polikliniğine başvuru yapmak isteyip istememe durumu

Motivasyonel durum

- Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu
- Daha önce sigaranın sağlığını etkilediğini düşünme durumu
- Mevcut hastalığına sigaranın sebep olmuş olabileceğini düşünme durumu
- Sigarayı bırakma durumunda tekrar kalp hastalığı riskinin azalacağını düşünme durumu

Bağımlılık İle İlgili Değişkenler

- Fagerström nikotin bağımlılık düzeyi

Değerlendirilen tetkik sonuçları

- Rutin istenen laboratuvar tetkikleri
- Rutin kullandığı ilaçları
- Vücut kitle indeksi
- İlk geliş elektrokardiyogram özellikleri
- Koroner anjiyografi sonucu
- Olguların son tanısı
- Koroner müdahale olarak yapılan işlemler
- Gensini skorlama sistemi
- Hastanede yattığı gün sayısı

Taburculuk sonrası 1., 3. ve 6. ay değerlendirmesi

- Hastanın tedavi olduğu yerde sigara bırakmaya yönelik bilgi alma durumu
- Taburculuk sonrası kontrollerde sigaraya yönelik bilgi alma durumu
- Aile hekimi başvurusunun olup/olmama durumu
- Aile hekiminden sigara bırakmaya yönelik bilgi alma durumu
- Bilgi ve tavsiyelerin sigara bırakma üzerine etkileri
- Sigara bırakma polikliniğine başvuru durumu ve başvuranlara uygulanan tedavi yöntemi
- Hastalık sonrası sigarayı bırakma durumu
- Halen sigarayı kullanma durumu

- Sigarayı bırakanların tekrar başlamalarına sebep olan faktör
- Sigarayı bırakanların hastalık sonrası toplam sigarayı bıraktıkları süre
- Halen sigara kullananların içtikleri sigara sayısı
- Evde sigara içme durumu ve içenlerin evin içinde/dışında içme durumları
- Tekrar kardiyovasküler sistem hastalığı geçirme durumları
- Kullanmaya devam edilen ilaçlar ayrıntılı şekilde sorgulanmıştır.

3.5. Değişkenlerin Tanım Ve Ölçütleri

Nikotin Bağımlılık Düzeyi

Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyi Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile ölçülmüştür. Bu testten alınan puanlara göre;

0-2 puan alanlar “*çok düşük düzey*” ,

3-4 puan alanlar “*düşük düzey*” ,

5 puan alanlar “*orta düzey*” ,

6-7 puan alanlar “*yüksek düzey*” ,

8-10 puan alanlar “*çok yüksek düzey*” bağımlı olarak kabul edilmiştir.

Çözümlemelerde bu puanlamalar kullanılmıştır.

Vücut kitle indeksi

Vücut kitle indeksi kilogram cinsinden ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünerek hesaplandı. VKİ değerleri 18-25 kg/m² arası normal kilolu, 25,1-29,9 kg/m² arası fazla kilolu , >30 kg/m² arası obez olarak değerlendirildi.

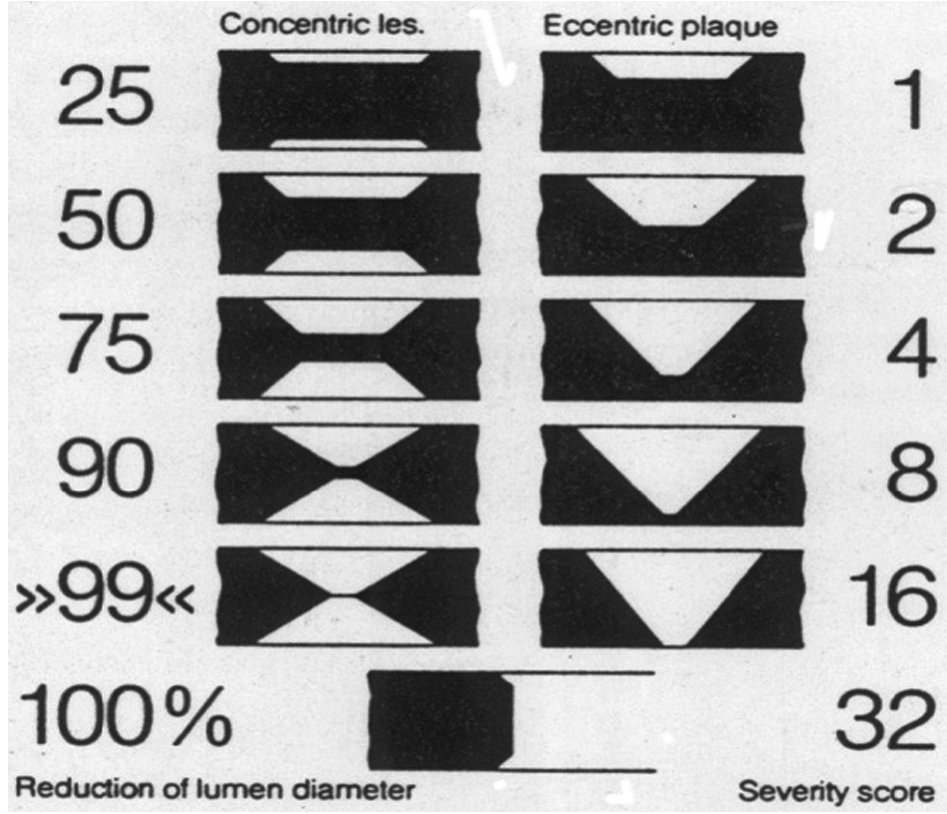
Koroner anjiyografi

Çalışmaya uygun olan hastalara; Siemens artis zee model cihaz ile koroner anjiyografi uygulandı. Bütün hastalarda Seldinger yöntemiyle femoral artere 6F ya da operatör tercihinine bağlı olarak daha farklı çaplarda kılıf yerleştirildi. Koroner anjiyografi yapılacak hastalarda diğer vasküler giriş yerlerinin (radyal arter, ulnar arter, brakiyal ya da axiller arter) kullanımı operatör tercihinine bırakıldı. Judkins tekniği ile koroner anjiyografi işlemi yapıldı. Koroner arterler sağ ve sol oblik planda

kraniyal ve kaudal açılar kullanılarak görüntülendi. Koroner anjiyografi sonuçlarının değerlendirilmesi hastaların çalışmaya dahil edildiğini bilmeyen uzman düzeyinde en az iki kardiyolog tarafından yapıldı. Hastaların tüm ana koroner arterlerinde ve bunlardan ayrılan yan dal arterlerinde plak, kenar düzensizliği, ektazi ve yavaş akım olmaması halinde normal koroner arterler, sayılan durumların en az birinin varlığında ise koroner arter hastalığı olarak kabul edildi. Koroner arter hastalığı saptanan hastalarda en az bir koroner arterinde $>50\%$ darlık olması tıkalı koroner arter hastalığı olarak kabul edildi. Stenoz çapı hesaplanırken, anjiyografik olarak lezyonun en ciddi olduğu yer stenoz çapı, lezyona yakın normal proksimal segment referans çap olarak kullanıldı ve darlık yüzdesi hesaplandı. Koroner arter hastalığının ciddiyeti ve yaygınlığının değerlendirilmesinde ise Gensini skoruması kullanıldı. Koroner arter hastalığı yaygınlığı ve ciddiyetini değerlendirmek için birçok puanlama sistemi bulunmakla birlikte, literatüre göre en sık kullanılan yöntem olduğu için Gensini skoruması sistemi kullanıldı (112-114).

Gensini Skoruması Sistemi

Bu skor darlığın tıkanıklık düzeyi ile bölgesel anatomik önemi dikkate alınarak hesaplanmıştır. Damar lümen çapındaki darlıklar $<25\%$, $26-50\%$, $51-75\%$, $76-90\%$, $91-98\%$, 99% ve 100% darlık olarak belirlenmiştir. Darlığın ciddiyetine göre sırası ile 0, 1, 2, 4, 8, 16, ve 32 olmak üzere skorlar verilmiştir. Bununla birlikte; tıkalı olan damar bölgesinin yerine ve beslediği miyokard alanına bakılarak anlamlılık katsayıları verilmiştir. Buna göre sol ana koroner lezyonları için bu katsayı 5; sol ön inen koroner arter (LAD) proksimali ve sirkumfleks arter (Cx) proksimali için 2.5; LAD orta segment için 1.5; sağ koroner arter, LAD distali, birinci diagonal arter ve marginal dallar için 1; diğer yan dallar içinse 0,5 olarak belirlenmiştir. Koroner arterlerde saptanmış olan tüm darlıklar kendilerine ait darlık yüzdesine denk gelen skorların bu bölgeye ait olan fonksiyonel anlamlılık katsayısı ile çarpılması ve ardından çıkan sonuçların toplanması ile Gensini skoru elde edilmiştir. Koroner arter hastanın risk düzeyini ve ciddiyetini ölçmek için kullanılan bir testtir. Gensini skoru > 20 yaygın koroner arter hastalığı olarak, < 20 olanlar hafif-orta düzey koroner arter hastalığı olarak değerlendirildi.



Şekil 3.1. Gensini skorunda kullanılan lezyon yüzdesi ve çarpım faktörleri

3.6. İzlemde Kayıp

Takiplerde katılımcıların 9 tanesine telefonla ulaşılamadığı için izlemde kayıp olarak değerlendirilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması Ve Değerlendirme

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analiz için SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows 18 paket programı kullanıldı. Sayısal verilerin normal dağılıp dağılmadıkları Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Sürekli değişkenler için genel tanımlayıcı istatistikler ortalama, ortanca, standart sapma, çağlar arası genişlik, minimum ve maksimum değerleri olarak özetlendi.

Gruplar arasında kesikli değişkenlerin dağılımını incelemek için Ki- kare veya Fisher analizi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin iki grup arasındaki farklılığı incelenirken normal dağılan veriler için Bağımsız iki grup arasındaki t testi, normal dağılmayan veriler için Mann- Whitney U testi, kullanıldı. İki'den fazla bağımsız

grup ANOVA (One Way Analysis of Variance) analizi ile karşılaştırıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza Haziran 2016 – Ağustos 2016 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğine ayaktan başvuran hastalar ile beraber yine bu tarihler arasında acil servise göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi semptomlar nedeniyle başvurup AKS tanısı konularak koroner yoğun bakıma veya servise alınan ve koroner anjiyografi yapılan çalışma şartlarına uygun olan hastalar dahil edildi. Tablo 4.1 Çalışmaya alınan tüm hastaların demografik özelliklerini ve bazal karakteristiklerini göstermektedir.

Tablo 4.1. Çalışmaya alınan tüm hastaların demografik özelliklerini ve bazal karakteristikleri

Değişkenler	n=111
Yaş (yıl)	53,0±9,8 (min:21-max:73)
Cinsiyet (erkek, n/%)	105(94,6)
Medeni durum (n/ %)	
Evli	91 (82)
Bekar	8 (7,2)
Dul	12 (10,8)
Yaşadığı yer (n/ %)	
Ankara Merkez	84 (75,7)
Ankara İlçe	15 (13,5)
Ankara Dışı	12 (10,8)
Eğitim düzeyi (n/ %)	
Okur yazar değil	1 (0,9)
Okur yazar	2 (1,8)
İlkokul	51 (45,9)
Ortaokul	22 (19,8)
Lise	25 (22,5)
Yüksek okul	10 (9)
Aylık hane geliri (n/%)	
-1000 tl altında	4 (3,6)
-1000-3000 tl arası	75 (67,6)
-3000-5000 tl arası	22 (19,8)
-5000 tl üstünde	10 (9)
Meslek (n/%)	
-Ev hanımı	5 (4,5)
-İşçi	15 (13,5)
-Devlet memuru	9 (8,1)
-Serbest meslek	32 (28,8)
-Emekli	49 (44,1)
-Çalışmayan	1 (0,9)
Diyabetes mellitus (n/%)	24 (21,6)
Hipertansiyon (n/%)	34 (30,6)
Hiperlipidemi (n/%)	31 (27,9)
Aile öyküsü (n/%)	63 (56,8)
Sedanter yaşam (n/%)	78 (70,3)
Alkol kullanımı (n/%)	23 (20,7)
Kronik obstruktif akciğer hastalığı (n/%)	10 (9)
Periferik arter hastalığı (n/%)	6 (5,4)
Serebrovasküler hastalık (n/%)	5 (4,5)
Malignite (n/%)	5 (4,5)
Koroner arter hastalığı varlığı (n/%)	40 (36)
- Geçirilmiş akut koroner sendrom	2 (1,8)
- Tanısal koroner anjiyografi işlemi	9 (8,1)
- Koroner anjiyografi sonrası stent varlığı	19 (17,1)
- Koroner anjiyografi sonrası by-pass cerrahisi	7 (6,3)
- Daha önce koroner arter bypass cerrahisi ve stent varlığı	3 (2,7)
Antidepresan/sedatif tedavi (n/%)	
- Daha önceden kullanıp bırakmış	10 (9)
- Halen tedaviye devam etme durumu	9 (8,1)
Vücut kitle indeksi (kg/m²)	26,5±3,7 (18,2-37,2)

Ort: ortalama, SD: Standart sapma, Min: minimum, Max: maximum.

Çalışmamıza yaşları 21-73 arasında ve yaş ortalamaları 53 ± 9.8 yıl olan, 6'sı kadın (%5.4), 105'i erkek (% 94.6) olmak üzere toplam 111 hasta alındı. Çalışmaya dahil edilen AKS'lu hastaların %45'inin ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü, %31.5'inin ST yükselmesiz miyokard infarktüsü, %23.4'ünün Unstabil anjina pectoris tanılarıyla kardiyoloji kliniğine yatırıldığı gözlemlendi. Bu hastaların büyük çoğunluğunun Ankara il merkezinde ikamet ettiği (% 75.7), ilkokul seviyesinde okur yazar oldukları (%45.9) ve ortalama gelir dağılımında çoğunluğun düşük-orta seviyede gelir düzeyine sahip olduğu (%71.2) izlendi. Bu hastaların %44.1'nin emeklilik dönemlerinde olduğu gözlenirken, %70.3'ünün sedanter bir yaşam tarzını benimsediği tespit edildi. Geleneksel aterosklerotik koroner kalp hastalığı risk faktörlerinden; hipertansiyon tanısı olan hastaların çalışma popülasyonunun %30.6'sında, diyabetes mellitus tanısının %21.6'sında, hiperlipidemi tanısının %27.9'unda, ailede koroner arter hastalığı hikayesi olma durumunun ise %56.8'inde olduğu tespit edildi. Bunlara ek olarak hastaların sadece %9'unda kronik tıkalı akciğer hastalığı tanısı olduğu gözlemlendi. Yine bu hastaların önemli bir kısmının (%36) daha önce herhangi bir sebeple koroner arter hastalığı tanısıyla (%6.3 hastada koroner arter bypass cerrahisi, %19 hastada koroner stent) takip edildiği izlendi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların %81'inin sigaraya 20 yaş altında başladığı, yaşa göre ortalama sigara tüketim süresinin ise 35.2 ± 14.9 yıl olduğu gözlemlendi. Ortalama sigara tüketiminin 37 ± 19.9 paket/yıl (2-100 paket/yıl) olduğu, katılımcıların %76.6'sının ise günde 1 paket ve üzeri sigara tükettiği tespit edildi. Bununla beraber %69.4 hastanın sigarayı bırakma denemesinde bulunduğu ve bu hastaların sadece %11.6'sının herhangi bir sigara bırakma programına başvurduğu gözlenirken, sigara bırakmayı deneyen hasta grubunda ortalama sigarasız geçirdikleri zamanın $13,46 \pm 27,92$ ay (0-143 ay) olduğu tespit edildi. %35.1 hastanın ise çok ciddi bir biçimde sigara bırakma girişiminde olduğu izlendi. Tablo 4.2 Çalışma popülasyonunun sigara içme davranışları ve sigara kullanımı ile ilgili alışkanlıklarını göstermektedir.

