

Gülbahar DARILMAZ YÜCE¹
Serap DURU²
Sevinç SARINÇ ULAŞLI³
Sadık ARDIÇ²



ARAŞTIRMA

SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİNİN 65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDAKİ ETKİNLİĞİ

Öz

Giriş: Bu çalışmada, sigara bırakma polikliniğimize başvuran 65 yaş ve üzerindeki hastaların demografik özellikleri, bırakma nedenlerinin tedaviye yanıt üzerindeki etkileri, başarı oranlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Sigara bırakma polikliniğimizde bir yıllık düzenli takipleri yapılan 65 yaş ve üzerindeki 72 hastanın (kadın/erkek: 18/54) demografik verileri, tedaviye yanıtları ve başarı oranları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 67.3±2.76 yıl, ortalama içilen sigara miktarı 49.8±25.7 paket-yıl olarak bulundu. Erkek ve kadın hastaların sigara içme süreleri (p=0.01) ve sigaraya başlama yaşları (p<0.001), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi sonuçları (p=0.004) arasında anlamlı farklılık saptandı. Bir yıllık takipler sonucunda sigara bırakma başarı oranımız % 50 iken uygulanan tedavi yöntemleri arasında anlamlı fark bulunamadı (p=0.85). Ayrıca sigarayı bırakan ve bırakmayan hastalar arasında cinsiyet, sigara bırakma yaşı, sigara içme süresi, başvuru nedenleri, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve hastane anksiyete ve depresyon ölçekleri arasında farklılık saptanmadı (p>0.05).

Sonuç: Sigara bırakma tedavisi 65 yaş ve üzeri hastalarda genç yetişkinler kadar önemlidir. Çalışmamızda bu yaş grubundaki hastaların sigarayı bırakmada istekli ve başarılı oldukları görüldü.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı; Sigara İçme; Sigarayı Bırakma; Tedavi.



RESEARCH

EFFECTIVENESS OF SMOKING CESSATION TREATMENT IN PATIENTS AGE 65 AND OLDER

ABSTRACT

Introduction: We aimed to evaluate the demographic data of patients aged 65 years and older admitted to our smoking cessation outpatient clinic, and determine the effects of smoking cessation reasons on treatment outcomes and success rates.

Materials and Method: Demographic data, smoking cessation treatment outcomes and success rates of 64 (female/male: 16/48) patients aged 65 years and older followed in our smoking cessation outpatient clinic regularly for one year were evaluated retrospectively.

Results: The mean age of patients was 67.42±2.8 years, and the mean pack years was 51.03±26.86. Significant differences were found between female and male patients in terms of duration of smoking (p=0.008), age of smoking initiation (p=0.001), and Fagerstrom Nicotine Dependence Test results (p=0.01). Smoking cessation success rate was 50% at one year and no significant differences were found among treatment modalities in terms of smoking cessation rates (p=0.37). Furthermore, there were no significant differences between smokers and ex-smokers in terms of gender, age of smoking cessation, duration of smoking, admission reasons, Fagerstrom Nicotine Dependence Test and hospital anxiety and depression scales (p>0.05).

Conclusion: Smoking cessation treatment is crucial for patients aged 65 years and older as it is for younger patients. In our study, elder patients showed enthusiasm for smoking cessation with high success rates.

Key Words: Aged; Smoking; Smoking Cessation; Treatment.

İletişim (Correspondance)

Gülbahar DARILMAZ YÜCE
S.B. Etlik İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi
Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniği ANKARA

Tlf: 0312 567 20 00
e-posta: yucegulbahar@yahoo.com.tr

Geliş Tarihi: 02/06/2012
(Received)

Kabul Tarihi: 12/12/2012
(Accepted)

¹ S.B. Etlik İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniği ANKARA
² S.B. Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniği ANKARA
³ Afyon Kocatepe Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı AFYON



GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre günümüzde 650 milyon olan 65 yaş ve üzeri nüfusun 2025 yılında 1.2 milyona çıkması beklenmektedir (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2011 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre de ülkemiz nüfusunun %7.3'ünün 65 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür (2). Dünya nüfusunun 1.2 milyardan fazlası düzenli olarak tütün ve tütün ürünlerini kullanmaktadır (3). Bu şekilde devam ederse sigara içme prevalansının tüm dünya genelinde 2030 yılına gelindiğinde %22 olması beklenmektedir (4). Bu nedenle sigaranın bırakılması günümüzde hekimlerin en önemli hedefi haline gelmiştir. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri tütün ve tütün ürünleri kullanma oranı erkeklerde %17.9, kadınlarda ise %2.6'dır (5).