Tablo 4.2. Çalışma popülasyonunun sigara içme davranışları

Değişkenler	n= 111
Sigara kullanım süresi (yıl)	35,2±14,9(5-65)
Günlük tüketilen sigara miktarı (n/%)	
- 10 adet ve altında	11(9,9)
- 11-20 adet arasında	15(13,5)
- 21-30 adet arasında	60(54,1)
- 31 ve üzerinde	25(22,5)
Sigaraya başlama yaşı (n/%)	
- 10 yaş ve altında	10 (9)
- 11-15 yaş arasında	32 (28,8)
- 16-20 yaş arasında	48 (43,2)
- 21 yaş ve üzerinde	21 (18,9)
Sigara tüketimi (paket/yıl,ort±SD, min-max)	37,0±19,9(min:2-max:100)
Sigara bırakmayı deneme durumu (n/%)	77 (69,4)
En uzun sigara bırakma süresi (ay, ort±SD, min-max)	13,46±27,92(min:0-max:143)
Sigara bırakma programına katılma durumu (n/%)	9 (8,1)
- Psikolojik destek	2 (22,2)
- Nikotin replasman tedavisi	-
- İlaç tedavisi	4 (44,4)
Aile fertlerinin sigara kullanım durumu (n/%)	51 (45,9)
- Eş	30 (58,8)
- Ebeveyn	2 (3,9)
- Çocuk	18 (35,2)
- Kardeş	1 (1,9)
Aile fertlerinin sigara içme alanı (n/%)	22 (43,1)
- Ev içi	29 (56,9)
- Ev dışı/balkon	
Taburculuk sonrası sigara bırakma düşüncesi (n/%)	87 (78,4)
Sigara bırakma polikliniği hakkında bilgi durumu (n/%)	62 (55,9)
Taburculuk sonrası sigara bırakma polikliniğinden destek alma düşüncesi (n/%)	68 (61,3)
Daha önce sigara bırakma girişimi (n/%)	
-Denedim ancak ciddi denemedim	40 (36)
- Çok ciddi olarak denedim	39 (35,1)
- Denemedim	32 (28,8)
Sigaranın sağlığa zararlı olduğunu düşünme durumu (n/%)	
- Çok ciddi etkilediğini düşünüyorum	85 (76,6)
- Hafif etkilediğini düşünüyorum	17 (15,3)
- Etkilediğini düşünmüyorum	9 (8,1)
Sigara kullanımının mevcut hastalığına etkisi hakkında düşüncesi (n/%)	
- Düşünüyorum	70(63,1)
- Düşünmüyorum	13(11,7)
- Etkili olabilir	28(25,2)
Sigarayı bırakmak sonraki dönemlerde kalp problemlerini azaltmada etkili olabilir mi?(n/%)	
- Evet	68(61,3)
- Hayır	9(8,1)
- Olabilir	34(30,6)
Fagerström Nikotin bağımlılık testi (n/%)	
- Çok düşük düzey	17(15,3)
- Düşük düzey	31(27,9)
- Orta düzey	15(13,5)
- Yüksek düzey	23(20,7)
- Çok yüksek düzey	25(22,5)
Taburculuk esnasında sigarayı bıraktığını belirten hasta sayısı(n/%)	71(64)

Ort:Ortalama, SD:Standart sapma, min:minimum, max:maksimum.

Çalışmaya dahil edilmiş olan bu hastaların %45.9'unun (n= 51) aile fertlerinin de sigara kullandığı, bu hasta grubu içerisindeki hastaların %58.5'inin eşlerinin (n= 30) de sigara tükettiği tespit edildi. Sigara kullanan aile fertlerinin %43.1'nin ev içerisinde, %56.9'unun ise balkon ya da evin dışında sigara içtikleri kaydedildi. Hastaların 26'sının (%23.4) sigara kullanımının, sağlığı etkilemediği (%8.1) ya da çok hafif etkilediğini (%15.3) düşündüğü tespit edildi. Buna ilave olarak hastaların %63.1'nin sigaranın mevcut hastalıkları üzerinde etkili olduğunu düşündüğü, %11.7 (n= 13) hastanın ise sigaranın böyle bir etkisi olduğunu düşünmediği kaydedildi. Bununla birlikte çalışmaya dahil edilmiş olan hastaların %78.4 (n= 87)'ünün taburculuk sonrası sigarayı bırakma düşüncesine sahip olduğu görüldü. Yine bu hastaların %55.9 (n= 62)'unun sigara bırakma poliklinikleri hakkında bilgi sahibi olduğu gözlenirken, bilgilendirme sonrası hastaların taburculuk sonrası %61.3 (n= 68)'nün sigara bırakma polikliniğinden destek alma düşüncesi olduğu tespit edildi. Fagerström nikotin bağımlılık testine göre ise hastaların %15.3 (n= 17)'nün çok düşük düzeyde bağımlılığa sahip olduğu izlenirken, %43.2'sinin (n= 48) yüksek ve çok yüksek düzeyde bağımlılık düzeylerine sahip oldukları gözlemlendi.

Hastaların, beklenildiği üzere hastaneye başvuru şikayetlerinin başında göğüs ağrısı olduğu tespit edilirken %77.5 (n=86), hastaların az bir kesiminin de %13.5 (n= 15)'nin sol kol ağrısı, çarpıntı, terleme ve epigastrik ağrı gibi atipik şikayetlerle başvurduğu tespit edildi. Hastaların %52.3'nün şikayetlerinin başlamasından sonraki bir saat içerisinde hastaneye başvurduğu gözlenirken, ortalama hastanede kalma süresi 2.3 ± 1.59 gün olarak kaydedildi. Hastaların taburculuk sonrasında ortalama ejeksiyon fraksiyonu 53 ± 11 olarak tespit edilirken, 12(%10.8) hastanın ejeksiyon fraksiyonunun %35 ve altında olduğu gözlemlendi. Hastaların anjiyografik olarak hesaplanan ve koroner arter hastalığı ciddiyetini gösteren Gensini skoru ortalaması 42.5 ± 29.41 olarak tespit edilirken, %75.6'sının (n= 84) Gensini skoru 20'nin üstünde (yaygın koroner arter hastalığı) olarak tespit edildi. Koroner anjiyografi yapılan bu hastaların %66.6 (n= 74)'sında katater bazlı tedavi (balon anjiyoplasti, çıplak metal stent implantasyonu, ilaç kaplı stent implantasyonu) uygulanırken, %7.2 (n= 8) hastaya koroner arter bypass cerrahisi yapıldığı gözlemlendi. Hastaların %41.4'ünde (n=46) ise tek stent kullanılırken, %20.7'sinde (n= 23) çift stent yerleştirildiği tespit

edildi. Tablo 4.3. çalışma grubunun hastaneye başvuru nedenleri, ekokardiyografik ve anjiyografik sonuçlarını ayrıntılı olarak göstermektedir.

Tablo 4.3. Çalışma grubunun hastaneye başvuru nedenleri, ekokardiyografik ve anjiyografik sonuçları

Değişkenler	n= 111
Geliş şikayeti (n/%)	
- Göğüs ağrısı	86 (77,5)
- Sırt ağrısı	10 (9)
- Çarpıntı	4 (3,6)
- Terleme	3 (2,7)
- Epigastrik ağrı	3 (2,7)
- Sol kol ağrısı	3 (2,7)
- Nefes Darlığı	2 (1,8)
Şikayet başlangıcından sonraki hastaneye başvuru zamanı (n/%)	
- 60 dakika içerisinde	58 (52,3)
-120 dakika içerisinde	11 (9,9)
- 12 saat içerisinde	11 (9,9)
- 24 saat içerisinde	7 (6,3)
- 24 saat sonrasında	24 (21,6)
Başvuru sırasındaki EKG bulguları (n/%)	
- ST yükselmesi	49 (44,1)
- ST depresyonu ya da T negatifliği	18 (16,2)
- Normal EKG	44 (39,6)
Hastaların son tanı durumları (n/%)	
- ST yükselmeli MI	50 (45)
- ST yükselmesizMI	35 (31,5)
- Unstabil anjina pectoris	26 (23,4)
Koroner arter hastalığı tedavi biçimi (n/%)	
- Medikal tedavi	29 (26,1)
- Perkütan balon anjiyoplasti	4 (3,6)
- Çıplak metal stent implantasyonu	31 (27,9)
- İlaç kaplı stent implantasyonu	33 (29,7)
-Çıplak metal ve ilaç kaplı stent implantasyonu	6 (5,4)
- Koroner arter by-pass cerrahisi	8 (7,2)
Stent yerleştirilen hasta sayısı (n/%)	70 (63)
- Tek stent kullanılan hasta sayısı	46 (41,4)
- İki adet stent kullanılan hasta sayısı	23 (20,7)
- Üç ve üzeri stent kullanılan hasta sayısı	1 (0,9)
Gensini Skoru (ort±SD)	42,5 ±29,41
- 10 ve altında (n/%)	14 (12,6)
- 10-20 arası (n/%)	13 (11,7)
- 20 ve üstü (n/%)	84 (75,6)
Hastanede kalış süresi (n/%)	
- 48 saat	71 (64)
- 48-96 saat	31 (27,9)
- 96 saat üstü	9 (8,1)
Ejeksiyon fraksiyonu (% , ort±SD)	53±11
- %35 ve altında	12 (10,8)
- %36-54 arasında	42 (37,8)
- %55 ve üstü	57 (51,4)

Ort: ortalama, SD: standart sapma, EKG:elektrokardiyogram

Çalışmaya dahil edilen hastaların %64'ünün (n= 71) taburculuk esnasında sigarayı bıraktığını beyan ettiği gözlemlendi. Bununla birlikte 1, 3 ve 6.ayların sonunda sırasıyla %51.4 (n= 57), %37.8 (n= 42) ve %30.4 (n= 34) hastanın sigara içmediği tespit edildi (p = 0.001). Altı aylık süre içerisinde tedavi olduğu birimde, poliklinik kontrolünde veya aile hekimi tarafından sigara bırakmaya yönelik önerilerin %75.7 ile %77.5 hastaya yapıldığı tespit edildi. Bir aylık süre içerisinde herhangi bir nedenle aile hekimine başvuran hasta oranı %15.3 iken, altıncı ayın sonunda bu oran %48.6 olarak tespit edildi. Birinci, üçüncü ve altıncı aylarda aile hekimliğine başvuran hastalar arasında aile hekimlerince sigara bırakma konusunda bilgi verilme oranları sırasıyla %58.8, %58 ve %59.3 olarak tespit edildi. Buna ek olarak hastaların 1, 3 ve 6. aylarda verilen bu tavsiyelerin etkili olduğu konusundaki olumlu düşünceleri zaman ilerledikçe azalmakla birlikte sırasıyla %52.4, %47.7 ve %40.7 olarak tespit edildi (p= 0.043). Taburculuk sonrası sigara bırakma polikliniğine başvuran hasta sayısı ise (n= 4) altıncı ayın sonunda son derece düşük olarak tespit edildi (%3.6). Tablo 4.4. çalışma grubunun taburculuk sonrası sigara içme durumları hakkında ayrıntılı olarak bilgi vermektedir.

Tablo 4.4. Çalışma grubunun taburculuk sonrası sigara içme durumları

Değişkenler	Taburculuk sonrası 1. ay	Taburculuk sonrası 3. ay	Taburculuk sonrası 6. ay
Tedavi olduğu birimde, poliklinik kontrolünde veya aile hekimi tarafından sigara bırakmaya yönelik bilgi/tavsiye verilme durumu (n/ %)	84 (75,7)	86 (77,5)	86 (77,5)
Bu süre içinde herhangi bir sebeple aile hekimine başvuru yapan hasta (n/%)	17 (15,3)	50 (45)	54 (48,6)
Aile hekimi başvurusu olanlara aile hekiminin bilgi/tavsiyede bulunma durumu (n/%)	10 (58,8)	29 (58)	32 (59,3)
Tavsiyelerin sigara bırakma konusunda etkili olduğunu düşünme durumu (n/%)	44 (52,4)	41 (47,7)	35 (40,7)
Taburculuk sonrası sigara bırakma polikliniğine başvuran hasta sayısı (n/%)	2 (1,8)	2 (1,8)	4 (3,6)
-Psikolojik destek	1 (0,9)	1 (0,9)	2 (1,8)
-NRT	-	-	-
-İlaç tedavisi	-	1 (0,9)	2 (1,8)
Sigara bırakma polikliniğinden fayda görme durumu (n/%)	1 (100)	1 (50)	1 (25)
Sigarayı bıraktığını belirten hasta sayısı(n/%)	57 (51,4)*	42 (37,8)	34 (30,4)
Sigara kullanmaya tekrar başlayanların başlama sebebi (n/%)	15 (20,8)* (15/72)	32 (42,6)** (32/75)	41 (53,9)*** (41/76)
- sigara içme isteği	10 (66,6)	16 (50)	17 (41,4)
- stresli bir olay yaşama	2 (13,3)	10 (31,2)	12 (29,2)
- aile içi sıkıntılı durum	2 (13,3)	5 (15,6)	10 (24,3)
- işten çıkarılma	1 (6,6)	1 (3,1)	1 (2,4)
- aile fertlerinden etkilenme	-	-	1 (2,4)
Toplam sigarasız geçirilen zaman (n/%)			
- Hiç bırakmamış			36 (32,4)
- < 1 ay			24 (21,6)
- 1-3 ay			12 (10,8)
- 3-6 ay			7 (6,3)
- 6 ay boyunca içmeyen			32 (28,8)
Sigara kullanımına devam edenlere günlük içilen sigara sayısı(n/%)			
- 10 adet ve altında	25 (46,2)	30 (43,4)	34 (44,1)
- 10-20 adet arasında	28 (51,8)	36 (52,1)	38 (49,3)
- 21-30 adet arasında	-	1 (1,4)	3 (3,8)
- 31 ve üzerinde	1 (1,8)	2 (2,8)	2 (2,5)
Aile fertlerinin sigara kullanım durumu (n/%)	48 (43,2)	46 (41,4)	45 (38,7)
- Ev içinde	18 (37,5)	18 (39,1)	16 (34,8)
- Ev dışı/ balkonda	30 (62,5)	28 (60,9)	29 (65,2)
Taburculuk sonrası AKS nedeniyle tekrar hastaneye başvuru durumları (n/%)	1 (0,9)	2 (1,8)	12 (10,8)

NRT:Nikotin replasman tedavisi, AKS: Akut koroner sendrom

* Taburculuk esnasında sigarayı bıraktığını belirten 71 kişinin takiplerde 15'i tekrar sigara kullanmaya başlamış, bu süre içerisinde 1 hasta sigarayı bırakmıştır.,

** Taburculuk sonrası 1.ve 3. aylar arasında ek olarak 3 hasta sigarayı bırakmıştır.,

*** Taburculuk sonrası 3. ve 6. aylar arasında ek olarak 1 hasta sigarayı bırakmıştır.

Hastaların takipleri sırasında 1. ayın sonunda 15, 3.ayın sonunda toplam 32, 6.ayın sonunda ise toplamda 41 kişi taburculuk sonrası çeşitli sebeplerle sigaraya tekrar başladığı tespit edildi. Belirtilen sebepler içerisinde en belirgin olarak sigara içme isteğinin öne sürüldüğü gözlenirken, başlayanlar arasında 1, 3 ve 6. aylarda bu oranlar sırasıyla %66.6, %50 ve %41.4 olarak tespit edildi. Aile fertlerinden etkilenip tekrar sigaraya başladığını belirten hasta oranı (n= 1) ise son derece düşük tespit edildi (%2.4). Sigaraya tekrar başlama sebepleri içerisinde herhangi bir stresli olaydan(tartışma,ölüm,iş ile ilgili sıkıntılar gibi) sonra başlanması ise ikinci sırada, aile içi sıkıntılar (boşanma,aile içi tartışma gibi) ise üçüncü sırada en sık öne sürülen gerekçe olarak tespit edildi. Altı ay içerisinde hiç sigara kullanmayan hasta sayısı 32 (%28.8) olarak tespit edilirken, 36 hastanın (%32.4) sigaraya geçirdiği hastalık sonrası hiç bırakmadığı gözlemlendi. Sigaraya devam eden hastalarda günlük tüketilen sigara oranları ise 20 adet ve altında tüketim 1, 3, 6. aylarda sırasıyla %51.8, %52.1 ve %49.3 olarak tespit edildi. Genel hasta popülasyonuna göre oranlandığında bu durumda 1, 3 ve 6. aylarda %47.7, %59.4 ve %64.8 olarak kaydedildi. Hastaların, hastaneye yatmadan önce bu oranın (20 adet ve altı) %23.4, 20 adet üstünde tüketimin ise %76.6 olduğu gözlemlendi. Genel olarak hastaların yoğun sigara içme davranışlarının azalmış olduğu kaydedildi. Altıncı ayın sonunda sadece 5 hastanın (%4.5) 20 adet üzerinde sigara içtiği tespit edildi. Hastaya yatış öncesinde aile fertlerinin sigara kullanım oranı % 45.9 (n= 51) iken, 1, 3 ve 6. aylarda bu oranlar %43.2, %41.4 ve %40.5 olarak kaydedildi (p > 0.05). Altı aylık süre içerisinde ise %10.8 (n= 12) hastanın tekrarlayan akut koroner sendrom nedeniyle hastaneye yatış öyküsü olduğu tespit edildi.

Hastaların taburculukları esnasında, taburculuktan sonraki , 1. ve 6.aylarda sigara içmeyen ve içen hasta gruplarında yapılan karşılaştırılmalı istatistiksel analizde sigara bırakmaya etki eden faktörler belirlenmeye çalışıldı. Tablo 4.5, Tablo 4.6 ve Tablo 4.7 iki grup arasında karşılaştırılmalı sonuçları göstermektedir. Buna göre taburculuk esnasında yaş, cinsiyet, medeni hal, aylık ortalama gelir düzeyi,

meslek grubu, koroner arter hastalığı için bilinen geleneksel risk faktörlerinin (diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, aile öyküsü) ve bu risk faktörlerinin kendi içlerinde oluşabilecek kombinasyonları arasında sigarayı bırakan ve devam eden hasta grupları arasında istatistiksel düzeyde anlamlılık saptanmadı. Ek olarak hastaların sigara içme davranışını belirleyen Fagerström testi sonuçları, günlük tüketilen sigara miktarı, sigaraya başlama yaşı ve ev içerisinde sigara kullanan ilave kişi sayısına ait dağılımın her iki grup arasında anlamlılık oluşturacak istatistiksel değere ulaşmadığı tespit edildi. Koroner arter hastalığı yaygınlığını gösteren Gensini skoru ile kullanılan stent miktarının da her iki grupta benzer olduğu gözlemlendi (sırasıyla $p=0.127$, 0.913). Bunlara ilave olarak taburculuk esnasında eğitim düzeyinin ($p=0.001$), hastalığa ait semptomlar nedeniyle erken başvuru oranlarının ($p=0.009$) ve ST elevasyonlu miyokardiyal infarktüs tanısı konulan hasta ($p=0.001$) oranlarının sigarayı bırakan hasta grubunda istatistiksel olarak daha yüksek olduğu izlendi. Yine, sigarayı bırakan hastalarda; taburculuk süresinin daha uzun olduğu ($p=0.001$), sigarayı bırakma düşüncesi olduğunu belirten hasta sayısının daha fazla ($p<0.001$) olduğu ve daha önce sigarayı bırakma deneme girişiminin bu hastalarda daha yüksek ($p=0.014$) olduğu tespit edildi.