Genellikle 65 yaş ve üzeri hastalar sigarayı bırakması konusunda teşvik edilmemektedir. Ancak unutulmamalıdır ki sigara içimi yaşlı insanlardaki ana ölüm nedenlerinin önemli risk faktörlerinden birisidir (6).

Sigara içimi, 65 yaş ve üzeri yetişkinlerde başta akciğerde olmak üzere kansellere (baş, boyun, gastrointestinal, genitouriner ve lenfatik), serebrovasküler, kardiyovasküler hastalıklara, osteoporoz, malign olmayan üst solunum yolu ve akciğer hastalıklarına [kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), pulmoner fibrozis, pulmoner hipertansiyon, pulmoner tromboemboli], cilt kırışıklıklarına neden olmaktadır. Sigaranın bırakılması ile 65 yaş ve üzeri hastalarda kardiyovasküler hastalık, felç, akciğer kanseri ve KOAH riskinin azalma gösterdiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (7). Ek olarak sigara içimi immün sistemdeki lenfositlerin yaşam süresini kısaltmaktadır (8). Bu durum yaşlı nüfusun sigara içmeye devam etmesi durumunda enfeksiyonlara da daha açık olmalarına yol açmaktadır.

Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri hastalarda sigaraya başlama ve bırakma nedenlerini, sigara içme oranlarını, sigara bırakma tedavilerinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve bu yaş grubunda sigara bırakmanın önemini vurgulanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Retrospektif olarak planlanan bu çalışmaya Mart 2010-Aralık 2011 tarihleri arasında Etlik İhtisas ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde sigara bırakma polikliniklerine başvuran ve bir yıllık düzenli takipleri yapılan 65 yaş ve üzeri 72 (kadın/erkek:18/54) hasta dahil edildi. Hasta verilerinin kullanılabilmesi için etik kurul

onayı alındı. İlk başvuruda hastalardan dosyalarındaki bilgilerin kullanılabilmesi için bilgilendirilmiş onamları alındı. Geriye dönük olarak dosya takipleri yapılan hastaların ilk görüşmede öyküleri alınarak, biyokimyasal tetkikleri, postero-anterior akciğer grafileri, solunum fonksiyon testleri [1.saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm/zorlu vital kapasite (FEV1/FVC, %)], ekspirasyon havasında CO (ppm) düzeyleri, elektrokardiyografi ve ekokardiyografileri değerlendirildi. Hastalar ilk ay haftada bir, ikinci ay 15 günde bir, daha sonraki ayda bir ve iki ayda bir olmak üzere bir yıl süre ile takip edildi. Hastalar sigaranın zararları, nikotin yoksunluk belirtileri hakkında uyarılarak, bağımlılık derecesine göre uygulanacak tedavi yöntemleri anlatıldı. Hastalar ile randevu günlerinde yüz yüze görüşülerek sigara içip içmedikleri, yoksunluk belirtileri ve sigara içme isteği olup olmadığı sorgulandı. Randevu tarihleri dışında telefon desteği verildi. Nikotinin fiziksel bağımlılığını ölçmek için 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulandı (9). FNBT indeki sorulara verilen cevaplara göre 6 ve üzeri puanlar "güçlü bağımlılık" belirtisi olarak kabul edildi. Anksiyete ve depresyon ölçeği olarak ülkemize uyarlanmış ve 14 sorudan oluşan Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) (10) kullanıldı. Ölçek, HADÖ-A (Anksiyete, 7 soru) ve HADÖ-D (Depresyon) olarak en yüksek 21 puan verilebilen alt bölümler içermekteydi. Her bir alt bölümde 0-7 arasındaki puanlar "normal", 8-10 puanlar "sınırdan" olarak değerlendirilirken, 11 ve üzerindeki puanlar anlamlı bir psikolojik morbidite olarak kabul edildi.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinde puanlandırma yapılarak 6 ve üzeri puan alan hastalara farmakolojik tedavi başlandı. Farmakolojik tedavi olarak nikotin replasman tedavisi [NRT, transdermal nikotin bantları, günde bir paketten fazla sigara içenlerde 21 mg/gün (4 hafta), 14 mg/gün (2 hafta), 7 mg/gün (2 hafta) olarak, bir paketten az içenlerde 7-14 mg/gün dozunda başlanarak 8-12 haftada azaltılarak kesildi], Bupropion (sigara bırakılmadan önce ilk üç gün 150 mg/gün, 4.günden itibaren 300mg/gün dozunda 8 hafta, ilk 7-14.günler arası hedef sigara bırakma günü belirlenerek) ve Vareniklin (1-3. günler arasında 0.5 mg/gün, 4-7.günler 1 mg/gün, 2-12. haftalar arası 2 mg/gün) verildi. Hastalar ilaçların olası yan etkileri konusunda bilgilendirilerek, NRT sırasında sigara içmemeleri konusunda uyarıldı. Ek olarak hastalara davranış tedavisi de verildi.