Tablo 4.5. Taburculuk esnasında sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması

Taburculuk esnasında gruplar arası değişkenler (n, %, ort±SD, IQR)	Sigara İçen (n=40)	Sigara İçmeyen (n=71)	p değeri
Cinsiyet (n/ %)			
Kadın	1 (2,5)	5 (7)	0,416
Erkek	39 (97,5)	66 (93)	
Yaşadığı yer (n/%)			
Ankara Merkez	30 (75)	54 (76,1)	0,897
Ankara İlçe	5 (12,5)	10 (14,1)	
Ankara Dışı	5 (12,5)	7 (9,9)	
Yaş (yıl, ort±SD)	51±7	53±10	0,384
Medeni hal (n, %)			
Evli	33 (82,5)	58 (81,7)	0,754
Bekar	2 (5)	6 (8,4)	
Dul	5 (12,5)	7 (9,8)	
Eğitim düzeyi (n,%)			
Okuryazar değil	0 (0)	1 (1,4)	0,011
Okuryazar	0 (0)	2 (2,8)	
İlkokul	20 (50)	31 (43,7)	
Ortaokul	2 (5)	20 (28,2)	
Lise	12 (30)	13 (18,3)	
Yüksekokul	6 (15)	4 (5,6)	
Aylık ortalama gelir düzeyi (Lira, ort±SD, IQR)	2457±2154 2000 (1500-3000)	2576±2317 1800 (1300-2700)	0,787
Meslek (n/%)			
Emekli	18 (45)	31 (43,7)	0,805
Ev hanımı	1 (2,5)	4 (5,6)	
İşçi	5 (12,5)	10 (14,1)	
İşsiz	1 (2,5)	0 (0)	
Memur	4 (10)	5 (7)	
Serbest meslek	11 (27,5)	21 (29,6)	
Geliş şikayeti (n/%)			
Göğüs ağrısı	34 (85)	52 (73,2)	0,509
Terleme	1 (2,5)	2 (2,8)	
Sırt ağrısı	1 (2,5)	9 (12,7)	
Çarpıntı	2 (5)	2 (2,8)	
Epigastrik ağrı	1 (2,5)	2 (2,8)	
Nefes darlığı	1 (2,5)	1 (1,4)	
Sol kol ağrısı	0	3 (4,2)	

Tablo 4.5.(devamı) Taburculuk esnasında sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması

Ağrının kaçınıcı saatinde başvurduğu (n/%)			
1 saat içinde	13 (32,5)	45 (63,4)	0,009
2 saat içinde	5 (12,5)	6 (8,5)	
12 saat içinde	5 (12,5)	6 (8,5)	
24 saat içinde	2 (5)	5 (7)	
24 saatten sonra	15 (37,5)	9 (12,7)	
DM (n/%)	8 (20)	15 (22,5)	0,755
HT (n/%)	11 (27,5)	20 (28,2)	0,940
HPL (n/%)	14 (35)	20 (28,2)	0,454
Aile öyküsü (n/%)	26 (65)	37 (52,1)	0,188
Sedanter yaşam (n/ %)	27 (67,5)	51 (71,8)	0,632
Alkol ve madde kullanımı (n/%)	10 (25)	13 (18,3)	0,404
DM ve HT birlikteliği(n/%)	4 (10)	5 (7)	0,720
HT VE HPL birlikteliği (n/ %)	2 (5)	4 (5,6)	1,000
DM VE HPL birlikteliği (n/%)	0	4 (5,6)	0,295
DM, HT VE HPL birlikteliği (n/%)	3 (7,5)	5 (7)	1,000
Risk faktör sayısı (ort±SD)	2.21±1.19	2.4±1.12	0.417
- iki risk faktörü ve altında	25 (62.5)	46 (64.7)	
- üç ve üstünde	15 (37.5)	25 (35.2)	
KOAH (n/%)	6 (15)	4 (5,6)	0,164
PAH (n/%)	2 (5)	4 (5,6)	1,000
SVO (n/ %)	3 (7,5)	2 (2,8)	0,349
KAH (n/%)	18 (45)	22 (31)	0,140
Antidepresan ilaç kullanımı (n/%)	10 (25)	9 (12,7)	0,098
Kaç yıldır sigara kullandığı (ort±SD, IQR)	35 (28-40)	40 (30-45)	0,072
Günlük tüketilen sigara miktarı (n/ %)			
10 ve altında	5 (12,5)	8 (8,5)	0,421
10-19 arasında	3 (7,5)	12 (16,9)	
20-25 arasında	21 (52,5)	39 (54,9)	
25 ve üzerinde	11 (27,5)	14 (19,7)	

Tablo 4.5.(devamı) Taburculuk esnasında sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması

Kaç yaşında sigaraya başladığı (ort±SD , IQR)	18.5±8.26 17 (14,5-20)	17±5.71 17 (13-20)	0,813
Sigara paket yıl kullanımı (ort±SD)	35±20	37±19	0,587
Bırakmayı deneme girişimi (n/%)	22(55)	55(77,5)	0,014
Evde sigara kullanılma durumu (n/%)	16 (40)	35 (49,3)	0,345
İçenle yakınlık durumu (n/%)			
Eşi	9 (56)	21 (60)	0,450
Çocuğu	5 (31,2)	13 (37,1)	
Ebeveyn	1 (6,2)	1 (2,8)	
Kardeş	1 (6,2)	0	
Evin neresinde sigara kullanıldığı (n/%)			
İçinde	9 (56,2)	13 (37,1)	0,201
Dışında	7 (43,7)	22 (62,8)	
Bırakmayı düşünme durumu (n/%)	24 (60)	63 (88.7)	< 0.001
Fagerström testi (n/%)			
Çok düşük	4	13	0.396
Düşük	13	18	
Orta	4	11	
Yüksek	8	15	
Çok yüksek	11	14	
Stent sayısı (ort±SD, IQR)	1.4±0.89 1 (1-2)	1.3±0.48 1 (1-2)	0,913
Gensini skoru (ort±SD, IQR)	35.87±25.85 37,5(15,7-48,7)	46.28±30 40(25-63,5)	0,127
Taburculuk süresi (ort±SD, gün, IQR)	1.75±1.29 1 (1-2)	2.66±1.65 2 (1-4)	0,001
Olguların son tanısı (n/%)			
STEMI	12 (30)	38 (53,5)	0,001
NSTEMI	11 (27,5)	24 (33,8)	
USAP	17 (42,5)	9 (12,7)	
Koroner müdahale (n/%)			
Balon anjiyoplasti	1 (2,5)	3 (4,2)	0,669
BMS implantasyonu	9 (22,5)	22 (31)	
DES implantasyonu	12 (30)	21 (29,6)	
CABG	2 (5)	6 (8,5)	
Medikal	14 (35)	15 (21,1)	
BMS +DES implantasyonu	2 (5)	4 (5,6)	

Ort:ortalama, SD: standart sapma, IQR: inter quartile range, DM:Diyabetes mellitus, HT:Hipertansiyon, HPL: Hiperlipidemi, KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı, PAH:Periferik arter hastalığı, SVO:Serebrovasküler olay, KAH:Koroner arter hastalığı, STEMI:ST elevasyonlu miyokard enfarktüs, NSTEMI:ST elevasyonsuz miyokard enfarktüs,USAP: Stabil olmayan anjina pektoris, BMS:Çıplak (bare) metal stent, DES: İlaç salımlı(drug eluting) stent, CABG: Koroner arter by-pass cerrahi

Bu karşılaştırmalara göre ikinci olarak, birinci ayın sonunda sigara içen ve içmeyen hastalar arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik gelir, medeni hal ve meslek dağılımının her iki grup arasında benzer izlendiği görüldü. Konvansiyonel risk faktörleri olan diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığına ait aile öyküsünün her iki grupta benzer şekilde dağıldığı gözlemlendi. Ek olarak yapılan alt grup analizlerinde bu risk faktörlerinin ayrı ayrı birlikteliklerinin (diyabetes mellitus ve hipertansiyon beraber olan, hipertansiyon ve hiperlipidemi beraber olan v.s) ve risk faktör sayılarının gruplar arasında istatistiksel anlamda anlamlılığa ulaşmadığı gözlemlendi.

Tablo 4.6. Birinci ay sonunda sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması

Birinci ayın sonunda gruplar değişkenler (n/%/ort±SD)	Sigara İçen (n=54)	Sigara İçmeyen (n=57)	p
Yaşadığı yer (n/%)			
Ankara merkez	39 (72,2)	45 (78,9)	0.417
İlçe	7 (12,9)	8 (14)	
Ankara dışı	8 (14,8)	4 (7)	
Yaş (yıl, ort±SD)	51.3±8.6	54.6±10.6	0.750
Cinsiyet (n/%)			
Kadın	4 (7,4)	2 (3,5)	0.364
Erkek	50 (92,5)	55 (96,4)	
Medeni hal (n/%)			
Evli	45 (83,3)	46 (80,7)	0.322
Bekar	2 (3,7)	6 (10,5)	
Dul	7 (12,9)	5 (8,7)	
Eğitim düzeyi (n/%)			
okur yazar değil	0	1 (1,7)	0.167
okur yazar	0	2 (3,5)	
ilkokul	26 (48,1)	25 (43,8)	
ortaokul	7 (12,9)	15 (26,3)	
lise	14 (25,9)	11 (19,2)	
yüksek okul	7 (12,9)	3 (5,2)	
Aylık ortalama gelir düzeyi (Lira, ort±SD)	2437±2136	2560±2285	0.770
Meslek (n/%)			
Emekli	20 (37)	29 (50,8)	0.201
Ev hanımı	4 (7,4)	1 (1,7)	
İşçi	5 (9,2)	10 (17,5)	
Memur	5 (9,2)	4 (7)	
Serbest meslek	19 (35,1)	13 (22,8)	
Geliş şikayeti (n/%)			
Göğüs ağrısı	44 (81,4)	42 (73,6)	0.475
Terleme	1 (1,8)	2 (3,5)	
Sırt ağrısı	3 (5,5)	7 (12,2)	
Çarpıntı	3 (5,5)	1 (1,7)	
Epigastrik ağrı	1 (1,8)	2 (3,5)	
Nefes darlığı	1 (1,8)	1 (1,7)	
Sol kol ağrısı	1 (1,8)	2 (3,5)	

Tablo 4.6 (devamı). Birinci ay sonunda sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması

Ağrının kaçınıcı saatinde başvurduğu (n/%)			
60 dakika içinde	21 (38,8)	37 (64,9)	0.080
120 dakika içinde	6 (11,1)	5 (8,7)	
12 saat içinde	8 (14,8)	3 (5,2)	
24 saat içinde	4 (7,4)	3 (5,2)	
24 saatten sonra	15 (27,7)	9 (15,7)	
DM (n/%)	11 (20,3)	13 (22,8)	0.758
HT (n/%)	18 (33,3)	16 (28)	0.548
HPL (n/%)	17 (31,4)	14 (24,5)	0.417
Aile öyküsü (n/%)	34 (62,9)	29 (50,8)	0.199
Sedanter yaşam (n/%)	34 (62,9)	44 (77,1)	0.101
DM ve HT birlikteliği (n/%)	5 (9,2)	4 (7)	0.669
HT VE HPL birlikteliği (n/%)	4 (7,4)	2 (3,5)	0.368
DM ve HPL birlikteliği (n/%)	2 (3,7)	2 (3,5)	0.957
DM, HT VE HPL birlikteliği (n/%)	3 (5,5)	5 (8,7)	0.517
Risk faktör sayısı (mean±std)	2.29±1.12	2.26±1.21	0.882
-İki ve altında	34 (62,9)	37(64,9)	
- Üç ve üzerinde	20(37,1)	20(35,1)	
KOAH (n/%)	8 (14,8)	2 (3,5)	0.038
Periferik arter hastalığı (n/%)	2 (3,7)	4 (7)	0.440
Serebrovasküler hastalık (n/%)	3 (5,5)	2 (3,5)	0.603
Koroner arter hastalığı (n/%)	24 (44,4)	16 (28)	0.072
Antidepresan ilaç kullanımı (n/%)	14 (25,9)	5 (8,7)	0.016
Kaç yıldır sigara kullandığı (yıl, ort±SD)	32.6±11.2	37.6±12.1	0.026
Günlük tüketilen sigara miktarı (n/%)			
10 ve altında	4 (7,4)	7 (12,2)	0.086
10-19 arasında	5 (9,2)	10 (17,5)	
20-25 arasında	30 (55,5)	30 (52,6)	
25 ve üzerinde	15 (27,7)	10 (17,5)	
Kaç yaşında başladığı (yıl, ort±SD)	18.11±7.8	17.15±5.5	0.094
Sigara paket yıl kullanımı (paket/yıl, ort±SD)	37.07±21.12	37.03±18.92	0.372
Bırakmayı deneme girişimi (n/%)	32 (59,2)	45 (78,9)	0.025

Tablo 4.6 (devamı). Birinci ay sonunda sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması

İçenle yakınlık durumu (n/%)			
Eşi	17 (68)	13 (50)	0.602
Çocuğu	6 (24)	12 (46,1)	
Ebeveyn	1 (4)	1 (3,8)	
Kardeş	1 (4)	0	
Aile fertlerinin sigara kullanılma durumu (n/%)	25 (46,2)	26 (45,6)	0.943
Sigara kullanan aile fertlerinin evin neresinde sigara kullanıldığı (n/%)			
Ev içi	13 (52)	9 (34,6)	0.215
Ev dışı/balkon	12 (48)	17 (65,3)	
Bırakmayı düşünme durumu (n/%)	37 (68,5)	50 (87,7)	0.014
Fagerström testi (n/%)			
Çok düşük	5 (9,2)	12 (21)	0.223
Düşük	17 (31,4)	14 (24,5)	
Orta	7 (12,9)	8 (14)	
Yüksek	10 (18,5)	13 (22,8)	
Çok yüksek	15 (27,7)	10 (17,5)	
Stent sayısı (n/ort±SD)	1.45±0.79	1.34±0.48	0.537
Gensini skoru (ort±SD)	37.29±27.29	47.48±30.7	0.068
Taburculuk süresi (gün, ort±SD)	2±1.42	2.64±1.68	0.031
Tedavi olduğu yerde bilgi verilme durumu (n/%)	33 (61,1)	38 (66,6)	0.542
Kontrollerde bilgi verilme durumu (n/%)	19 (35,1)	22 (38,5)	0.710
Aile hekiminin tavsiye verme durumu (n/%)	4 (7,4)	6 (10,5)	0.906
Herhangi birinden tavsiye alma durumu (n/%)	40 (74)	44 (77,1)	0.702
Olguların son tanısı (n/%)			
STEMI	20 (37)	30 (52,6)	0.04
NSTEMI	17 (31,4)	18 (31,5)	
USAP	17 (31,4)	9 (15,7)	
Koroner müdahale (n/%)			
Balon anjiyoplasti	2 (3,7)	2 (3,5)	0.036
BMS implantasyonu	11 (20,3)	20 (35)	
DES implantasyonu	16 (29,6)	17 (29,8)	
CABG öyküsü	3 (5,5)	5 (8,7)	
Medikal tedavi	17 (31,4)	12 (21)	
DES+BMS implantasyonu	5 (9,2)	1 (1,7)	

Ort:ortalama, SD: standart sapma, IQR: inter quartile range, DM:Diyabetes mellitus, HT:Hipertansiyon, HPL: Hiperlipidemi, KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı, STEMI:ST elevasyonlu miyokard enfarktüs, NSTEMI:ST elevasyonsuz miyokard enfarktüs,USAP: Stabil olmayan anjina pectoris, BMS:Çıplak (bare) metal stent, DES: İlaç salınlımlı(drug eluting) stent, CABG: Koroner arter by-pass cerrahi

Günlük tüketilen sigara miktarı, sigara kullanmaya başlama yaşı, paket/yıl bazında toplam sigara kullanma miktarı, ev içerisinde sigara içen aile fertleri bulunması halinin de her iki grup arasında benzer oranlarda dağıldığı bulundu. Hastaların herhangi bir sağlık kuruluşundan ya da aile hekiminden tavsiye almasının sigara içen ve içmeyen grup arasında istatistiksel anlamda farklılığa ulaşmadığı tespit edildi. Fagerstörn bağımlılık test düzeyinin ($p= 0.223$), kullanılan stent sayısının her iki grupta benzer olduğu tespit edildi. Ek olarak Gensini skorunun sayısal olarak sigarayı bırakan grupta yüksek olduğu gözlemlense de istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı tespit edildi ($p =0.068$). İlginç olarak sigara içmeye devam edenlerde KOAH tanısı oranının daha fazla olduğu izlendi ($p = 0.038$). Daha uzun süre sigara kullanım süresi olanlarda ($p=0.026$), daha önce sigarayı bırakma deneme girişimi olanlarda ($p= 0.025$), taburculuk sırasında sigarayı bırakmayı düşünenlerde ($p=0.014$) sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu ,sigarayı bırakan grupta sayısal olarak daha fazla olduğu ve istatistiksel anlamlılığa ulaştığı gözlemlendi. Buna ek olarak hastanede kalış süresinin sigara bırakan gruptaki hastalarda daha yüksek olduğu ($p=0.031$), sigarayı bırakan grupta STEMI oranının daha yüksek olduğu ($p=0.04$), koroner arter hastalığına yönelik olarak yapılan tedavi girişimlerinde katater bazlı tedavi yöntemleri (balon anjiyoplasti, stent implantasyonu) ile koroner arter bypass cerrahisine yönlendirilen hasta sayısının daha yüksek olduğu ($p=0.036$) ve istatistiksel anlamlılığa ulaştığı gözlemlendi.

Tablo 4.7. Altıncı ay sonunda sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması

Altıncı ayın sonunda gruplar (n/%/mean±SD)	Sigara İçen (n=77)	Sigara İçmeyen (n=34)	p değeri
Yaşadığı yer (n/%)			
-Ankara merkez	58 (75,3)	26 (76,4)	0.946
-İlçe	11 (14,2)	4 (11,7)	
-Ankara dışı	8 (10,3)	4 (11,7)	
Yaş (yıl, ort±SD)	51.8±9.7	55.6±9.6	0.059
Cinsiyet (n/%)			
Kadın	4 (5,1)	2 (5,8)	1.000
Erkek	73 (94,8)	32 (94,1)	
Medeni hal (n/%)			
Evli	63 (81,8)	28 (82,3)	0,036
Bekar	3 (3,8)	5 (14,7)	
dul	11 (14,2)	1 (2,9)	
Eğitim düzeyi(n/%)			
okur yazar değil	1 (1,2)	0	0.111
okur yazar	0	2 (5,8)	
ilkokul	39 (50,6)	12 (35,2)	
ortaokul	12 (15,5)	10 (29,4)	
lise	18 (23,3)	7 (20,5)	
yüksek okul	7 (9)	3 (8,8)	
Aylık ortalama gelir düzeyi (Lira, ort±SD, IQR)	2461±1987 2000 (1500-3000)	2589±2664 2100 (1300-3000)	0.453
Meslek(n/%)			
Emekli	27 (35)	22 (64,7)	0.035
Ev hanımı	4 (5,1)	1 (2,9)	
İşçi	14 (18,1)	1 (2,9)	
Memur	8 (10,3)	1 (2,9)	
Serbest meslek	23 (29,8)	9 (26,4)	

Tablo 4.7.(devamı) Altıncı ay sonunda sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması

Geliş şikayeti(n/%)			
Göğüs ağrısı	60 (77,9)	26 (76,4)	
Terleme	1 (1,2)	2 (5,8)	
Sırt ağrısı	7 (90)	3 (8,8)	
Çarpıntı	3 (3,8)	1 (2,9)	0.450
Epigastrik ağrı	1 (1,2)	2 (5,8)	
Nefes darlığı	2 (2,5)	0	
Sol kol ağrısı	3 (3,8)	0	
Ağrının kaçınıcı saatinde başvurduğu(n/%)			
60 dakika içinde	35 (45,4)	23 (67,6)	
120 dakika içinde	10 (12,9)	1 (2,9)	0.09
12 saat içinde	9 (11,6)	2 (5,8)	
24 saat içinde	4 (5,1)	3 (8,8)	
24 saatten sonra	19 (24,6)	5 (14,7)	
DM (n/%)	18 (23,3)	6 (17,6)	0.499
HT (n/%)	27 (35)	7 (20,5)	0.127
HPL (n/%)	26 (33,7)	5 (14,7)	0.039
Aile öyküsü (n/%)	47 (61)	16 (47)	0.174
Sedanter yaşam (n/%)	52 (67,5)	25 (73,5)	0.347
DM ve HT birlikteliği (n/%)	8 (10,3)	1 (2,9)	0.271
HT ve HPL birlikteliği (n/%)	6 (7,7)	0	0.175
DM ve HPL birlikteliği (n/%)	3 (3,8)	1 (2,9)	0.990
DM, HT ve HPL birlikteliği (n/%)	6 (7,6)	2 (5,8)	0.990
Risk faktör sayısı (n/%)			
-iki risk faktörü ve altında	45 (58,4)	26 (76,4)	
-üç ve üstünde	32 (41,5)	8 (23,5)	0.094
KOAH (n/%)	10 (12,9)	0	0.028
Periferik arter hastalığı(n/%)	5 (6,4)	1 (2,9)	0.665
Serebrovasküler hastalık (n/%)	4 (5,1)	1 (2,9)	1.000
Koroner arter hastalığı (n/%)	32 (41,5)	8 (23,5)	0.068
Antidepresan ilaç kullanımı (n/%)	15 (19,4)	4 (11,7)	0.320
Kaç yıldır sigara kullandığı (ort±SD, IQR,n/%)	33.84±12.20 35 (26-40)	38.32±10.72 40 (30-34)	0.067
Günlük tüketilen sigara miktarı (n/%)			
10 ve altında	5(6,4)	6(17,6)	
10-19 arasında	9(11,6)	6(17,6)	0.007
20-30 arasında	41(53,2)	19(55,8)	
30 ve üzerinde	22(28,5)	3(8,8)	
Kaç yaşında kullanmaya başladığı (ort±SD, IQR,n/%)	17.61±7.35 17 (13-20)	17.64±5.19 18 (15-20)	0.205

Tablo 4.7.(devamı) Altıncı ay sonunda sigara kullanan ve kullanmayan hastaların klinik ve demografik değerlerinin karşılaştırılması

Sigara paket/ yıl kullanımı (ort±SD)	37.64±20.85	35.70 ±17.88	0.638
Bırakmayı deneme girişimi (n/%)	53 (68,8)	24 (70,5)	0.855
Aile fertlerinin sigara kullanılma durumu (n/%)	35 (45,4)	16 (47)	0.877
İçenle yakınlık durumu(n/%)			
Eşi	22 (62,8)	8 (50)	0.945
Çocuğu	10 (28,5)	8 (50)	
Ebeveyn	2 (5,7)	0	
Kardeş	1 (2,8)	0	
Aile fertlerinin evin neresinde sigara kullandığı (n/%)			
Ev içinde	18 (51,4)	4 (25)	0.070
Ev dışında	17 (48,5)	12 (75)	
Bırakmayı düşünme durumu (n/%)	56 (72,7)	31 (91,1)	0.030
Fagerström testi (n/%)			
Çok düşük	8 (10,3)	9 (26,4)	0.097
Düşük	23 (29,8)	8 (23,5)	
Orta	10 (12,9)	5 (14,7)	
Yüksek	16 (20,5)	7 (20,5)	
Çok yüksek	20 (25,9)	5 (14,7)	
Stent sayısı (ort±SD, IQR,n)	1.42±0.71 1 (1-2)	1.30±0.47 1 (1-2)	0.463
Gensini skoru (ort±SD, IQR,n)	41.40±29.71 38 (19-54)	45.07±29 40 (32.5-55.5)	0.466
Taburculuk süresi (gün, ort±SD, IQR)	2.19±1.44 2 (1-3)	2.64±1.87 2 (1-3)	0.187
Tedavi olduğu yerde bilgi verilme durumu (n/%)	49(63,6)	24(70,5)	0.477
Kontrollerde bilgi verilme durumu(n/%)	29(38,6)	13(38,2)	0.954
Aile hekiminin tavsiye vermesi durumu(n/%)	20(25,9)	12(35,2)	0.801
Herhangi birinden tavsiyealma durumu (n/%)	59(76,6)	27(79,4)	0.746
Olguların son tanısı (n/%)			
STEMI	31(40,2)	19(55,8)	0.233
NSTEMI	27(35)	8(23,8)	
USAP	19(24,6)	7(20,5)	
Koroner müdahale (n/%)			
Balon ajiyoplasti	2(2,5)	2(5,8)	0.012
BMS implantasyonu	18(23,3)	13(38,2)	
DES implantasyonu	23(29,8)	10(29,4)	
CABG öyküsü	4(5,1)	4(11,7)	
Medikal tedavi	24(31,1)	5(14,7)	
DES+BMS implantasyonu	6(7,7)	0(0)	

Ort:ortalama, SD: standart sapma, IQR: inter quartile range, DM:Diyabetes mellitus, HT:Hipertansiyon, HPL: Hiperlipidemi, KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı, STEMI:ST elevasyonlu miyokard enfarktüs, NSTEMI:ST elevasyonsuz miyokard enfarktüs,USAP: Stabil olmayan anjina pectoris, BMS:Çıplak (bare) metal stent, DES: İlaç salınlımlı(drug eluting) stent, CABG: Koroner arter by-pass cerrahi

Sigara içen ve içmeyen hastalara yönelik altıncı ayın sonunda yapılan karşılaştırılmalı istatistiksel analizde bekar ve dul olanlarda ($p= 0.036$), işçi ve memur olarak aktif çalışmaya devam edenlerde ($p=0.048$) sigara içme oranlarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlılığa ulaştığı gözlemlendi. Konvansiyonel risk faktörü olarak hiperlipideminin sigara kullanan hastalarda daha yüksek oranda olduğu gözlemlendi ($p= 0.039$). Birinci ay sonundaki bulgulara benzer olarak KOAH tanısı olan hastaların sigara tüketim oranlarının daha fazla olduğu gözlemlendi ($p=0.028$). KOAH hastalarına yönelik yapılan alt grup analizinde; taburculuk sonrası, birinci, üçüncü ve altıncı aylarda sigara kullanan ve kullanmayan hastaların Fagerström nikotin bağımlılık testine göre bağımlılık düzeyleri ile sigarayı bırakma oranları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. Sigarayı içmeye devam eden hastaların, aile fertlerinin ev içerisinde sigara kullanım oranlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Sigarayı bırakma düşüncesinin sigarayı bırakan hastalarda daha yüksek olduğu ($p=0.03$) gözlemlense de, herhangi bir sağlık kuruluşundan ya da aile hekiminden alınan tavsiyelerin etkinliği her iki grupta da benzer olduğu tespit edildi. Taburculuk süresi ($p= 0.169$), Gensini skoru ($p=0.548$), stent sayısı ve olguların son tanıları ($p=0.233$) arasındaki dağılımın her iki grupta da benzer olduğu bulundu. İnvaziv olarak yapılan koroner müdahalelerin sigarayı bırakan hastalarda, sigara içenlere göre daha yüksek oranda olduğu gözlemlendi ($p= 0.012$). Koroner anjiyografi sonrasında medikal tedavi kararı verilen hastalarda sigara içme oranlarının altıncı ay sonunda daha yüksek olduğu tespit edildi.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Koroner arter hastalığı tüm dünyada önemli bir mortalite ve morbitide sebebidir. Önümüzdeki yıllar içerisinde tüm nedenlere bağlı ölümlerde ilk sırayı alacağı tahmin edilmektedir (1,2). KAH'ın en sık sebebi aterosklerozdur ve KAH'a neden olan durumların neredeyse tamamında rol sahibidir. DM, HT, sigara ve hiperlipidemi KAH gelişiminde etkinliği kanıtlanmış ve gösterilmiş olan geleneksel risk faktörleridir. Başta bu etkenler olmak üzere birçok çevresel etkenle bireyin genetik yatkınlığının buluşması sonucunda KAH'ın esas belirleyicisi olan aterosklerotik plak oluşmaktadır (9).

Ülkemizde aterosklerotik koroner arter hastalığı prevalansını araştıran TEKHARF çalışmasında 1990 yılında elde edilen verilere göre Türkiye genelinde erişkinlerde kalp hastalığı prevalansı %6.7 olarak saptanmıştır. Bu değerin erkek popülasyonu için %6.2, kadınlarda ise %7.3 olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmanın 2007 ve 2008 tarama örneklemine göre koroner kalp hastalığının Türk halkında 1990 yılından itibaren yılda %6.4 hızında, diğer bir ifade biçimiyle 200 bin kişi arttığını ortaya koymuştur. Yirmi iki yıllık çalışma verilerine göre ise ülkemizde koroner arter hastalığına bağlı mortalite insidansının erkeklerde yılda binde 5.6, kadınlarda ise binde 3.5 seviyesinde olduğu gösterilmiştir. Avrupa'da 45-74 yaş arasındaki bireylerde koroner arter hastalığına bağlı yıllık ölüm oranlarının erkeklerde binde 2 ile 8, kadınlarda binde 0.6 ile 3 arasında değiştiği bilinirken, aynı popülasyon aralığında ülkemizde erkeklerde binde 7, kadınlarda binde 3.8 arasında ölüm oranlarının izlenmesi son derece düşündürücü bir durumdur (115-117).

Aterosklerotik kalp hastalıklarının sessiz bir biçimde ilerleyen ve semptom verdiğinde genellikle ileri evrede olduğu saptanan kronik bir hastalık olması nedeniyle hastalığın gelişiminin engellenmesi ya da ilerleyişinin durdurulması önemli bir sağlık problemidir. Bu hastalık grubunun yaşam tarzı, özellikle sigara kullanımı, sedanter yaşam ve psikososyal stresle ilişkili olduğu bilindiğinden, uygun yaşam tarzı değişiklikleri özellikle engellenebilir risk faktörlerinin (sigara, beslenme alışkanlıkları, HPL) kontrolü ile ölümlerin dörtte üçünün engellenebileceği bildirilmiştir (118). Bu nedenle kardiyovasküler korunmanın son derece önemli olduğu birçok şekilde tanımlanmıştır. Günlük pratikte, korunma çalışmaları kanıtlanmış kardiyovasküler hastalığı olan hastalarla (yani ikincil koruma), ilk kez

kardiyovasküler olay geliştirme riski yüksek olan kişileri (sigara kullanımı, hipertansiyon, hiperlipidemi ya da diyabetes mellitus tanısı olan hastalar) hedef almaktadır (birincil korunma). Özellikle sigara çok sayıda hastalığın kanıtlanmış bir nedenidir ve sigara içenlerdeki tüm önlenebilir ölümlerin %50'sinden sorumludur ve ayrıca bu ölümlerin yarısı da kardiyovasküler hastalıklara bağlıdır. Sigaranın iskemik inme, periferik arter hastalığı, aort anevrizması, kalp damar hastalığı gibi her türlü kardiyovasküler hastalık riskinde artışla ilişkili olduğu daha önce yapılmış olan çalışmalarla doğrulanmıştır. Koroner arter hastalığı risk tahmin göstergelerine göre 10 yıllık ölümcül kardiyovasküler risk sigara içenlerde yaklaşık olarak iki katına çıkmaktadır. Ek olarak 60 yaşın üstünde sigara içenlerde miyokard infarktüs riski göreceli olarak iki katına çıkarken, 50 yaş altında bu riskin 5 kattan daha yüksek olduğu da yapılmış olan çalışmalarda gösterilmiştir (119-121).

Sigara ile ilgili riskin günlük tüketilen tütün miktarı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir ve zararlı etkilerin ortaya çıkması konusunda belirli bir alt sınır olmaksızın çok keskin bir biçimde doz-yanıt ilişkisi gösterdiği bilinmektedir. Bu noktada sigara tüketim süresinin de bu konuya katkıda bulunduğu bildirilmiştir. Her ne şekilde olursa olsun tütün dumanının nefes ile akciğerlere çekildiğinde daha zararlı olduğu bilinmektedir. Toplumda daha çok dudak tiryakiliği olarak adlandırılan ve dumanı içine çekmediklerini iddia eden bireylerde de kardiyovasküler hastalık riskinin artmış olduğu kanıtlanmıştır (122-125). Bu bilgilere ek olarak, artan bilimsel kanıtlarla beraber pasif sigara tüketiminin beklenenden daha fazla düzeyde kardiyovasküler hastalık riskinde artışa neden olduğu gösterilmiştir. Örneğin, sigara içen bir eşle yaşayan ve sigara içmeyen bir bireyde kardiyovasküler hastalık gelişim riski sağlıklı bireylere göre %30 oranında daha yüksektir. Buna paralel bir biçimde iş yerinde sigara kullanan kişilerden dolayı sigaraya maruz kalma yine kardiyovasküler olay riskini artırmaktadır (126-128).

Sigaranın koroner arter hastalığı üzerinde bilinen, çeşitli mekanizmalarla ortaya çıkan bu olumsuz etkileri nedeniyle yapılmış olan birçok çalışma sigara bırakmanın yararlı ve etkin faydaları ayrıntılı bir biçimde daha önce yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bilinen kardiyovasküler hastalığı olmayan sigara içicisi bireylerde sigaranın terkedilmesinin ardından oluşan kardiyovasküler hastalık gelişim riskinin, çok hafif düzeyde olduğu, aktif sigara içen ve hiç içmemiş bireylere

ait risklerin arasında bir konumda olduğu bildirilmiştir (129,130). Miyokard infarktüsü sonrası sigaranın terkedilmesinin şüphesiz tüm koruyucu yöntemler arasında en etkilisi olduğu ortaya konulmuştur. Yapılmış olan bir sistematik derleme ve metaanalizde incelenen 20 adet çalışmanın sonucunda sigarayı bırakan hastalarda, halen sigara içen bireylere oranla %64'lük bir mortalitede azalma meydana geldiği ispatlanmıştır. Sigaranın terkedilmesinin ardından kardiyovasküler riskin çok hızlı bir biçimde azaldığı ve 6 aylık süre içerisinde morbiditede önemli düşmeler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu risk azalmasının ise 10-15 yıl içerisinde hiç sigara içmeyenlerle aynı seviyeye ulaşmamış olsa da, neredeyse benzer değerlere ulaştığı da yapılmış olan çalışmalarla ortaya konulmuştur (130-133).