Davranış tedavisinde; en az 30 dakikalık başlangıç görüşmesi, takiplerde de 10 dakikadan daha az olmamak üzere tekrarlanan 2 görüşme olarak tanımlanan motivasyonel destek programı uygulandı. Ekspirasyon havasında CO ölçümleri pi-CO smokerlyzer cihazı (Bedfont Scientific Ltd.) ile yapıldı.



Düzenli aralıklar ile takibe alınan olguların bir yıl süresince sigara içmediklerini belirtmeleri, kontrollerde CO ölçümlerinin 0-3 ppm arasında olması "başarı", günde 1 adet sigara içmiş olmaları "relaps" olarak kabul edildi.

Çalışmaya Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak sigara bırakma polikliniğimizde tedaviyi kabul eden, gönüllü olur formunu imzalayan ve düzenli takipleri yapılan hastalar alındı.

İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel veriler SPSS programı (SPSS version 16.0; SPSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanılarak değerlendirildi. Değerler, ortalama \pm standart sapma (SS) ve % olarak ifade edildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Grupların karşılaştırılmasında t-testi ve ki kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Hastaların demografik özellikleri, FEV1/FVC (%) oranı, HFBNT, HADÖ ve ilk muayenede ekspiryum havasındaki CO ölçüm sonuçları Tablo 1'de gösterildi.

Çalışmaya dahil edilen 72 hastanın 18'i (%25) kadın, 54'ü (%75) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 67.3 ± 2.76 yıl idi. Ek hastalık olarak en fazla KOAH (%32) ve hipertansiyon (%23.6) saptandı. Saptanan diğer ek hastalıklar ise; diyabet (%1.2), koroner arter hastalığı (%0.9), astım (%6.2), serebrovasküler hastalık (%3.1), kronik böbrek yetmezliği (%1.4), akciğer kanseri (%1.4), periferik vasküler hastalık (%1.4), peptik ülser (%2.8) idi. Ortalama sigara içme süresi 49.8 ± 25.7 paket/yıl iken kadın hastalarda sigara içme süresi 39.3 ± 17.3 paket-yıl, sigaraya başlama yaşının 26.3 ± 4.8 olduğu görüldü. Erkek hastalarda sigara içme süresi 53.3 ± 27.2 paket-yıl, başlama yaşı ise 21.03 ± 3.7 olarak saptandı. Erkek ve kadın hastaların sigara içme süreleri ($p=0.01$) ve başlama yaşları arasında ($p < 0.001$) anlamlı farklılık saptandı. Sigaraya başlama nedenleri en sık olarak merak (%43) ve özentisi (%36) iken, kendini ispatlama isteği (%8.3), stres ve sıkıntı (%6.9) ve çevre baskısı (%5.6) diğer nedenler arasındaydı. Hastaların 40 (%55.6)'ının evli, 32 (%44.4)'sinin evli olmadığı öğrenildi.