Biz de literatürde bulunan bu bilgiler ışığında aktif sigara kullanan ve herhangi bir akut koroner sendrom atağı nedeniyle (ST elevasyonlu miyokard infarktüsü, ST elevasyonsuz miyokard infarktüsü, unstabil anjina pectoris) koroner anjiyografi yapılan hastalarda, anjiyografik olarak saptanmış koroner arter hastalığı yaygınlığı, uygulanan tedavi biçimi ve hastaların sosyodemografik, klinik özelliklerinin prospektif olarak sigara bırakma üzerinde etkisi olup olmadığını araştırmayı hedefledik. Ayrıca çalışmamızda birinci, üçüncü ve altıncı aylarda yapılan telefon visitleri ile hastaların sigarayı bırakma ya da devam durumları ile sigarayı bırakmaya yönelik sözel tavsiyelerin etkinliğini araştırmayı ve bu süreç içerisinde aile hekimlerinin rollerini saptamayı hedefledik. Çalışmaya dahil edilen hastaların (n=111) çok büyük bir kısmının erkek hastalardan (%94.6) olduğu, çoğunluğun şehir merkezinde yaşadığı (%75.7), ortalama aylık gelirlerinin düşük-alt seviyede (%71.2) olduğu ve yüzde elliye yakın oranda ilkokul ve alt seviyede eğitim düzeylerine sahip olduğu gözlemlendi. Bununla birlikte taburculuk esnasında, birinci ve altıncı aylarda aylık ortalama gelir ve yaşadığı bölgenin sigara bırakma noktasında sigara içen ve içmeyen hastalarda anlamlı bir değere sahip olmadığı görüldü. Eğitim seviyesinin ise sadece taburculuk esnasında sigara bırakma konusunda etkili olduğu, birinci, üçüncü ve altıncı aylarda ise sigarayı bırakma konusunda prediktif olmadığı saptandı. Daha önce yapılmış olan bir çalışmada (n=137) sigara bırakma ile yaş, eğitim ve çekirdek aile içerisinde sigara içicisi olması arasında bir ilişki bulunmadığı ancak erkek cinsiyet ve evli olmanın pozitif predikif bir değere sahip olduğu ortaya konulmuştur (134). Bizim çalışmamızda cinsiyete dağılım aralığı her ne kadar geniş

olsa da sonuçta cinsiyetin sigara bırakma konusunda önemli bir etkisi olmadığı gösterilmiştir. Yine Özşahin ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada cinsiyet ve eğitim durumunun sigara bırakma konusunda prediktif olmadığını göstermişlerdir (135). Aynı zamanda hastaların medeni durumlarının erken dönemde sigarayı terketme konusunda etkisi olmadığı gözlenirken, 6.ayın sonunda bekar ve dul bireylerde sigara kullanım alışkanlığının daha yüksek olduğu saptandı. Aynı zamanda aile fertlerinden evde sigara kullanan, evin iç ya da dış kısmında sigara içme durumu ile karşı karşıya kalan hastalarda bu dört dönem içerisinde sigarayı bırakma ve devam noktasında herhangi bir farklılık izlenmedi. Her ne kadar sosyal desteğin alt bir birimi olarak görülen aile desteğinin akut koroner sendromlu olgularda mortaliteyi ve morbitideyi azaltmış olduğu görülse de çalışmamızın sonucunda buna benzer bir sonuç tespit edilememiştir. Buna ikincil olarak hasta sayısı düşük olsa da (%10.8) dul olduğu bilinen bireylerde sigara içiciliğinin altıncı ayın sonunda devam ediyor olması literatüre benzer sonuçlar vermektedir. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda eşini kaybetmek durumuyla dul kalan bireylerde bir yıl içerisinde mortalitenin artmış olmasının psikososyal stresin önemli bir göstergesi olduğu bildirilmiştir (136). Bu durum akut koroner sendromlu olgularda aile desteğinin önemini göstermektedir ve bizim çalışmamızda katılımcı sayısı az olsa da benzer sonuç çıkarılabilir (137). Sigaranın bırakılması konusunda en önemli ve süregelen motivasyon kaynağının aile ortamı olduğu bilindiğinden aile fertlerinin davranış ve tutumlarının etkin bir kardiyovasküler hastalıklardan korunma yöntemi olduğu kabul edilebilir.

Diğer taraftan sigara bırakan ve bırakmayan hastalarda konvansiyonel risk faktörleri olan diyabetes mellitus, hipertansiyon, sedanter yaşam, aile öyküsü gibi faktörlerin bulunması her dört dönem içerisinde gruplar arasında farklılık göstermediği görülmüştür. Aynı zamanda bu risk faktörlerinin hastalarda farklı kombinasyonlarının bulunma durumu ve risk faktör sayısının fazlalığı da hastalarda sigara bırakma konusunda prediktif bir role sahip olmadığı gözlemlendi. Yapılan bazı çalışmalarda diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi ile sigara bırakma arasında anlamlı ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (138,139). Bizim çalışmamızda farklı olarak bu risk faktörleri arasında hastaneden yatış döneminde hiperlipidemi tanısı olanların 6.ayın sonunda sigara içen hastalarda daha yüksek oranda

bulunmuştur. Bu durumun tesadüfen saptanmış olabileceği düşünülebilir. Diğer taraftan hastaların tanı konulmuş diğer hastalık durumlarının (serebrovasküler olay, periferik arter hastalığı, KOAH gibi) erken dönemde sigara bırakma konusunda belirleyici olmadığı görüldüğü gibi birinci ay, üçüncü ay ve altıncı ayda sigara içenler arasında KOAH tanısı konulmuş olan hastaların istatistiksel anlamlılığa ulaşacak düzeyde sigaraya devam ettiklerinin gözlenmesi çalışmamızın dikkate değer bir noktasıdır. Benzer bir çalışmada aynı şekilde 3 aylık takipte sigara bağımlı akciğer hastalığına sahip kişilerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sigara içmeye devam ettikleri belirtilmiştir (139). Hastaların mevcut daha önce tanı konulan kardiyovasküler sistem hastalığı ve KOAH tanıları olmasına rağmen halen sigaraya devam etme durumları sırasında yaşanmış olan AKS hadisesinin de tek başına sigara bırakma konusunda yeterli olmadığı sonucuna ulaşılabilir. Son yıllarda ülkemizde yaygınlaşan sigaranın bırakılması konusunda artan yazılı ve görsel uyarıların yanında bireysel olarak bu hastaların seviyesine indirilmesinin koruyucu hekimlik için önemli bir başlık olduğu düşünülebilir. Bu sayede sağlık harcamalarının da düşeceği göz önüne alındığında sistematik değerlendirilmelerle hastaların bilinç düzeylerinin artırılmasının gerekliliği düşünülebilir. Diğer taraftan taburculuk esnasında, taburculuk sonrasında erken dönemde sigara içen ve içmeyenler arasında farklı bulunmayan meslek gruplarının sigara içmeye etkisinin, 6. ayda aktif iş hayatına devam eden insanlarda yüksek rastlanması sigara içiciliğinin sosyal çevreden etkilendiğinin önemli bir kanıtı olarak kabul edilebilir.

Bir diğer konu başlığı olarak, çalışmada akut koroner sendrom nedeniyle başvuran hastalarda başvuru şikayetlerinin sigara bırakma üzerinde erken ve geç dönemde belirleyici bir rolü olmadığı görülmüştür. Ancak semptomların başlangıcından sonraki erken dönemde başvuran hastalarda taburculuk esnasında sigara bırakma oranlarının yüksek olduğu, ancak takip eden 6 aylık süre içerisinde bu anlamlılık değerinin giderek azaldığı ortaya konulmuştur. Bu durum yaşanmış olan şikayetlerin erken dönemde yüksek orandaki caydırıcılığının takip eden süreçte kaybolduğunu göstermektedir. Diğer taraftan erken başvuru yapan hastalarda özbakımın yüksek olduğu, daha geç başvuran hastalarda günlük hayatta da sağlığın ihmal edildiği ve bu nedenle de halen sigara kullanımına devam edildiği düşünülebilir. Bu hastaların aralıklı kontrolleri sırasında hastada psikolojik travma

oluşturmayacak biçimde takip eden hekimi tarafından hatırlatılmasının sigara bıraktırma konusunda etkili olabileceği düşünülebilir. Ancak bu durumda hastalarda posttravmatik stres bozukluklarının da oluşabileceğinin de akılda tutulmasında fayda vardır. Çalışmaya dahil edilmiş hastaların büyük kısmı Kardiyoloji Bilim Dalı'na ait olan ve en sık görülen kardiyolojik acil tablosu olan ST elevasyonlu miyokard infarktüsü grubundandır. Bu durum hastalığın bireylerde erken dönemde yoğun bir semptomlar grubuyla kendini gösterdiğinin kanıtı olarak görülebilir. Taburculuk esnasında, birinci ve üçüncü aylarda sigara bırakılma oranı özellikle kendini daha acil bir klinik ile gösteren ST yükselmeli miyokard infarktüsü grubunda daha fazladır. Ancak altıncı ayda gruplar arasında bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum yukarıda da belirtildiği gibi hastaların taburculuk sonrası günlük hayatlarını devam ettirmelerinde bir kısıtlılık olmadığının yansıması olabilir. Günlük aktiviteler sırasında normalleşme süresince erken dönemde bırakılan sigaranın tekrar başlanması, özellikle aktif çalışma hayatına sahip eden bireylerin içme eğiliminde olması bu sonucu doğurmuş olabilir. Yine koroner arter hastalığının ciddiyetinin gösterildiği Gensini skorlaması ve kullanılan stent sayısının yüksekliği ile sigara bırakma arasında bir ilişkiyi çalışmamızda tespit edemedik. Koroner anjiyografi sonrasında hastalara verilen anjiyografi raporlarında hastaların da anlayabileceği düzeyde damar hastalık yüzdeleri belirtilmesine rağmen sigara bırakılması konusunda etkili olmadığı gözlenmiştir. Bu durum sadece görsel değil, hastalara zaman ayırarak sözlü telkinlerin daha etkili olabileceğini düşündürebilir. Erken dönemde hastayı gören ve tedavi uygulayan kardiyoloji hekimlerinin hastalara bu konuda daha ayrıntılı bilgiler vermesi sigaranın terk edilmesi konusunda erken dönemde en etkili yöntem olarak kabul edilebilir. Diğer taraftan anjiyografi sonrasında hastaların anjiyografi görüntülerinin hastaya ayrıntılı bir biçimde anlatılması daha etkili olabilir. Buna ek olarak taburculuk süresi uzun olan hastaların ilk üç dönem içerisinde sigarayı anlamlı derecede terkettiği görülmüştür. Ancak altıncı ayın sonunda iki grup arasındaki farkın ortadan kalktığı tespit edilmiştir. Bu durum muhtemelen hastanın ilk geliş hali, takip eden süreçte içine düştüğü psikolojik durum ve yoğun bakım takibi sırasında durumu daha ağır olan hastalarla karşı karşıya kalması ile açıklanabilir. Girişimsel işlem yapılan hastalarda da birinci, üçüncü ve altıncı aylarda sigara bırakılma oranlarının yüksek olması benzer biçimde

açıklanabilir. Bir diğer noktadan bakıldığında hasta popülasyonunun olay sonrasında ortalama ejeksiyon fraksiyon değerleri normal sınırlara yakın olarak (ortalama 53 ± 11) saptanmıştır. Ejeksiyon fraksiyonu kalp yetersizliği oluşturacak değerlere (ejeksiyon fraksiyonu $< \%35$) ulaşan hasta sayısı ($\%10.8$) da düşük olarak saptanmıştır. Hastaların bu süreçte akut kalp yetersizliği gibi nefes darlığı semptomlarına maruz kalmamış olmaları da sigaranın devam edilmesinde etkin rol oynamış olabileceği de söylenebilir. Bu sürecin yönetimi sırasında hastalara uygun bir biçimde sigara bırakmanın tavsiye edilmesi, bu konuda telkinler yapılması hatta aile bireylerine de benzer uygulamaların yapılması uzun dönemde daha etkili olabilir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada birinci basamak hekimlerinin $\%77,2$ ' sinin, başvuranların tütün kullanımını sorguladıklarını, hekimlerin sadece $\%15,6$ ' sının, hemşirelerin ise $\%8,4$ 'nün sigara bırakma konusunda tavsiyelerde bulunduğu bildirilmiştir (140). Bizim çalışmamızda benzer biçimde aralıklarla hastalara telefon ziyaretlerinde bu konuda takip eden kardiyoloji hekimlerince ve aile hekimlerince sigara konusunda yapılan tavsiye durumları sorulmuştur. Buna göre hastaların 6 aylık süre sonunda aile hekimi dahil ilk teşhis konulan klinikte sigaranın bırakılması konusunda tavsiye alma durumu $\%77.5$ olarak saptanmıştır. Bu oran taburculuk esnasında ise $\%75.7$ olarak kaydedilmiştir. Her ne kadar göreceli olarak bu rakamlar yüksek olarak gözüксе de hastaların tamamının basit bir tavsiye almaması son derece düşündürücü bir durumdur. Diğer taraftan alınan tavsiyelerin etkili olduğunu düşünen hasta sayısı ile sigarayı bırakan hasta sayısı açısından sadece altıncı aydaki sigara içmeyen hasta sayısı ($n=34$) ile tavsiyelerin faydalı olduğunu düşünen hastalar ($n=35$) arasında paralel sonuçlar izlendiği gözükmemektedir. Bu hastalar arasında sigara bırakma polikliniğine yönlendirilen hasta sayısının düşük olması da (altıncı ayın sonunda $\%3.6$) bu konu üzerine hekimlerin yeteri düzeyde dikkat göstermediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Tüm tedavi şekillerinden daha etkili olduğu bilinen sigara bırakılmasının göz ardı edildiği ya da yüzeysel olarak dikkat çekilen bir konu olduğu aşıkardır. Her ne kadar hastalar tavsiyelerin etkili olmadığını belirtse de olay öncesi günlük sigara tüketim oranları ile taburculuk, birinci, üçüncü ve altıncı aylarda günlük tüketilen sigara miktarının belirgin azaldığını göstermektedir. Örneğin olay öncesi hastaların büyük çoğunluğu ($\%54.1$, $n=60$) 21-30 arası sigara tükettiğini belirtirken, altıncı ayın sonunda bu oran $\%3.8$ düzeylerine gerilemiştir.

Özşahin K ve arkadaşları, yapmış oldukları çalışmalarında en önemli iki faktörün medya ve sigara karşıtı kampanyalar ile sağlık sorunları olduğunu tespit etmişlerdir. Aynı çalışmalarında hekim tavsiyeleriyle sigaranın terkedilmesinin üçüncü en önemli sebep olduğunu ortaya koymuşlardır (135). Bu konuyla ilgili olarak hekimlerin daha dikkatli olmaları, primer koruma amaçlı sigara bırakmanın etkin bir biçimde hekimlerin eğitim programlarına alınması daha etkili sonuçlar doğurabilir.

Bunlara ek olarak, hastaların 6 aylık süre içerisinde aile hekimlerine başvuru oranları ise beklenen değerden daha düşüktür. Birinci ayın sonunda bu oran %15.3, üçüncü ayda %45, altıncı ayda ise %48.6 düzeylerindedir. Bu süre içerisinde aile hekiminden sigarayı bırakmasına yönelik tavsiye aldığını belirten hasta oranı ise sırasıyla %58.8, %58 ve %59.3'dür. Bu durum koruyucu hekimliğin ana basamağını oluşturan birinci basamakda, bu konuya yeteri kadar önem verilmediğinin kanıtı olabilir. Birinci basamakta hekimlerin yoğun çalışma tempoları nedeniyle göz ardı edilmiş olabilir. Hastaların hangi sebeplerden dolayı aile hekimlerine başvurduğunun tespit edilmemiş olması çalışmanın temel kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Yaşam tarzı değişikliklerinin aile hekimlerince ya da takip eden kardiyoloji hekimlerince hastalara anlatılması hayati öneme sahip olmasına rağmen çalışmamız sonucunda bu oranların düşük seviyelerde kaldığı söylenebilir. Kurçer M.A ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaları sonucunda verilen diyet, egzersiz, sağlıklı vücut ağırlığının korunması, sigara ve alkolün bırakılmasına yönelik eğitim ve danışmanlık sonrasında yaşam kalitesi puan ortalamalarının eğitim ve danışmanlık öncesine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamışlardır. Ancak, sigara ve alkole yönelik tek seanslık müdahalelerin ise yeterli olmadığını savunmuşlardır (141). Benzer şekilde, Babae ve arkadaşlarının koroner arter bypass cerrahisi operasyonu geçirmiş olan hastalara verilen yaşam tarzı değişikliği müdahalesi sonrası, yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de mental komponentlerinde anlamlı düzeyde yükselme sağladığını tespit etmişlerdir (142).

Ülkemizde pek çok hekim ve sağlık çalışanlarının sigaranın zararları ve sigara bırakma konusunda bilgileri mevcuttur. Ancak yalnız bilgi düzeyi değil yaklaşım biçimi de bu noktada önem kazanmaktadır. Bu konuda en önemli yaklaşım "Rol model olma" ile başlamaktadır. Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının özellikle bu konuda örnek alınabilecek kişiler olabileceği düşünüldüğünde sigara içmemeleri

önem arz etmektedir (140). Hastaların ilk tıbbi temas noktası olması, hastaların bütüncül yaklaşımla değerlendirildiği birim olması, kişi ve toplum yönelimli bakım sağlaması sebebiyle aile hekimliğine sigara bağımlılığı ile mücadele aşamasında önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir (110). Hekime herhangi bir sebeple yapılan her başvuru sigara bağımlılığını değerlendirilmesi için önemli bir fırsattır. Birinci basamak hekimlerine ve sağlık çalışanlarına tütün bağımlılığı ile mücadeleye yönelik danışmanlık hizmetleri ve eğitimler verilmesi, bu konuya yönelik ekip çalışması yürütülmesi gerekmektedir. Aile hekimleri gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek daha komplike ve birinci basamak birimlerinin yönetimde eksik kaldığı durumlarda kişinin sigara bırakma merkezlerine yönlendirilerek bu konunun uzmanlarınca değerlendirilmesini sağlar (143). Aile hekimliği kişinin sadece bağımlılığı ile değil onu etkileyen çevre ile de ilgilenen birim olmasından dolayı hem kişinin çevresinden etkilenmesine engel olma hem de sigara kullanmaya devam eden bireylerde kişinin ailesini ve çevresini koruma sorumluluğu vardır. Sigara bırakma süreci bir davranış değişikliği durumudur ve kişinin bu bağlamda güçlendirilmesi ve teşviki için yine aile hekimlerinin önemli bir konumdadır. Aile hekimleri ile bireyin uzun süreli ilişkisi kişinin yönetiminin daha iyi yapılabilmesinin yanında aynı zamanda bir kanıksama durumu da oluşturabilir. Bu durumda hekimin bilimsel verilerle kanıtlanmış bırakma yöntemlerini etkili bir şekilde kullanması uygun olur. Aile hekiminin hem hastaya hem de topluma karşı sorumluluklarının olması da nikotin bağımlılığı ile mücadele için önemlidir (110). Aynı zamanda sigara bırakma hatları da kolay ulaşılabilir olması ve geniş kitleye hitap etmesi nedeniyle uygun bir şekilde organize olduğunda etkinliği güçlü olabilecek bir yöntemdir (144).

Genellikle hekimler tarafından sigara kullanan hastalara yönelik tavsiyeler yalnızca “sigarayı bırak” gibi kısa bir öneri şeklinde olduğundan hastalar sigara bırakmanın ciddiyetini farkedememektedirler. Tütün bağımlılığı mücadelesinde ilk basamak “kısa hekim müdahalesi” olarak değerlendirilebilir ve “tıbbi terimlerle ve sigaranın zararlı etkileriyle ilgili bilgiler eklenerek sigara bırakma endikasyonlarının sözlü olarak özetlenmesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Her hekim tarafından her basamakta uygulanabilecek olan kısa süreli görüşmelerdir (30). Özellikle kardiyoloji,

göğüs hastalıkları anabilim dalları gibi sigaranın ciddi risk faktörü olduğu hastalıkların sık görüldüğü branşlarda, bu konu ile ilgili sağlık çalışanları tarafından ekip oluşturularak sigara kullanımı olan hastalarla hastanede yatış süreleri içerisinde “kısa motivasyonel görüşme” şeklinde görüşmeler yapılması daha etkin sonuçlar doğurabilir. Hastalara sigaranın zararlarına yönelik bilgilendirme amaçlı belge veya broşür şeklinde yazılı veya görsel dökümanlar verilebilir. Polikliniklerde kişilerin bekleme esnasında farkındalığını artırmak adına afiş ve eğitim materyaller bulundurmak yararlı olabilir. Nitekim, bizim çalışmamızda da daha önce sigarayı bırakmayı deneyen hastalarda ve hastanede yattığı süre içerisinde sigarayı bırakmayı düşünen hastalarda akut koroner sendrom sonrası sigara bırakma oranı daha yüksek olarak saptandı. Bu durum motivasyonel durumun önemini vurgulaması bakımından önemli kabul edilebilir. Bu ekip çalışmasını yürüten kişilerin kontrollerde ve sonraki dönemlerde hastalarla iletişime devam edilerek sigarayı terkeden kişilerde motivasyonel durumun desteklenmesini sağlamaya yönelik tutumları uzun dönemde etkili olabilir. Hastaların taburculuk sonrası aile hekimliğine ve bu konuda uzmanlaşmış sigara bırakma merkezlerine yönlendirilmesi ikincil korumada sigaranın bırakılması yolunda önemli bir aşama olabilir. Her vizitede kişinin sigara kullanımının tekrar sorgulanması önem arz etmektedir. Aynı zamanda kişinin ailesel ve çevresel faktörlerinin de sigara kullanımını sürdürmede önemli etmenler olmasından dolayı tüm aile ve çevresel faktörleri de içerecek şekilde müdahale önemlidir ve özellikle aile hekimlerine bu noktada önemli görevler düşmektedir.

Sonuç olarak, sigara bağımlılığı günümüzde sağlığı tehdit eden en önemli sorunların başında gelmektedir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarda nikotin bağımlılığı ile mücadele önemli bir yer teşkil etmektedir. Topluma yönelik koruyucu sağlık politikalarının gelişmesinde hekimlerin yaklaşımı önemlidir. Aile hekimleri disiplin ilkelerinin uygulanması ile aile hekimleri tütün ile mücadelede etkili adımlar atabilirler. Hekimler hasta ve aileleri ile etkileşim içinde bulunarak ,hem “rol model” olmalı hem de sağlık alanında tutum ve davranışlar ile ilgili toplumu bilinçlendirmede etkin rol oynamalıdır.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Akut koroner sendrom (AKS) ölümlerle sonuçlanabilen bir hastalık olması, üretken yaşda görülmesi ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonlar nedeniyle önemli bir hastalıktır. Sigaraya bağlı ölümlerin 1/3'ü iskemik kalp hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşmektedir. Sigaranın aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların oluşmasında erken dönemden itibaren etkili bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı AKS nedeniyle kardiyoloji kliniğine başvuran ve sigara kullanan hastaların taburculuk sonrası sigara içme davranışlarının ne yönde etkilendiğini, sigara kullanımına devam edenlerde etkileyen durumların saptanmasını sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem; Araştırmamız, 2016 yılı Haziran-Ağustos ayları arasında hastanemiz Kardiyoloji kliniğine AKS nedeniyle başvuran, sigara kullanan 111 hastanın dahil edildiği prospektif tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Hastalara hastaneye yattığı dönemde yüzyüze görüşülerek anket formu doldurulmuştur. Hastaların demografik verileri, bazal karakteristik özellikleri değerlendirilmiş, sigara içme davranışları sorgulanmıştır. Aynı zamanda hastalara Fagerström testi uygulanmıştır. Tanı sırasında uygulanan koroner anjiyografik verileri, koroner arter hastalığı yaygınlığını gösteren Gensini skorları, uygulanan tedavi biçimleri ayrı ayrı değerlendirilerek sigara bırakma üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Taburculuk sonrası 1. , 3. ve 6. aylarda hastalara telefon ile ulaşılarak sigara içme durumları ,sigara kullanmaya devam edenlerin başlama nedenleri , tekrar hastalık geçirme durumları, kontrollerde sigara bırakmaya yönelik tavsiye alma durumları, sigara bırakma merkezlerine başvuru durumları ayrıntılı şekilde sorgulanmıştır.

Bulgular; Çalışmamıza ortalama yaşları 53 ± 9.8 yıl olan, 105'i erkek (% 94.6) toplam 111 hasta dahil edilmiştir. Hastaların %45'inin ST elevasyonlu miyokard infarktüsü (STEMI), %31.5'inin ST elevasyonsuz miyokard infarktüsü, %23.4'ünün unstabil anjina pectoris olduğu tespit edildi. Taburculuk esnasında hastaların %64'nün, 1.ay sonunda %51.4'nün, 3.ay sonunda %37.8'nin, 6.ay sonunda ise %30.4'nün sigarayı bıraktığı gözlemlendi ($p < 0.05$). Bu süre içerisinde hastaların çoğunluğunun sigara içme isteği nedeniyle tekrar sigaraya başladığı gözlemlendi. Daha önce sigara bırakmayı deneyen ve hastanede yattığı sürede sigara bırakma düşüncesi olan hastaların her üç dönemde de sigara bırakma oranlarının yüksek olduğu

gözlendi ($p < 0.05$). Erken dönemde hastaneye başvuran ve STEMI tanısı alan hastalarda ilk 3 ay içerisinde sigara bırakma oranının daha yüksek olduğu gözlendi. Halen aktif iş hayatında olan hastaların 6.ay sonunda tekrar sigaraya başlama oranlarının daha yüksek olduğu saptandı. KOAH tanısı olan hastaların, sigaraya başlama oranları daha yüksek izlenirken, koroner arter hastalığı nedeniyle girişimsel işlem yapılan hastaların 6 aylık süre içerisinde sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu gözlendi. sigarayı bırakma konusunda hem Fagerström testi hem de Gensini skoru ile anlamlı ilişki saptanmadı.

Sonuçlar: Sigara bağımlılığı günümüzde sağlığı tehdit eden en önemli sorunların başında gelmektedir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar gibi yaşamı tehdit eden hastalıklarda nikotin bağımlılığı ile mücadele önemli bir yer teşkil etmektedir. Tütün bağımlılığı mücadelesinde ilk basamak “kısa hekim müdahalesi” olarak değerlendirilebilir. Özellikle kardiyojji, göğüs hastalıkları anabilim dalları gibi sigaranın ciddi risk faktörü olduğu hastalıkların sık görüldüğü branşlarda, bu konu ile ilgili sağlık çalışanları tarafından ekip oluşturularak sigara kullanımı olan hastalarla hastanede yatış süreleri içerisinde “kısa motivasyonel görüşme” şeklinde görüşmeler yapılması daha etkin sonuçlar doğurabilir. Bu ekip çalışmasını yürüten kişilerin kontrollerde ve sonraki dönemlerde hastalarla iletişime devam edilerek sigarayı terkeden kişilerde motivasyonel durumun desteklenmesini sağlamaya yönelik tutumları uzun dönemde etkili olabilir.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: Acute coronary syndrome (ACS) is a disease that can result in death and it is an important disease due to its occurrence in productive ages and complications that may occur afterwards. The 1/3 of smoking related deaths are due to ischemic heart diseases. It has been shown that cigarette smoking is a major risk factor for atherosclerotic cardiovascular diseases at early ages. The aim of this study is to determine how smoking behavior of patients who applied to cardiology clinic due to ACS are affected after discharge and to determine the conditions that affect continuing to smoke.

Methods: Our study was designed as a prospective, descriptive cross-sectional study involving 111 smokers who applied to our hospital's cardiology clinic between June and August 2016 for ACS. The questionnaire was filled with face-to-face interviews when the patient was admitted to the hospital. Demographic data, baseline characteristics of the patients were evaluated and smoking behaviors were questioned. At the same time Fagerström test was applied. Coronary angiographic data, Gensini scores indicating extensiveness of coronary artery disease and treatment modalities were evaluated separately and their effects on smoking cessation were investigated. At the 1st, 3rd and 6th months after discharge, patients were contacted by telephone to question in detail the status of smoking, reasons for starting to continue smoking, recurrent of diseases, advice on smoking cessation at controls and application to smoking cessation centers.

Findings: A total of 111 patients , 105 were men (94.6%) with a mean age of 53 ± 9.8 years were enrolled. It was determined that 45% of the patients had myocardial infarction with ST elevation (STEMI) , 31.5% had non-ST elevation myocardial infarction, and 23.4% were unstable angina pectoris. During the discharge, 64% of the patients, 51.4% at the end of the 1st month, 37.8% at the end of the 3rd month and 30.4% at the end of the 6th month left the smoking ($p < 0.05$). During this time, it was observed that the majority of the patients started smoking again due to demand of smoking . Patients who previously tried to quit smoking and thought to quit smoking at the time of hospitalization were found to have higher smoking cessation rates in all three periods ($p < 0.05$). It was observed that the rate of smoking cessation in the first 3 months was higher in patients who applied to the hospital in the early

period and received STEMI diagnosis. It is determined that the patients who are still active in business life have higher rates of starting to smoke again at the end of the 6th month. Patients diagnosed with COPD had a higher rate of initiation of cigarette smoking, whereas patients who underwent interventional procedures due to coronary artery disease had a higher rate of cessation within 6 months. There are no correlation between smoking cessation and neither the Fagerström test results nor Gensini scores.

Conclusion: Smoking addiction is one of the most important health threats today. Especially in life-threatening diseases such as cardiovascular diseases, fight against nicotine addiction has an important place. The first step in the fight against tobacco dependence could be considered as "brief intervention". Particularly in cases which cigarette smoking is a serious risk factor, it would be more effective to establish a team by the health workers to make a "short motivational interview" with the patients for smoking cessation during hospitalization. Keeping communication by this team is essential to maintain the motivational status of patients who quit smoking. It may be more effective in the long term.

KAYNAKLAR

1. Murray, C.J. and A.D. Lopez, Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. The lancet, 1997. 349(9063): p. 1436-1442.
2. Organization, W.H., The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. 2002: World Health Organization.
3. Hennekens, C.H., Increasing burden of cardiovascular disease. Circulation, 1998. 97(11): p. 1095-1102.
4. Control, C.f.D. and Prevention, Decline in deaths from heart disease and stroke--United States, 1900-1999. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 1999. 48(30): p. 649.
5. Jellinger, P.S., et al., The American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of atherogenesis 2002 amended version. Endocr Pract, 2000. 6(2): p. 1-52.
6. Onat, A., G. Hergenç, and G. Can, TEKHARF Türk halkının kusurlu kalp sağlığı. Sırrına ışık, tıbbi önemli katkı. İstanbul: Cortex İletişim Hizmetleri AŞ, 2009: p. 19-24.
7. Onat, A., et al., TEKHARF, oniki yıllık izleme deneyimine göre Türk erişkinlerinde kalp sağlığı. İstanbul Türkiye, 2003: p. 12-4.
8. Primer, K.H.K.K.H. and S. Korunma, Argos Yayınları. 2001, İstanbul.
9. Mallika, V., B. Goswami, and M. Rajappa, Atherosclerosis pathophysiology and the role of novel risk factors: a clinicobiochemical perspective. Angiology, 2007. 58(5): p. 513-522.
10. Griffin, B.P. and E.J. Topol, Kardiyovasküler hastalıklar el kitabı. 2010: Güneş Tıp Kitapevleri.
11. MAHLEY, R.W., et al., Türk Kalp Çalışması'nda Yeni Sonuçlar: Plazma Lipidleri ve Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein Düzeyleri Düşüklüğünde Tedavi İçin Rehber Öneriler. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2002. 30(2): p. 93-103.
12. Pathology, B. and R. Türkcesi, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. Temmuz, 2000: p. 283-289.

13. Antman, E., et al., Myocardial infarction redefined—a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology committee for the redefinition of myocardial infarction: The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee** A list of contributors to this ESC/ACC Consensus Document is provided in Appendix B. Journal of the American College of Cardiology, 2000. 36(3): p. 959-969.
14. Bonow, R.O., et al., Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 2011: Elsevier Health Sciences.
15. Pearson, T., et al., 27th Bethesda Conference: matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 8. Organization of preventive cardiology service. Journal of the American College of Cardiology, 1996. 27(5): p. 1039.
16. Organization, W.H., WHO report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. 2008: World Health Organization.
17. Bilir, N., Dünyada ve Türkiye’de tütün kullanımı epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, Ş Akçay, O Elbek), 2011: p. 21-23.
18. Derneği, T.T. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. 2014 <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/142201415150-Sigara-Birakma-Tani--ve-Tedavi-Uzlasi-Raporu-2014.pdf>. [erişim tarihi 2017 07.02.2017]
19. Organization, W.H., Report on the global tobacco epidemic, 2013; 2013. Google Scholar, 2014.
20. Organization, W.H., Quantifying selected major risks to health. The world health report, 2002. 2002: p. 47-97.
21. Kurumu, T.H.S., Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. 2014, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara.
22. Buzgan, T., et al., Mpower tütün salgınıni kontrol etmeye yönelik politika paketi. Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü, Ankara, 2007.
23. Organization, W.H. and T.F. Initiative, Building blocks for tobacco control: a handbook. Tobacco Control, 2004.

24. Jha, P., et al., Disease control priorities in developing countries. Disease control priorities in developing countries, 2006.
25. Araştırması, K.Y.T., Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. TC Sağlık Bakanlığı Yayın, 2012(948).
26. Ünüvar, N., S. Mollahaliloğlu, and N. Yardım, Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 1Basım. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti, 2006: p. 1-56.
27. Raw, L.J.M., The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. Brussels: Associations of European Cancer Leagues, 2010.
28. Prochaska, J. and M. Goldstein, Process of smoking cessation. Implications for clinicians. Clinics in chest medicine, 1991. 12(4): p. 727-735.
29. BOSTAN, P.P., Sigara Bırakma Süreci. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics, 2012. 5(2): p. 35-39.
30. ERAY, İ.K., Nikotin Bağımlılığında Kısa Hekim Müdahalesi ve 5A-5R Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 2016. 7(5): p. 39-43.
31. AKÇAY, M.Ş., Sigara Bırakma Polikliniklerinin Yapılandırılması. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics, 2012. 5(2): p. 29-34.
32. DİLEKTAŞLI, A.G., Sigara Bağımlılığının Farmakolojik Tedavisi. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics, 2012. 5(2): p. 43-50.
33. Zincir, S.B., et al., Sigara Bağımlılığında mizaç ve karakter özelliklerinin bağımlılık düzeyleri ile ilişkisi. Journal of mood Disorders, 2012. 2(4): p. 160-6.
34. Di Chiara, G., Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. European journal of pharmacology, 2000. 393(1): p. 295-314.
35. Balfour, D.J., The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus. Nicotine & Tobacco Research, 2004. 6(6): p. 899-912.