Eğitim durumu açısından hastaların 1'i (%1.4) okur-yazar değil, 31'i (%43) ilköğretim, 37'si (%51.4) lise, 3'ü (%4.2) ise üniversite mezunuydu. Eğitim durumuna göre sigara bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı ($p=0.19$).

Hastaların sigara bırakmayı isteme nedenleri incelendiğinde 24 (%33) hastanın mevcut hastalıkları nedeniyle, 25 (%34.7) hastanın hastalanma korkusu nedeniyle, 13 (%18.1) hastanın çevreye zarar verme, 5 (%6.9) hastanın doktor önerisiyle,

3 (%4.2) hastanın ekonomik nedenler ile ve 2 (%2.8) hastanın yakınlarının baskısıyla olduğu görüldü. Ortalama FBNT sonucu 6.18 ± 1.77 olarak saptandı.

Kadın ve erkek hastaların FBNT sonuçları arasında anlamlı farklılık mevcutken ($p=0.004$) depresyon ölçekleri ($p=0.18$) ve anksiyete ölçekleri ($p=0.14$) arasında farklılık görülmedi. Ayrıca hastalarda psikolojik morbidite saptanmadı. İlk muayenede kadın (7.7 ± 3.59 ppm) ve erkek (9.3 ± 4.1 ppm) hastalar arasında ortalama CO düzeyleri arasında farklılık yoktu ($p=0.15$).

Tablo 2'de sigarayı bırakan ve bırakmayan hastalar arasındaki farklılıklar gösterildi. Sigara bırakma polikliniğimizde bir yıllık takipler sonucunda 36 (Kadın/erkek=11/25) hastanın sigarayı bıraktığı saptandı. Bu hastalardan 31'inin (%43.1) kendi isteğiyle gelen, 3'ünün (%4.2) toplum baskısı ile gelen, 2'sinin (%2.8) ise doktor önerisi ile gelen hastalar olduğu belirlendi. Sigarayı bırakan ve bırakmayan hastalarda cinsiyet, FNBT, HADÖ, tedavi şekli arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Yoksunluk belirtisi olarak; sinirlilik ($n=24$), huzursuzluk ($n=22$), konsantrasyon bozukluğu ($n=33$), endişe ($n=14$), yorgunluk ($n=10$), depresif durum ($n=12$), iştah artışı-kilo alma ($n=39$), titreme ($n=11$), ağız yarası ($n=11$), konstipasyon ($n=20$) ve uykuya eğilim ($n=3$) gözlemlendi. Ağız yarası ($p < 0.001$) sıklıkla davranış tedavisi alan hastalarda gözlemlendi. Konsantrasyon bozukluğu, NRT ve NRT+ bupropion alan hastalarda daha az sıklıkta izlendi ($p=0.01$). Diğer yoksunluk belirtileri açısından tedavi grupları arasında farklılık saptanmadı.

Tedavi yöntemlerine göre gözlenen en sık yan etkiler; NRT'de baş ağrısı ve cilt irritasyonu, Bupropion'da uykusuzluk ve ağız kuruluğu, Vareniklin'de anormal rüya, bulantı ve uykusuzluk idi. Uykusuzluk ($p < 0.001$), baş ağrısı ($p=0.001$) ve bulantı ($p=0.002$) en sık olarak Vareniklin kullanımında görülürken, ağız kuruluğu ($p < 0.001$), hipertansiyon ($p=0.005$) ve periferik nöropati ($p=0.002$) en sık olarak Bupropion kullanımında görüldü.

TARTIŞMA

Sigara içimi kronik bir hastalıktır ve etkili tedavileri bulunmamaktadır (11). Günümüzde sigara en önemli önlenilebilir ölüm nedenidir (12). Sigaranın bırakılması tüm yaş gruplarında olduğu gibi 65 yaş ve üzeri yetişkinlerde de topluma getirdiği hastalık ve maliyet yükü açısından önemlidir.

Önceden var olan pulmoner ve kardiyovasküler hastalıkların sigara bırakma oranını arttırdığı bilinmektedir. Çalışma-



Tablo 1— Sigara Bırakma Polikliniğinde Takip Edilen Hastaların Demografik Verileri ve Sigara ile İlgili Değişkenler

Değişkenler	Hastalar (n=72,%)	p
Yaş (yıl)	67.3±2.76	
Kadın/Erkek	18/54	
Sigara başlama yaşı (yıl)	22.3±4.6	<0.001
Kadın	26.3±4.8	
Erkek	21.03±3.7	
Medeni durum		
Evli	40 (55.6)	
Evli olmayan	32 (44.4)	
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	1 (1.4)	
İlköğretim	31 (43)	
Lise	37 (51.4)	
Üniversite	3 (4.2)	
Sigara içme süresi (paket-yıl)	49.8±25.7	0.01
Kadın	39.3±17.3	
Erkek	53.3±27.2	
FEV1/FVC (%)	75.2± 8.17	
Fagerström Nikotin Bağımlılık Skoru	6.18±1.77	0.004
Kadın	5.05±1.7	
Erkek	6.5±1.56	
Hasta anksiyete-depresyon ölçeği		
Depresyon ölçeği	6.6±4.1	0.18
Kadın	7.7±4.5	
Erkek	6.2±3.9	
Anksiyete ölçeği	7.1±3.5	0.14
Kadın	8.16±2.9	
Erkek	6.7±3.7	
İlk muayenede ekspirasyon havasındaki CO düzeyi (ppm)	8.9±4	
Kadın	7.7±3.59	0.15
Erkek	9.3±4.1	

mızda 65 yaş ve üzeri hastalarda en fazla KOAH ve hipertansiyon ek hastalıklar olarak saptandı. Hastaların nefes darlığının olması ve ilerleyeceğini düşünmeleri sigarayı bırakmaları için önemli bir neden olmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda, çevreye zarar vermek istemiyorum düşüncesi 65 yaş ve üzeri yetişkinler için sigara bırakma isteğinde önemli nedenlerden birisi olarak görülmektedir (13). Sigara bırakma polikliniğine genç yaşlarda en önemli başvuru nedeni gelecekte hastalanma korkusu olmasına karşın hastalarımızda var olan hastalıkları ve çevreye zarar verme düşüncesi en fazla görülen nedenlerdir (14).

Sigara bırakma başarısı açısından cinsiyet farklılığı olmadığını gösteren çalışmalara (15,16) karşın 65 yaş ve üzeri er-

Tablo 2— Sigarayı Bırakan ve Bırakmayan Hastalardaki Değişkenler

Değişkenler	Sigarayı Bırakan Hastalar (n=36,%)	Sigarayı Bırakmayan Hastalar (n=36,%)	p
Cinsiyet			
Kadın	11 (15.3)	7 (9.7)	
Erkek	25 (34.7)	29 (40.3)	0.27
Sigara başlama yaşı	22.9±4.7	21.7±4.4	0.26
Sigara içim süresi (yıl)	43.3±6.2	45.5±8.2	0.21
Sigara paket yıl	46.5±22.1	53.2±28.8	0.27
Sigarayı bırakma polikliniğine başvuru nedeni			
Kendi isteğiyle	31 (43.1)	33 (45.8)	0.11
Doktor önerisi	2 (2.8)	3 (4.2)	
Toplum baskısı	3 (4.2)	0 (0)	
Medeni durum			
Evli	19 (26.4)	21 (29.2)	0.63
Evli değil	17 (23.6)	15 (20.8)	
Fagerström Nikotin	6.2±1.8	6.05±1.52	0.68
Bağımlılık Testi			
Hastane anksiyete depresyon ölçeği			
Depresyon ölçeği	7.4±4.9	5.8±3.1	0.12
Anksiyete ölçeği	7.5±3.5	6.6±3.6	0.28
Tedavi şekli			
Davranış	5 (6.9)	7 (9.7)	0.85
NRT+davranış	10 (13.9)	8 (11.1)	
Bupropion+ davranış	6 (8.3)	7 (9.7)	
Vareniklin+davranış	11 (15.3)	12 (16.7)	
Bupropion+NRT+davranış	4 (5.6)	2 (2.8)	

keklerde sigara bırakma başarısının 3 kat daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (13). Çalışmamızda sigara bırakma başarısı açısından her iki cinsiyet arasında farklılık saptanmadı. Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların sigaraya başlama yaşı erkek hastalarda 21.03±3.7, kadın hastalarda 26.3±4.8 idi. Literatür ile uyumlu olarak çalışmamızda da erkek hastaların daha erken yaşlarda sigaraya başladığı ve daha yüksek oranda (paket/yıl) sigara içtikleri saptandı (17). Fagerström ve arkadaşlarının (18) FNBT skorunun tedavi başarısıyla ilişkili olduğunu belirtmelerine karşın çalışmamızda FNBT skorunun sigara bırakma başarısına etkisi olmadığı görüldü. Sigara içim süresi ile sigara bırakma başarısı arasında da anlamlı farklılık yoktu.

Hastaların FNBT skoru ve sigara içme süresi ne kadar yüksek olursa olsun bırakma başarısının sağlanabileceği inancıyla gereken davranışsal ve farmakolojik destek sağlanmalıdır. Bu şekilde bir yaklaşım bağımlılığı yüksek hastalarda da



başarı oranlarını arttırmaktadır. Lise ve üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda en sık sigaraya başlama nedenlerinin özenti ve merak olduğu görülmüştür (14,19). Çalışmamızda da hastalarımızın sigaraya genç yaşlarda başladıkları ve başlama nedenlerinin merak ve özenti olduğu saptandı.

Öğrenim durumu arttıkça sigara bırakma başarısının arttığını, öğrenim durumu azaldıkça bırakma başarısının azaldığını destekleyen çalışmalara (20) karşın çalışmamızda eğitim durumu ile sigara bırakma başarısı arasında bir ilişki bulunamadı. Bu durum sigara bırakma polikliniğimize gelen hastaların sigaranın zararları konusunda bilinçlendirilmesi ve sigara bırakma için davranış tedavisi almaları ile ilgili olabilir. Bir çalışmada sigara bırakma oranları evli olanlarda %23.3, evlenmemiş olanlarda ise %18.3 bulunmuştur (20). Bizim çalışmamızda ise evli olmak ile sigara bırakma başarısı arasında bir ilişki saptanmadı. Takiplerimiz sırasında hiçbir hastamızda ciddi mortalite ve morbiditeye yol açabilecek yan etki görülmedi. Bu durum 65 yaş üzerindeki hastalarımızın da uygun farmakolojik destek tedavisi alabileceklerini göstermektedir. Çalışmamızda Vareniklin kullanımında en sık olarak anormal rüya, bulantı ve uykusuzluk gözlenmesi literatür ile uyumlu bulunmuştur. Garrison ve arkadaşlarının (21) meta-analizindeki bulantı, uykusuzluk ve başağrısı oranları ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hipertansiyon sadece Bupropion tedavisi sırasında gözlemlendi. Vareniklin ve NRT kullanımı sırasında hastalarda kardiyak hastalık semptomları görülmedi. Nikotin kardiyak etkileri olduğu bilinmektedir. Fakat yapılan çalışmalarda kalp hastalarında nikotin bantlarının kullanılması ile kardiyak komplikasyon riskinde artış olmadığı, üstelik nikotin bantlarının sigara içimine göre daha az zararlı olduğu bildirilmiştir (22). Nikotin farmakodinamikleri gençlerde ve sağlıklı yaşlılarda farklı değildir (23).

Bu nedenle nikotin replasman tedavisi gençlerde olduğu kadar yaşlılarda da sigara bırakma tedavisinde güvenle kullanılabilir. Yoksunluk belirtileri sigara bırakma başarısını azaltan en önemli nedenlerdendir. Bizim çalışmamızda da konsantrasyon bozukluğu, sinirlilik ve huzursuzluk en sık olarak görülen yoksunluk belirtileriydi. Çalışmamızda tedavi yöntemleri arasında sigara bırakma etkinliği açısından farklılık görülmedi. Birçok çalışmanın metaanalizi olan bir yayında Vareniklin ile tedavide Bupropion ve NRT ile tedaviye göre daha başarılı olduğu belirtilmektedir (24). Altmış sekiz yaş ve üzeri hastalarda yapılan bir çalışmada farmakoterapi ile sigara bırakma başarısının 4 kat arttığı saptanmıştır (13). Destek tedavisi ile farmakolojik tedavinin birlikte uygulanmasının da başarıyı arttırdığı gösterilmiştir. Farmakoterapi ve davranış tedavisinin birlikte uygulandığı çalışmalarda 1

yıllık sigara bırakma oranları %25-30 olarak saptanmıştır (11). Literatürde ülkemizde 65 yaş ve üzeri hastalarda sigara bırakma tedavisi sonuçları ile ilgili kapsamlı veriye ulaşılamamıştır. Çalışmamızda bir yıllık sigara bırakma başarı sıklığı %50 olarak saptanmıştır. Gereken farmakolojik ve davranışsal desteğin verilmesi, düzenli aralıklar ile takiplerin yapılması, hastaların sigara bırakma polikliniğine kendi istekleri ile başvurmaları (%43.1), HADÖ'ye göre hastalarımızda psikolojik morbiditenin olmaması başarı yüzdesini arttırmıştır. Sağlıklı bir yaşlanma süreci için her yaş grubunda sigaranın bırakılması çok önemlidir. Yaşlılık insan yaşamının doğal seyri içinde bir dönemdir. Yaşlanan organizmada çeşitli fizyolojik değişiklikler ve bazı patolojik durumlar ortaya çıkar. Tütün kullanımı ise hem fizyolojik hem de patolojik değişikliklerin oluşmasını hızlandırmaktadır. Yaşlılardaki ilk 10 ölüm nedeni olan hastalıkların doğrudan veya dolaylı olarak sigara içimi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (25). Sigara içimi sağlıklı yaşlanma sürecini ve yaşlı sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Uzun yıllar sigara içicisi olan bireylerin %50'si sigara ile ilişkili hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Fakat sigara içimi bırakıldığı takdirde her yaş grubunda hastalık riskinde azalma olmaktadır.

On yıllık süreçte akciğer kanseri riski hiç içmeyen popülasyona yaklaşmakta, bu risk azalması 65 yaş üzeri ve altında aynı olmaktadır. Beş yıllık süreçte felç riski sigara içmeyen popülasyona yaklaşmakta, sadece 1 yıllık süreçte kardiyovasküler hastalık riski %50 azalmakta, 10 yıllık süreçte risk hiç içmeyenlerle aynı düzeye inmektedir. Sigara bırakıldıktan sonra aterosklerotik süreç yavaşlar ve periferik vasküler hastalık riski azalır. Sigaranın bırakılması yıllık FEV1 azalma hızını yavaşlatır ve bu sayede egzersiz toleransı artar. Solunum sistemi enfeksiyonu riski de azalır (7). Yalnız yaşayan yaşlılar açısından sigara nedenli çıkan yangınlar da önemlidir. Yaşlıların sigarayı bırakması ilk olarak kendi sağlıkları açısından, rol model olmaları ve pasif etkilenim yoluyla da çevrelerinin sağlığı açısından çok önemlidir (25).

Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri hastalarda sigara bırakma başarı oranlarının hastanın istekli ve kararlı olması, uygun tedavi şeklinin seçilmesi ve düzenli takipler ile artırılacağı görüldü.

Sigara bırakma polikliniğimize 65 yaş ve üzerinde başvuran hasta sayısının diğer yaş gruplarına göre daha az olması, sonrasında gerek ek hastalıklar gerekse ekonomik nedenler ile düzenli tedavi programı uygulanamaması hasta sayısını kısıtlamıştır.

Sonuç olarak, sigara bırakma 65 yaş ve üzeri yetişkinlerde gelişebilecek hastalıkları önleyici etkisinin yanı sıra mevcut



olan hastalığın ilerlemesini de azaltarak yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu çalışmada, 65 yaş ve üzeri hastaların sigara bırakmada genç yetişkinler kadar istekli ve başarılı olduklarını, tüm sigara bırakma tedavilerini başarıyla kullanabileceklerini göstermiştir. Bu nedenle sigara bırakma; 65 yaş ve üzerinde en az genç yetişkinler kadar önemlidir. Özellikle 65 yaş ve üzerinde hastalarda mutlaka sigara içme durumu sorulmalı, içenler bilgilendirilmeli, bırakmaları konusunda teşvik edilmeli ve uygun tedavi desteği sağlanmalıdır.

Çıkar Çakışması

Çalışmamızda herhangi bir çıkar çakışması yoktur.

KAYNAKLAR

- World Health Organization (WHO). Elder maltreatment [Internet] Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/index.html>. Accessed:05.12.2012.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2011 Nüfus Sayımı Sonuçları, pp 1-82. [Internet] Available from: <http://www.tuik.gov.tr>. Accessed:05.12.2012.
- Thun M, Glynn TJ. Improving the treatment of tobacco dependence: simple messages an infrastructure to deliver them are needed. *BMJ* 2000;321(7257):311-2 (PMID:10926568).
- Méndez D, Alshaqeety O, Warner KE. The potential impact of smoking control policies on future global smoking trends. *Tob Control* 2013 Jan;22(1):46-51. (PMID:22535364).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Türkiye İstatistik Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. [Internet] Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=131422012>. Accessed: 05.12.2012.
- LaCroix AZ, Lang J, Scherr P, et al. Smoking and mortality among older men and women in three communities. *N Engl J Med* 1991;324(23):1619-25. (PMID:2030718).
- Apel DW, Aldrich TK. Smoking cessation in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2003;19(1):77-100. (PMID:12735116).
- Akbaş E, Çelik A, Derici E, Söylemez F. Sigara kullanımının lenfosit yaşam süresi ve genotoksik etkilerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2001;4(1):15-8.
- Heatherton T, Kozlowski L, Frecker R, Fagerström K. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86(9):1119-27. (PMID:1932883).
- Aydemir O, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8(4):280-7.
- Fiore M, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco use and Dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008. *Am J Prev Med* 2008;35(2):158-76. (PMID:18617085).
- World Health Organization (WHO). Report on the Global Tobacco Epidemic 2008: The MPOWER package fresh and alive. [Internet] Available from: www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Accessed: 05.12.2012.
- Tait RJ, Hulse GK, Waterreus A, et al. Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. *Addiction* 2007;102(1):148-55. (PMID:17207132).
- Ceylan E, Yanık M, Gencer M. Harran Üniversitesi'nde kayıttan yaptırılan öğrencilerin sigaraya karşı tutumlarını etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi* 2005;6(2):144-50. 2006;52(1):47-9.
- Chatkin JM, Abreu CM, Blanco DC, et al. No gender difference in effectiveness of smoking cessation treatment in a Brazilian real-life setting. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006;10(5):499-503. (PMID:16704030).
- Hall SM, Humfleet GL, Muñoz RF, Reus VI, Robbins JA, Prochaska JJ. Extended treatment of older cigarette smokers. *Addiction* 2009;104(6):1043-52. (PMID:19392908).
- Kıtır G, Başer S, Akdağ B, Ekinci A, Ünal N, Öztürk E. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri. *Tüberk Toraks* 2008;56(1):30-6. (PMID:18330752).
- Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12(2):159-82. (PMID:2668531).
- Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi* 2001;2(3):49-53.
- Chandola T, Head J, Bartley M. Sociodemographic predictors of quitting smoking: How important are household factors? *Addiction* 2004;99(6):770-7. (PMID:15139875).
- Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: A first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther* 2009;31(3):463-91. (PMID:19393839).
- Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335(24):1792-8. (PMID:8943160).
- Molander L, Hansson A, Lunell E. Pharmacodynamics of nicotine in healthy elderly people. *Clin Pharmacol Ther* 2001;69(1):57-65. (PMID:11180039).
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;16(3):1-61.
- Bilir N. Yaşlılarda Sigara bağımlılığı ile mücadele. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006;52(1):47-9.