36. Benowitz, N.L., J. Hukkanen, and P. Jacob III, Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers, in Nicotine psychopharmacology. 2009, Springer. p. 29-60.
37. Jarvis, M.J., Why people smoke. BMJ: British Medical Journal, 2004. 328(7434): p. 277.
38. Picciotto, M.R., M. Zoli, and J.-P. Changeux, Use of knock-out mice to determine the molecular basis for the actions of nicotine. Nicotine & Tobacco Research, 1999. 1(Suppl 2): p. S121-S125.
39. Breslau, N., M. Marlyne, and P. Andreski, A lthough. Am J Psychiatry, 1992. 1(49): p. 465.
40. Acir, J.B. and N.E. Grunberg, A psychophysical task to quantify smoking cessation-induced irritability: the reactive irritability scale (RIS). Addictive behaviors, 1992. 17(6): p. 587-601.
41. J.R, H., Nicotine-Related Disorders, in In: Sadock BJ, Sadock VA (eds).Comprehensive Textbook of Psychiatry. , B. Williams&Wilkins, Editor. 2000. p. 1003.
42. Birliği, A.P., Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı (4. baskı, çev. E. Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1994.
43. ÖZDEL, K., Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2015. 8(2): p. 10-20.
44. KILINÇ, O., Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics, 2012. 5(2): p. 40-42.
45. Derneği, T.S.A., Avrupa sigara bırakma klavuzu, B.Ş. Karalezli A, eds, Editor. 2013: İstanbul.
46. ŞENGİZER, T., Nikotin Bağımlılığında Davranışsal Yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 2016. 7(5): p. 44-48.
47. T, D., Farmakolojik Tedavi I-Nikotin Yerine Koyma Tedavileri, in Tütün ve Tütün Kontrolü. Toraks Kitapları, A.Ş. Aytemur ZA, Elbek O, Editor. 2010, Aves yayıncılık: İstanbul. p. 460-6.

48. Stead, L.F., et al., Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Library, 2008.
49. Jorenby, D., Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs*, 2002. 62(2): p. 25-35.
50. Hughes, J.R., et al., Antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Library, 2014.
51. Jorenby, D.E., et al., Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama*, 2006. 296(1): p. 56-63.
52. Cahill, K., et al., Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Sao Paulo Medical Journal*, 2012. 130(5): p. 346-347.
53. Prochaska, J.J. and J.F. Hilton, Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 2012. 344: p. e2856.
54. Health, U.D.o. and H. Services, The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. 2004, Atlanta, GA.
55. Control, C.f.D. and Prevention, Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 2008. 57(45): p. 1226.
56. Ambrose, J.A. and R.S. Barua, The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *Journal of the American college of cardiology*, 2004. 43(10): p. 1731-1737.
57. Schroeder, S.A., New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. 2013, Mass Medical Soc.
58. Barua, R.S. and J.A. Ambrose, Mechanisms of coronary thrombosis in cigarette smoke exposure. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 2013. 33(7): p. 1460-1467.
59. Collaboration, E.R.F., C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality: an individual participant meta-analysis. *The Lancet*, 2010. 375(9709): p. 132-140.

60. Das, I., Raised C-reactive protein levels in serum from smokers. *Clinica chimica acta*, 1985. 153(1): p. 9-13.
61. Sharrett, A.R., et al., Smoking, diabetes, and blood cholesterol differ in their associations with subclinical atherosclerosis: the Multiethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Atherosclerosis*, 2006. 186(2): p. 441-447.
62. Rasmussen, T., et al., Development and progression of coronary artery calcification in long-term smokers: adverse effects of continued smoking. *Journal of the American College of Cardiology*, 2013. 62(3): p. 255-257.
63. McEvoy, J.W., et al., Cigarette Smoking and Cardiovascular Events. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 2015: p. ATVBAHA. 114.304562.
64. Libby, P., Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. *Circulation*, 2001. 104(3): p. 365-372.
65. van der Wal, A.C., et al., Site of intimal rupture or erosion of thrombosed coronary atherosclerotic plaques is characterized by an inflammatory process irrespective of the dominant plaque morphology. *Circulation*, 1994. 89(1): p. 36-44.
66. Racke, K., H. Schwörer, and G. Simson, Effects of cigarette smoking or ingestion of nicotine on platelet 5-hydroxytryptamine (5-HT) levels in smokers and non-smokers. *The clinical investigator*, 1992. 70(3-4): p. 201-204.
67. Sugiura, T., et al., Cigarette smoking induces vascular damage and persistent elevation of plasma serotonin unresponsive to 8 weeks of smoking cessation. *International journal of cardiology*, 2013. 166(3): p. 748-749.
68. Bogren, H.G., et al., The function of the aorta in ischemic heart disease: a magnetic resonance and angiographic study of aortic compliance and blood flow patterns. *American heart journal*, 1989. 118(2): p. 234-247.
69. Kiowski, W., et al., Diminished vascular response to inhibition of endothelium-derived nitric oxide and enhanced vasoconstriction to exogenously administered endothelin-1 in clinically healthy smokers. *Circulation*, 1994. 90(1): p. 27-34.

70. Guo, X., et al., Effect of cigarette smoking on nitric oxide, structural, and mechanical properties of mouse arteries. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 2006. 291(5).
71. Lerman, A. and J. Burnett Jr, Intact and altered endothelium in regulation of vasomotion. *Circulation*, 1992. 86(6 Suppl): p. III12-19.
72. Widlansky, M.E., et al., The clinical implications of endothelial dysfunction. *Journal of the American College of Cardiology*, 2003. 42(7): p. 1149-1160.
73. Voors, A.A., et al., Smoking and cardiac events after venous coronary bypass surgery. *Circulation*, 1996. 93(1): p. 42-47.
74. Hasdai, D., et al., Effect of smoking status on the long-term outcome after successful percutaneous coronary revascularization. *New England Journal of Medicine*, 1997. 336(11): p. 755-761.
75. Sugiishi, M. and F. Takatsu, Cigarette Smoking Is Risk Factor for Coronary Spasm. 1993.
76. Goldenberg, I., et al., Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Archives of Internal Medicine*, 2003. 163(19): p. 2301-2305.
77. Choi, B.G., et al., Impact of Cigarette Smoking: a 3-Year Clinical Outcome of Vasospastic Angina Patients. *Korean Circulation Journal*, 2016. 46(5): p. 632-638.
78. Szmítko, P.E., et al., Biomarkers of vascular disease linking inflammation to endothelial activation. *Circulation*, 2003. 108(17): p. 2041-2048.
79. Bøttcher, M. and E. Falk, Pathology of the coronary arteries in smokers and non-smokers. *Journal of cardiovascular risk*, 1999. 6(5): p. 299-302.
80. Simon, B.C., L.D. Cunningham, and R.A. Cohen, Oxidized low density lipoproteins cause contraction and inhibit endothelium-dependent relaxation in the pig coronary artery. *Journal of Clinical Investigation*, 1990. 86(1): p. 75.
81. Maziak, W., K. Ward, and T. Eissenberg, Factors related to frequency of narghile (waterpipe) use: the first insights on tobacco dependence in narghile users. *Drug and alcohol dependence*, 2004. 76(1): p. 101-106.

82. Al-Safi, S.A., et al., Does shisha smoking affect blood pressure and heart rate? *Journal of Public Health*, 2009. 17(2): p. 121-126.
83. Mazen, A. and S. Aurabia, The effect of Maassel water-pipe smoking versus cigarette smoking on pulmonary arterial pressure and left ventricular and right ventricular function indices in COPD patients: an echodoppler. *Sci J Al Azhar Med Fac (Girls)*, 2002: p. 649-86.
84. Selim, G.M., H. Fouad, and S. Ezzat, Impact of shisha smoking on the extent of coronary artery disease in patients referred for coronary angiography/Koroner anjiyografi önerilen hastalarda nargile içiminin koroner arter hastalığının yaygınlığına etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi: AKD*, 2013. 13(7): p. 647.
85. Kannel, W.B., R.B. D'Agostino, and A.J. Belanger, Fibrinogen, cigarette smoking, and risk of cardiovascular disease: insights from the Framingham Study. *American heart journal*, 1987. 113(4): p. 1006-1010.
86. Benowitz, N.L., et al., Nicotine effects on eicosanoid formation and hemostatic function: comparison of transdermal nicotine and cigarette smoking. *Journal of the American College of Cardiology*, 1993. 22(4): p. 1159-1167.
87. Benowitz, N.L. and S.G. Gourlay, Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. *Journal of the American College of Cardiology*, 1997. 29(7): p. 1422-1431.
88. Piantadosi, C.A., Carbon monoxide poisoning. *New England Journal of Medicine*, 2002. 347(14): p. 1054-1055.
89. Cersosimo, E. and R.A. DeFronzo, Insulin resistance and endothelial dysfunction: the road map to cardiovascular diseases. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 2006. 22(6): p. 423-436.
90. Yanbaeva, D.G., et al., Systemic effects of smoking. *Chest Journal*, 2007. 131(5): p. 1557-1566.
91. Will, J.C., et al., Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. *International journal of epidemiology*, 2001. 30(3): p. 540-546.

92. Madsbad, S., et al., Influence of smoking on insulin requirement and metabolic status in diabetes mellitus. *Diabetes care*, 1980. 3(1): p. 41-43.
93. Bott, U., et al., Predictors of glycaemic control in type 1 diabetic patients after participation in an intensified treatment and teaching programme. *Diabetic medicine*, 1994. 11(4): p. 362-371.
94. Targher, G., et al., Cigarette Smoking and Insulin Resistance in Patients with Noninsulin-Dependent Diabetes Mellitus 1. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1997. 82(11): p. 3619-3624.
95. Al-Delaimy, W.K., et al., Smoking and risk of coronary heart disease among women with type 2 diabetes mellitus. *Archives of internal medicine*, 2002. 162(3): p. 273-279.
96. D'alessandro, A., et al., Nicotine, cigarette smoking and cardiac arrhythmia: an overview. *European journal of preventive cardiology*, 2012. 19(3): p. 297-305.
97. Mehta, M.C., et al., Cardiac arrhythmias following intravenous nicotine: experimental study in dogs. *Journal of cardiovascular pharmacology and therapeutics*, 1997. 2(4): p. 291-297.
98. Goette, A., et al., Cigarette smoking induces atrial fibrosis in humans via nicotine. *Heart*, 2007. 93(9): p. 1056-1063.
99. Andre, L., et al., Carbon monoxide pollution promotes cardiac remodeling and ventricular arrhythmia in healthy rats. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2010. 181(6): p. 587-595.
100. Chiolerio, A., et al., Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. *The American journal of clinical nutrition*, 2008. 87(4): p. 801-809.
101. Craig, W.Y., G.E. Palomaki, and J.E. Haddow, Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *Bmj*, 1989. 298(6676): p. 784-788.
102. Najem, B., et al., Acute cardiovascular and sympathetic effects of nicotine replacement therapy. *Hypertension*, 2006. 47(6): p. 1162-1167.

103. Critchley, J.A. and S. Capewell, Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *Jama*, 2003. 290(1): p. 86-97.
104. Dobson, A.J., et al., How soon after quitting smoking does risk of heart attack decline? *Journal of clinical epidemiology*, 1991. 44(11): p. 1247-1253.
105. Wen, C., et al., The health benefits of smoking cessation for adult smokers and for pregnant women in Taiwan. *Tobacco control*, 2005. 14(suppl 1): p. i56-i61.
106. Doll, R., et al., Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Bmj*, 2004. 328(7455): p. 1519.
107. van Domburg, R.T., et al., Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *Journal of the American College of Cardiology*, 2000. 36(3): p. 878-883.
108. Bozdemir, N. and İ.H. Kara, Birinci basamakta tanı ve tedavi. 2010: Nobel Kitabevi.
109. Guise, N.J., et al., Behavior Change: The Example of Smoking Cessation, in *Text Book of Primary Care Medicine*, N. J., Editor. 1996, Mosby-year Book. p. 1650-1656.
110. BOZDEMİR, N. and H. KURDAK, Aile Hekimliği Disiplin İlkeleri Açısından Nikotin Bağımlılığına Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 2016. 7(5): p. 35-38.
111. Glynn, T.J., M.W. Manley, and T.F. Pechacek, Physician-initiated smoking cessation program: the National Cancer Institute trials. *Progress in clinical and biological research*, 1990. 339: p. 11.
112. Gensini, G.G., Coronary arteriography: role in myocardial revascularization. *Postgraduate medicine*, 1978. 63(1): p. 121-138.
113. Gensini, G.G., A more meaningful scoring system for determining the severity of coronary heart disease. *The American journal of cardiology*, 1983. 51(3): p. 606.
114. Neeland, I.J., et al., Coronary angiographic scoring systems: an evaluation of their equivalence and validity. *American heart journal*, 2012. 164(4): p. 547-552. e1.

115. Onat, A., et al., Turkish Adult Risk Factor survey 2014: Overall mortality and coronary disease incidence in Turkey's geographic regions. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 2015. 43(4): p. 326-332.
116. Altan Onat, et al., TEKHARF 2013, Halkımız Sağlığına Işık, Tıbbı Çığır Açabilecek Katkı, A. Onat, Editor. 2013.
117. Sans, S., H. Kesteloot, and D.o. Kromhout, The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. *European heart journal*, 1997. 18(8): p. 1231-1248.
118. Amine, E., et al., Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. 2002: World Health Organization.
119. Edwards, R., The problem of tobacco smoking. *BMJ: British Medical Journal*, 2004. 328(7433): p. 217.
120. Prescott, E., et al., Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *Bmj*, 1998. 316(7137): p. 1043.
121. Arşivi, T.K.D., Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. 2012.
122. Prescott, E., et al., Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality. A 22 year follow up of 12 149 men and women in The Copenhagen City Heart Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002. 56(9): p. 702-706.
123. Chaouachi, K., A critique of the WHO TobReg's" Advisory Note" report entitled:" Waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators". *Journal of Negative Results in Biomedicine*, 2006. 5(1): p. 17.
124. Akl, E.A., et al., The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *International journal of epidemiology*, 2010. 39(3): p. 834-857.
125. Boffetta, P. and K. Straif, Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. *Bmj*, 2009. 339: p. b3060.

126. Law, M.R., J. Morris, and N.J. Wald, Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *Bmj*, 1997. 315(7114): p. 973-980.
127. Raupach, T., et al., Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *European Heart Journal*, 2006. 27(4): p. 386-392.
128. Steenland, K., Risk assessment for heart disease and workplace ETS exposure among nonsmokers. *Environmental health perspectives*, 1999. 107(Suppl 6): p. 859.
129. Network, S.I.G., Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease: a national clinical guideline. 2007. 2007.
130. Cancer, I.A.f.R.o., IARC handbooks of cancer prevention. Vol. 10. 2005: IARC.
131. Critchley, J.A. and S. Capewell, Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *The Cochrane Library*, 2003.
132. Chow, C.K., et al., Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*, 2010. 121(6): p. 750-758.
133. Anthonisen, N.R., et al., The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Annals of internal medicine*, 2005. 142(4): p. 233-239.
134. Rice, V.H., et al., Social context variables as predictors of smoking cessation. *Tobacco control*, 1996. 5(4): p. 280-285.
135. Özşahin, K., et al., Sigara bırakma üzerinde etkili faktörler: aile hekimliği poliklinik hastaları üzerinde bir çalışma. *TAF Prev Med Bull*, 2007. 6(3): p. 181-186.
136. Rees, W.D. and S.G. Lutkins, Mortality of bereavement. *British Medical Journal*, 1967. 4(5570): p. 13.
137. Altunbaş, G. and M. Aksoy, Akut koroner sendromlu hastalarda tanıdan tedaviye aile desteğinin önemi. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 2015. 43(4): p. 15-17.

138. Vogiatzis, I., et al., Factors affecting smoking resumption after acute coronary syndromes. *Hellenic J Cardiol*, 2010. 51(4): p. 294-300.
139. Attebring, M.F., et al., Smoking habits and predictors of continued smoking in patients with acute coronary syndromes. *Journal of advanced nursing*, 2004. 46(6): p. 614-623.
140. Sonmez, C.I., et al., Comparison of smoking habits, knowledge, attitudes and tobacco control interventions between primary care physicians and nurses. *Tobacco induced diseases*, 2015. 13(1): p. 37.
141. Kurcer, M.A. and A. Ozbay, Effects of patient education and counseling about life style on quality of life in patients with coronary artery disease/Koroner arter hastalarinda uygulanan yasam tarzi egitim ve danismanliginin yasam kalitesine etkisi. *The Anatolian Journal of Cardiology (Anadolu Kardiyoloji Dergisi)*, 2011. 11(2): p. 107-114.
142. Babaei, G., M. Keshavarz, and A.H.M. Shayegan, Effect of a health education program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Acta Medica Iranica*, 2007. 45(1): p. 69-75.
143. Hatsukami, D.K., L.F. Stead, and P.C. Gupta, Tobacco addiction. *The Lancet*, 2008. 371(9629): p. 2027-2038.
144. Stead, L.F., R. Perera, and T. Lancaster, Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane Library*, 2006.

EKLER

EK 1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1.Günde ne kadar sigara içiyorsunuz ?

En çok 10 tane (0 puan)

11-20 tane (1 puan)

21-30 tane (2 puan)

31 tane ve fazlası (3 puan)

2.Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir ?

En çok 5 dakika (3 puan)

6-30 dakika (2 puan)

31-60 dakika (1 puan)

60 dakikadan fazla (0 puan)

3.Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz ?

Evet (1 puan)

Hayır (0 puan)

4.En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir ?

Günün ilk sigarası (1 puan)

Diğer herhangi biri (0 puan)

5.Sigarayı uyandıktan sonra ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

Evet (1 puan)

Hayır (0 puan)

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

Evet (1 puan)

Hayır (0 puan)

EK 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli katılımcı;

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'ne akut koroner sendrom tanısı ile yatan aktif sigara kullanan hastaların taburculuk sonrası sigara bırakma durumlarını ve kullanmaya devam eden hastalarda bu duruma etki eden nedenleri saptamak amacıyla bir çalışma yürütmekteyiz.

Bu anketten elde edilecek verilerin sonuçları ile, akut koroner sendrom yaşayan hastaların sigara bırakma veya devam durumları saptanarak yatış aşamasında başlayan ve aile hekimine uzanan, gerektiğinde Sigara Bırakma Merkezlerinin de katıldığı bir müdahale programının alt yapısını oluşturarak, Kardiyoloji, Aile Hekimleri ve Sigara Bırakma Merkezleri arasında iletişimi sağlayabilecek bir model tasarlamak amaçlanmaktadır.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'ne akut koroner sendrom tanısı ile yatışı yapılan aktif sigara kullanıcı olan tüm hastalar çalışmaya dahil edilecektir. **Anketi doldurmak yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Anketi doldurmanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizi gösterir.** Araştırmaya katılmak gönüllük esasına dayanır katılıp katılmamakta özgürsünüz.Taburculuk sonrası 1., 3. ve 6. aylarda Dr. Aybüke DEMİR ALSANCAK tarafından aranacaksınız. Telefon vizitlerinde sigara içme davranışınız ,doktor başvurularınız ve tekrar hastalık geçirme durumunuz sorgulanacaktır. Araştırmada kullanılacak olan laboratuvar tetkikleri daha önce yapılmış olan tetkiklerinizden elde edilecektir . Bu çalışma için herhangi bir biyolojik materyal talep edilmemektedir.

Yanıtlarınızın gizliliği korunacak ve bireysel yanıtlarınız kimseyle paylaşılmayacaktır. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve kimse ile paylaşılmayacaktır.

Uygulanan ankette sosyodemografik özellikleriniz, sigara içme davranışınıza yönelik sorular, ilaç kullanım durumunuz ve hastalığınızla ilgili sorular bulunmaktadır . Sizlerden istenilen her soruyu dikkatlice sizin için uygun olan cevabı vermenizdir. **Lütfen her soruyu yanıtlayınız.** Yanıtlarınız konuyla ilgili sorunların saptanmasına ve çözüm üretilmesine katkı sağlayacaktır.

Gönüllünün araştırma hakkında, kendi hakları hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için 24 saat

erişebileceği telefon numaraları Dr Aybüke DEMİR ALSANCAK “0-505-750-25-34” “0-312-50848-04” ‘tür.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum, söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Adı Soyadı

Araştırmacı Adı Soyadı

Gönüllü İmzası /Tarih

Araştırmacı İmzası /Tarih

“Anket sorularını cevaplamaya ayırdığınız zaman ve ilginiz için teşekkür ederiz.”

EK 3. Hasta Anket Formu

TARİH:

DOSYA NO:

1) HASTANIN ADI-SOYADI:

2) TEL NO 1:

TEL NO 2:

E-MAİL:

3) YAŞADIĞI YER:

4) YAŞ:

5) CİNSİYET:

6) MEDENİ DURUMU: Evli () Bekar () Dul ()

7) EĞİTİM DÜZEYİ: Okur yazar değil ()

Okur yazar ()

İlkokul ()

Ortaokul ()

Lise()

Yüksekokul-üniversite ()

8) AYLIK ORTALAMA HANE GELİRİ:

9) MESLEĞİNİZ: Ev hanımı () İşçi () Esnaf () Emekli ()

Hukuk() Sağlık () Teknik () Memur ()

Emniyet () Eğitim () Serbest meslek () Diğer ().....

10) GELİŞ ŞİKAYETİ:.....

11) AĞRININ KAÇINCI SAATİNDE HASTANEYE

BAŞVURDU?.....

12) KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRÜ:

a) Sigara.....

b) Diyabetes Mellitus.....

c) Hipertansiyon.....

d) Dislipidemi.....

e) Aile Hikayesi.....

f) Sedanter Yaşam.....

h)Alkol/madde kullanımı.....

13)SİGARA İLE İLİŞKİLİ EK HASTALIKLAR

a)KOAİ.....

b)Periferik Arter Hastalığı.....

c)SVO öyküsü.....

d)Malignite öyküsü.....

14)Daha önce KVH nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu?

Evet () Hayır ()

AKS ÖYKÜSÜ () KAG () STENT () CABG ()

15)Daha önce antidepresan / sedatif ilaç aldınız mı?

Evet () Hayır ()

16) Halen devam ediyor musunuz? Evet () Hayır ()

SİGARA İÇME DAVRANIŞI

17) Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

18) Günde kaç tane sigara içiyorsunuz?

<10 () 10-20 () 21-30 () >30 ()

Daha önce günde kaç tane içiyordunuz ?

<10 () 10-20 () 21-30 () >30 ()

19) Kaç yaşında sigara kullanmaya başladınız?

.....PAKET /YIL

20)Hiç sigarayı bırakmayı denediniz mi? Evet () Hayır ()

21) En uzun bıraktığınız süre ne kadar?.....

22) Hiç sigara bırakma programına katıldınız mı?

Evet () PSİKOLOJİK DESTEK () NRT () İLAÇ ()

Hayır ()

23)Evde sigara içen var mı?

Evet () Hayır ()

24) İçen kişiyle yakınlık dereceniz ?

25) Ev içinde mi içiliyor/ ev dışında mı? () İçinde ()Dışında

26) Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz? ()Evet ()Hayır

27) Sigara bırakma polikliniğimiz olduğuna duymuş muydunuz?

()Evet ()Hayır

28)Sigara bırakma polikliniğimizden destek almak ister misiniz?

()Evet ()Hayır

MOTİVASYONEL DURUM

29)Daha önce sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?

()Denedim, ama ciddi denemedim

()Çok ciddi denedim

()Denemedim

30) Sigaranın sağlığını etkilediğini düşünüyor musunuz?

()Çok ciddi etkilediğini düşünüyorum

()Hafif etkilediğini düşünüyorum

()Etkilediğini düşünmüyorum

31) Sigara kullanımınızın şu anki hastalığınıza etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?

()Düşünüyorum

()Düşünmüyorum

()Etkili olabilir

32) Sigarayı bırakmanız ileride kalp problemlerinizi azaltmada etkili olabilir mi? () Evet

() Hayır

() Olabilir

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1.Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

a. İlk 5 dakika içinde (3 puan)

b. 6-30 dakika içinde (2 puan)

c. 31-60 dakika içinde (1 puan)

d. 1 saatten sonra (0 puan)

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?

- a. Evet (1 puan)
b. Hayır (0 puan)
3. Günüň hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
a. Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
a. 31 ve daha fazla (3 puan)
b. 21-30 adet (2 puan)
c. 11-20 adet (1 puan)
d. 10 ve daha az (0 puan)
5. Sabahları günüň diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?
a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)

HASTAYA YAPILAN İŞLEMLER VE SONUÇLAR

1)LAB:

Hb: HTC: MCV: MPW: RDW: PLT: WBC:
BUN: CR: NA+: K+: ALT: AST:
HBA1C: CK: CK-MB: TROPONİN: CA:
ALBUMİN: T. KOL: LDL: HDL: TG:
VENTRİKÜL EF: PAB:

2)KULLANDIĞI İLAÇLAR:

ACEİ..... ARB..... ASA.....
KLOPİDOGREL..... B BLOK..... STATİN.....
DİÜRETİK..... NİTRAT..... CCB.....
İNSÜLİN..... OAD.....
ANTİDEPRESAN..... DİĞER.....

3)BMI: BOY.....KİLO.....

4) İLK GELİŞ EKG ÖZELLİKLERİ:

() ST ELEVE

() T NEGATİFLİĞİ- ST DEPRESYONU

() NORMAL VEYA NON SPESİFİK ST-T DALGASI DEĞİŞİKLİKLERİ

5)KAG SONUCU:

RCA.....

LAD.....

CX.....

STENT TROMBOZU.....

NORMAL.....

6)OLGULARIN SON TANISI:

() ST ELEVE MI

() NSTEMİ

() USAP

7)KORONER MÜDAHALE OLARAK NE YAPILMIŞ?

() BALON ANJİYOPLASTİ

() BMS İMPLANTASYONU

() DES İMPLANTASYONU

() CABG

() MEDİKAL TEDAVİ

8)SKOR..... (GENSİNİ):

9)HASTANEDE KALIŞ SÜRESİ:

TABURCULUK SONRASI 1. AY

1)Tedavi olduğunuz yerde sigara bırakma ile ilgili bilgi verildi mi?

() Evet () Hayır

2)Kontrole gittiğiniz yerde sigara bırakma ile ilgili bilgi verildi mi?

() Evet () Hayır

3) Bu süre içerisinde hiç aile hekiminize başvurunuz oldu mu?

() Evet () Hayır

4) Aile hekiminiz sigarayı bırakmanız konusunda size bilgi/ tavsiye verdi mi?

() Evet () Hayır

5) Bu bilgi/ tavsiyelerin sigarayı bırakma konusunda etkisi oldu mu?

() Evet () Hayır

6) Sigara bırakma polikliniğine başvurduğunuz mu?

() Evet () Hayır

7) Hangi tedavi yöntemi uygulandı?

() Psikolojik destek () NRT () İLAÇ

8) Bu tedavi yönteminin sigarayı bırakmanıza etkisi oldu mu?

() Evet () Hayır

9) Hastalıktan sonra sigarayı bıraktınız mı?

() Evet () Hayır

10) Ne kadar süre içinde bıraktınız?.....

11) Halen sigara kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

12) Bıraktıktan sonra ilk sigarayı hangi olaydan sonra içtiniz?

.....

13) Bu süre zarfında sigara içmediğiniz süre ne kadar?.....

14) Günde kaç tane içiyorsunuz?.....

15) Evde aile fertleriniz sigara içiliyor mu?

() Evet () Hayır

16) Ev içinde mi/dışında mı içiliyor?

() İçinde () Dışında

17) Bu süre içinde herhangi bir kardiyovasküler hastalık nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu?

() Evet () Hayır

Hastalık:

18)Kullandığınız ilaçlar?

ACEİ..... ARB..... ASA..... KLOPIDOGREL.....
B BLOK..... STATİN..... DİÜRETİK..... NİTRAT.....
CCB..... İNSÜLİN..... OAD.....
ANTİDEPRESAN..... DİĞER.....

TABURCULUK SONRASI 3. AY

1)Tedavi olduğunuz yerde sigara bırakma ile ilgili bilgi verildi mi?

() Evet () Hayır

2)Kontrole gittiğiniz yerde sigara bırakma ile ilgili bilgi verildi mi?

() Evet () Hayır

3) Bu süre içerisinde hiç aile hekiminize başvurunuz oldu mu?

() Evet () Hayır

4)Aile hekiminiz sigarayı bırakmanız konusunda size bilgi/ tavsiye verdi mi?

() Evet () Hayır

5)Bu bilgi/ tavsiyelerin sigarayı bırakma konusunda etkisi oldu mu?

() Evet () Hayır

6)Sigara bırakma polikliniğine başvurduğunuz mu?

() Evet () Hayır

7)Hangi tedavi yöntemi uygulandı?

() Psikolojik destek () NRT () İLAÇ

8)Bu tedavi yönteminin sigarayı bırakmanıza etkisi oldu mu?

() Evet () Hayır

9)Hastalıktan sonra sigarayı bıraktınız mı?

() Evet () Hayır

10)Ne kadar süre içinde bıraktınız?.....

11)Halen sigara kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

13)Bıraktıktan sonra ilk sigarayı hangi olaydan sonra içtiniz?

.....

14)Bu süre zarfında sigara içmediğiniz süre ne kadar?.....

15)Günde kaç tane içiyorsunuz?.....

16)Evde aile fertleriniz sigara içiliyor mu?

() Evet ()Hayır

16)Ev içinde mi/dışında mı içiliyor?

() İçinde () Dışında

17)Bu süre içinde herhangi bir kardiyovasküler hastalık nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu?

() Evet ()Hayır

Hastalık:

18)Kullandığınız ilaçlar?

ACEİ..... ARB..... ASA.....

KLOPIDOGREL..... B BLOK..... STATİN.....

DİÜRETİK..... NİTRAT..... CCB.....

İNSÜLİN..... OAD.....

ANTİDEPRESAN..... DİĞER.....

TABURCULUK SONRASI 6. AY

1)Tedavi olduğunuz yerde sigara bırakma ile ilgili bilgi verildi mi?

() Evet ()Hayır

2)Kontrole gittiğiniz yerde sigara bırakma ile ilgili bilgi verildi mi?

() Evet ()Hayır

3) Bu süre içerisinde hiç aile hekiminize başvurunuz oldu mu?

() Evet ()Hayır

4)Aile hekiminiz sigarayı bırakmanız konusunda size bilgi/ tavsiye verdi mi?

() Evet ()Hayır

5)Bu bilgi/ tavsiyelerin sigarayı bırakma konusunda etkisi oldu mu?

() Evet ()Hayır

6)Sigara bırakma polikliniğine başvurduğunuz mu?

() Evet ()Hayır

7)Hangi tedavi yöntemi uygulandı?

() Psikolojik destek () NRT () İLAÇ

8)Bu tedavi yönteminin sigarayı bırakmanıza etkisi oldu mu?

() Evet ()Hayır

9)Hastalıktan sonra sigarayı bıraktınız mı?

() Evet ()Hayır

10) Ne kadar süre içinde bıraktınız?.....

11)Halen sigara kullanıyor musunuz?

() Evet ()Hayır

12)Bıraktıktan sonra ilk sigarayı hangi olaydan sonra içtiniz?

.....

13)Bu süre zarfında sigara içmediğiniz süre ne kadar?.....

14)Günde kaç tane içiyorsunuz?.....

15)Evde aile fertleriniz sigara içiliyor mu?

() Evet ()Hayır

16)Ev içinde mi/dışında mı içiliyor?

()İçinde () Dışında

17)Bu süre içinde herhangi bir kardiyovasküler hastalık nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu?

() Evet ()Hayır

Hastalık:

18)Kullandığınız ilaçlar?

ACEİ..... ARB..... ASA..... KLOPİDOGREL.....

B BLOK..... STATİN.....

DİÜRETİK..... NİTRAT..... CCB.....

İNSÜLİN..... OAD.....

ANTİDEPRESAN..... DİĞER.....

EK 4. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E.Kurul -E-15-460
Konu:

460-no'lu çalışma

Aile Hekimliği Kliniği'nden "Sigara içen ve akut koroner sendrom tanısı alan hastaların taburculuk sonrası sigara içme durumları ve sigara kullanmaya devam edenlerde etkileyen faktörlerin belirlenmesi" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

26.03.2015

Prof. Dr. Hürrem Bodur
Etik Kurul Başkanı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındag/Ankara
Tel: 0 (312) 508 5174

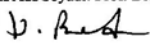
İrtibat; Etik Kurul TÇırakoglu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara için ve akut koroner sendrom tanısı alan hastaların taburculuk sonrası sigara içme durumları ve sigara kullanmaya devam edenlerde etkileyen faktörlerin belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Eğitim Merkezi Danışma Birimi B Blok -1.Kat Altındağ Ankara
	TELEFON	03125085174
	FAKS	3125084938
	E-POSTA	cirakogluten@hotmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. Tijen Şengezer			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ise belirtiniz : Tanımlayıcı çalışma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza: 

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 460/2015	Tarih: 25.03.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm. Dr. Tijen Şengezer sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr. Aybüke Demir Alsancak'ın tez çalışması olan "Sigara içen ve akut koroner sendrom tanısı alan hastaların taburculuk sonrası sigara içme durumları ve sigara kullanmaya devam edenlerde etkileyen faktörlerin belirlenmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilgili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast. ve Kl. Mikrobiyoloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Adil ERYILMAZ	Kulak Burun Boğaz	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahi	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU	Patoloji	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Altuğ TUNCEL	Üroloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Betül BOZKURT	Genel Cerrahi	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Doğan UNCU	Tıbbi Onkoloji	Ankara Numune EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Dr. Ecz. Dilek ATABEY	Eczacılık	Ankara Numune EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Mufla Yard. M. Münip ŞALLIOĞLU	İlahiyat	Ankara İl Muftuluğu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma