

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

Tez Yöneticisi  
Prof. Dr. Celal KARLIKAYA

**SİGARA BIRAKMANIN SOLUNUM FONKSİYON  
TESTİ VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ**

**(Uzmanlık Tezi)**

**Dr. Derya ÇELEBİ**

EDİRNE-2011

## **TEŞEKKÜR**

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

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	2
<b>NİKOTİN BAĞIMLILIĞI</b> .....	2
<b>NİKOTİN YOKSUNLUĞU</b> .....	4
<b>NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ</b> .....	5
<b>NORMAL UYKU</b> .....	9
<b>UYKUDA SOLUNUM BOZUKLUKLARI</b> .....	10
<b>UYKU İLE İLİŞKİLİ SOLUNUM BOZUKLUKLARININ ÖNEMİ</b> .....	16
<b>SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ</b> .....	16
<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	18
<b>BULGULAR</b> .....	22
<b>TARTIŞMA</b> .....	37
<b>SONUÇLAR</b> .....	42
<b>ÖZET</b> .....	43
<b>SUMMARY</b> .....	44
<b>KAYNAKLAR</b> .....	46
<b>EKLER</b>	

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>AHI</b>	: Apne Hipopne İndeksi
<b>DSM-IV</b>	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>FEV1</b>	: Forced Expiratory Volume in 1 (1. Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Volüm)
<b>FVC</b>	: Forced Vital Capacity (Zorlu Vital Kapasite)
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
<b>NREM</b>	: Non Rapid Eye Movement (Yavaş Göz Hareketi)
<b>NRT</b>	: Nikotin Replasman Tedavisi
<b>OUA</b>	: Obstrüktif Uyku Apne
<b>PSG</b>	: Polisomnografi
<b>PUKİ</b>	: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
<b>RDI</b>	: Respiratory Disturbance Index (Solunum Sıkıntısı İndeksi)
<b>REM</b>	: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketi)
<b>RERA</b>	: Respiratory Effort Related Arousal (Arousal İlişkili Solunum Çabası)
<b>SFT</b>	: Solunum Fonksiyon Testi
<b>UA</b>	: Uyku Apne
<b>UAS</b>	: Uyku Apne Sendromu
<b>UISB</b>	: Uyku İlişkili Solunum Bozuklukları
<b>VKİ</b>	: Vücut Kitle İndeksi

## GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara kanserler, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), kardiyovasküler hastalıklar ve diğer birçok sistemik hastalıklara sebep olan, insanlarda meydana getirdiği hastalıklardan dolayı toplumlara getirdiği maddi yükün fazla olduğu bir zararlıdır. Halen dünyada yılda 5 Milyondan fazla insan sigaradan ölmektedir ve mevcut durum devam ettiği takdirde 2030'lu yıllarda yıllık ölümlerin 8 milyonu bulacağı bildirilmektedir (1). Sigara içimi 50'nin üzerinde sağlık sorununun ve 20'ye yakın ölümcül hastalığın nedenidir (2).

Yapılan birçok çalışmada görüldüğü gibi uykuda solunum bozuklukları oldukça yaygın görülen önemli toplumsal sağlık problemlerindedir. Uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir. Uyku sadece günlük yaşamın dışında kalmış bir zaman parçası değil, bedenin kendisini yenilediği sağlıklı ve uzun hayatın temeli olan yaşamsal bir gerekliliktir.

Uyku apne sendromunun bağımsız risk faktörleri arasında sigara içiminin olduğu klasik kaynaklara geçmiştir. Sigara içenlerde, içmeyenlere kıyasla uyku ile ilişkili solunum hastalığı riskinin 4-5 kat arttığı gösterilmiştir (3).

Solunum fonksiyonlarında bozulmanın sigara içenlerde içmeyenlerden daha fazla ve hızlı olduğu bilinmektedir. Solunum fonksiyon bozukluğunun uyku kalitesini bozduğu, tersine solunum fonksiyonlarındaki düzelmenin de, uyku kalitesine olumlu etkiler yaptığı bilinmektedir (3,4).

Bu çalışmada sigarayı bırakan ve bırakmayan kişiler arasındaki uyku kalitesi arasında farklılık olup olmadığı bu farklılığın ortaya çıkan kilo ve solunum fonksiyon değişikliği ile ilişkili olup olmadığını ortaya çıkarmayı amaçladık.

## GENEL BİLGİLER

### NIKOTİN BAĞIMLILIĞI

Sigara bağımlılığında çevre, genetik, psikolojik etmenler ve alışkanlıkların rolü olmakla birlikte asıl sebebi tütünde bulunan nikotindir (5). İlk nikotin bağımlılığı terimi 1964'de ABD'de "Surgeon General" raporunda yazılmıştır (6). ABD Sağlık Bakanlığı 1988'de 'Nikotin Bağımlılığı' adlı raporunda sigara bağımlılığının içerisinde bulunan nikotine bağlı olduğu ve bu bağımlılığın eroin, kokain gibi diğer uyuşturucu maddelerle meydana gelen psikolojik ve farmakolojik bağımlılıkla benzer olduğunu kabul etmiştir (7). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı, IV. Sürümü'nde madde bağımlılığı kriterleri şu şekilde tanımlanmıştır (8):

Oniki aylık bir dönemde herhangi zamanda ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ve sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanma örüntüsü:

1. Tolerans gelişmiş olması,
  - a. Entoksikasyon ya da istenen etkiyi, sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinimi,
  - b. Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak etki azalması.
2. Yoksunluk,
  - a. Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromunun oluşması,
  - b. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak veya kaçınmak için aynı maddenin ya da benzerinin alınması.

3. Maddenin tasarlanıldığından daha uzun süre ya da daha yüksek miktarlarda kullanılması,
4. Madde kullanımını bırakmaya veya azaltmaya yönelik sürekli bir isteğin veya en az bir başarısız denemenin varlığı,
5. Maddeyi temin etmek, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcanması,
6. Madde kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması veya azaltılması,
7. Maddenin neden olduğu veya hızlandırdığı, sürekli ya da yineleyici sosyal, psikolojik ya da fiziksel bir sorunun varlığının bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi,

Madde bağımlılığı, yukarıdaki birinci veya ikinci kriterlerden herhangi birini içeren tipte ise fizyolojik bağımlılık gösteren, aksi takdirde fizyolojik bağımlılık göstermeyen olarak sınıflanmaktadır. Tütün alışkanlığının en basit ve ilk gösterilebilen kanıtı çoğu sigara içicisinin sigarayı bırakmayı istemelerine rağmen kolay bir biçimde sigarayı bırakamamalarıdır. Nikotin bağımlılığının belirlenmesinde en sık kullanılan test Fagerstrom tarafından 1978 yılında önerilen 'Fagerstrom Tolerans Testi'dir (9). Fiziksel bağımlılığı ölçmek amacıyla tasarlanan test sekiz sorudan oluşur. Skorlamasında toplam puan 0-11 arasındadır. 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından iç tutarlılığındaki yetersizlik, "Evet-Hayır" şeklinde cevaplanacak sorular içermesi ve bazen toplam skorun aynı kişide farklı zaman diliminde farklı puanlar göstermesi nedeniyle bunun yerine Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi geliştirilmiştir (10). Bağımlılık şiddetinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan Fagerström Nikotin Bağımlılık testinde katılımcılar 6 soruya verdikleri cevaplara dayalı bir puanlama sistemine tabi tutulmaktadır; daha yüksek puana sahip olma ile daha çok bağımlılık düzeyi ilişkilendirilmiştir. Toplam puan 0-10 arasındadır.

Sigara içen bütün bireyler nikotin bağımlısı değildir. sigara içmeyle ilgili zararlı etkilerle ya da sosyal baskılarla ilgili durumlarla karşı karşıya kalan bazı insanlar sigarayı bırakabilmekte ve relaps göstermemektedirler. Bunun yanı sıra bırakabilen bazı sigara kullanıcıları da kesilme semptomlarının olmadığını bildirmektedirler. Kronik bir hastalık olarak değerlendirilen sigara bağımlılığının bırakılması için 6-12 ay gibi uzun bir zaman süreci gerekmektedir (11).

## **NİKOTİN YOKSUNLUĞU**

Tolerans gelişmesinden nikotin kullanımına bağlı beyindeki nikotin reseptörlerinde artış olması sorumlu tutulmaktadır. Bu durumu yenebilmek için nikotin alım dozu artarak devam edecektir. Tolerans geliştikten sonra, yoksunluk semptomları; irritabilite, deprese duygudurum, huzursuzluk, anksiyete, arkadaşlarıyla ve ailesiyle ortaya çıkan geçimsizlikler, konsantrasyon güçlüğü, artmış açlık ve yeme davranışı, uykusuzluk ve tütün aşerme gibi bulgular nikotin alımı bırakıldığında ortaya çıkacaktır. Bunun için DSM-IV'te nikotin yoksunluk kriterleri tanımlanmıştır. Bunlar;

A. En az birkaç hafta süre ile 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 durum
2. İnsomni
3. İrritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme
4. Anksiyete
5. Düşüncelerin yoğunlaştırılmaması
6. Huzursuzluk
7. Kalp hızında azalma
8. Artması ya da kilo alma

A. B tanı ölçütündeki belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

B. Bu belirtiler genel tıbbi duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (12).

Yoksunluk bulguları nikotin alımını bırakmayı izleyen 1-3. günlerde en şiddetli düzeye ulaşır, 3-4. haftalarda biter. Ancak sigara içicilerinin %40'ında 4 haftadan daha uzun sürebildiği bildirilmiştir. Sigara içmek için istek duyma ve kilo alımı gibi yakınmalar 6 ay veya daha uzun süre devam edebilmektedir (13).

### **Sigara Bırakmanın Klinik Değerlendirilmesi**

Psikolojik ve fiziksel bağımlılık tütün kullanımında birlikte bulunduğundan bırakma sürecinde esas olan davranış değişikliğine gidilmesidir (14). Medikal destek bırakma döneminde çekilme belirtileri için verilmelidir. Hastalara sigara içme davranışını



sorduğunuzda sigara bırakma konusunda farklı düşünceler ile karşılaşabilirsiniz. İlk kez, Prochaska ve arkadaşlarının tanımladığı ‘Transtheoretical’ model bu amaçla kullanılmaktadır

(15). Hastalar ;

1. Bırakmanın düşünülmediği,
2. Bırakmanın düşünüldüğü,
3. Bırakma hazırlığının yapıldığı,
4. Bırakmanın denendiği,
5. Bırakmanın sürdürüldüğü olmak üzere 5 farklı evrede bulunabilir.

Hastanın evresine göre klinik değerlendirmesi yapılarak tedavisi düzenlenebilir (12).

### **NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ**

Nikotin bağımlılığı, tedavisi tekrarlayan girişimler ve denemeler gerektiren kronik bir hastalıktır (16). Tütün kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi Rehberi, hastaları 3 gruba ayırarak tedavisini düzenlemektedir (17). Hasta grupları;

1. Sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olanlar
2. Sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olmayanlar
3. Sigara içmiş ve yeni bırakmışlar şeklindedir.

İlk grup için, rehberler tarafından, beş basamakta ‘5A’, türkçesi 5Ö olarak kısaltılan yaklaşımın uygulanması önerilmektedir (18):

- Sor (Ask), (ÖĞREN)
- Bırakmasını öner (Advice), (ÖĞÜTLE)
- İlk bir ay içindeki sigarayı bırakma isteğini değerlendir (Assess), (ÖLÇÜMLE)
- Tedaviyi planla ve yardım et (Assist), (ÖNER, TEDAVİ)
- Nüksü önlemek için izle (Arrange). (ÖNLE, BAŞLAMASINI)

İkinci grup ise sigarayı bırakmak istemeyenleri bırakmak üzere harekete geçirmek için düşünülmüş ‘5R’ modeli:

- Kişiye özel hastalık durumu veya riskleri, ailesel ve sosyal durumu ele alarak bırakmaya cesaretlendir (Relevance),
- Sigara içmeye bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçları vurgula (Risks),
- Sigarayı bırakmanın erken ve geç yararları konusunda bilgilendir (Rewards),
- Olgunun sigarayı bırakmasını engelleyen faktörleri belirle ve çözüm yolları geliştir (Roadblocks),
- Bu desteği olgunun her poliklinik başvurusunda tekrarla (Repetition).

Üçüncü grupta ise nüksü önlemek hedefdir. Sigarayı bırakmaya bağlı oluşacak yoksunluk belirtileri, sorunlar ve nükse sebep olabilecek faktörler belirlenmeli ve bunlara yönelik çözüm önerileri düşünülmelidir. Bırakmaktan vazgeçmeye neden olması sigaraya yeniden başlamanın diğer bir olumsuz yönüdür (19).

Davranışçı yöntemler sigarayı bırakmaya yönelik basit motivasyonel destek önerilerine alternatif tedavi yöntemleridir. Bunların arasında eğitim, bireysel ve grup terapileri, ters güdülenme, psikoterapi sayılabilir (20-22).

### **Davranışçı Girişimler**

Sigaranın bırakılmasına yönelik davranışçı girişimler oldukça etkili olup medikal uygulamaların bir parçası olarak yapılmalıdır. Girişimler kısa önerilerden kapsamlı programlara dek değişmektedir (23).

**Kısa girişimler:** Nikotin bağımlıları belirlendikten sonra sağlık görevlilerinin yapacağı kısa (3-5 dakikalık) görüşmeler sigarayı bırakma oranının artırılmasında faydalıdır. Tekrarlayan sorgulamaların sigaradan kaçınılmasını sağlayacağı düşüncesiyle, hekimlerin, polikliniklere herhangi bir sağlık probleminden başvuran sigara kullanıcılarına her defasında sigara ile ilgili sorular yöneltmesi ve sigara bırakmayı önermelerinin etkili olacağı düşünülmektedir. Bunun için bazı kanıtlar da vardır; hekim tarafından izlenerek sigarayı bırakanların başarı oranının iki kat artacağı gösterilmiştir (23).

**Davranışçı bireysel ve grup tedavisi:** Uzman danışmanlar tarafından yapılan davranış tedavisi programları, bireysel ya da grup olsun, sigarayı bırakma oranlarının artırılmasında başarılı diğer bir yöntemdir.

Nikotin bağımlıları daha etkin olduğu için çoğunlukla gruplar halinde tedavi edilmektedir ve grup üyelerinin sigara bırakmak konusunda birbirlerini teşvik edebileceği düşünülmektedir. Başarı oranları ve yüz yüze yapılan seansların sayısı ve sigara kullanıcısı ile hekim arasındaki toplam temas süresi arasında bir doz yanıt ilişkisi vardır. Bununla birlikte seansların optimum sayısı ve süresi bilinmemektedir. Genellikle bir hafta arayla yapılan 10-30 dakikalık 4-8 seanstan oluşmaktadır (23).

**Kendi kendine yardım materyalleri:** Davranışçı girişim yöntemleri broşürler ve el kitapları, odyoteypler, videoteypler ve bilgisayar programları gibi, kendi kendine yardım materyalleri aracılığıyla da uygulanabilir. Kendi kendine yardım materyallerinin, destek sağlamaksızın etkili olduğunu düşündüren kanıtlar çok azdır (23).

**Özel yardım hatları:** Özel telefon hatlarıyla aranarak yardım edilen bireyler, geri aranarak aktif danışmanlık hizmeti verildiğinde önemli düzeyde sigara bırakma oranları bildirilmiştir. Telefon ile yapılan danışmanlık hizmetlerinin, girişimin başlıca aracı olarak değil de, davranışçı tedavi programlarına ilave olarak yapılmasının daha etkili olduğu öne sürülmüştür. Özel yardım hatlarına sigaranın bırakılmasına yardımcı olmak üzere başvurulabilir (23).

### **Diğer Tedaviler**

Nikotin bağımlılarına davranışçı tedaviye ilave, sağlık görevlilerinin verdiği tedavi içi destek biçiminde ve aileden, arkadaşlardan, toplumun diğer üyelerinden gelen motivasyon desteği de bırakma konusunda yardımcı olacaktır. Sigara bırakılması konusunda kişileri motive etmek amacıyla bilgisayar vasıtasıyla gönderilen mektupların etkili bir uygulama olduğu gösterilmiştir. Bazı veriler egzersizin sigara bırakmaya yardımcı olduğunu belirtmektedir. Sigaranın bırakılmasında kullanılan akupunktur ve hipnozun etkinliği tartışmalıdır (23).

### **Farmakoterapi**

Tütün alışkanlığında nikotinin farmakolojik etkileri önemli bir rol üstlenmektedirler. Dolayısıyla tütün bağımlılığında farmakoterapi oldukça gereklidir. Sigaranın bırakılmasına yardımcı olacak bir farmakolojik tedavinin ise, hem nikotinin pozitif pekiştirici etkisini bloke etmesi hem de çekilme belirtilerinden koruması ya da bu belirtileri azaltması gerekir. Nikotin içeren tedavi ve nikotin içermeyen tedavi olmak üzere iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır (24).

**Nikotin yerine koyma tedavisi:** Sigara bırakmayı takip eden dönemde ortaya çıkan yoksunluk bulgularını engellemek için kullanılan sigara bırakma yöntemlerinden biri nikotin replasman tedavisidir (25). Nikotin replasman tedavisi (NRT); yüksek veya orta düzeyde nikotin bağımlılığı bulunan, günde 10 taneden fazla sigara içen veya hafif düzeyde bağımlı

olmasına rağmen diğer yöntemlerden fayda görmeyenlere uygulanır (24). Tedavide kullanılan nikotin formları; sakız, transdermal bant, nazal sprey, oral inhaler formlardır. En fazla sakız ve bant kullanılmaktadır (24,26). Başlangıçta herhangi bir NRT formu kullanılabilir. Yoksunluk bulguları kontrol altına alınamadığında özellikle sakız ve banttan oluşan kombine tedavi önerilebilir (27). Nikotin Replasman Tedavisi'nin istenmeyen etkileri lokal reaksiyonlar, özellikle deri bantlarıyla deride iritasyon, spreyle burun mukozasında iritasyondur. Bu reaksiyonlar genellikle tedavinin kesilmesini gerektirmez (23).

**Bupropion:** Bupropion nontrisiklik, aminoketon bir antidepressif ajan olmakla birlikte sigaranın bırakılma oranını plaseboya göre yükseltmekte ve nikotin replasman tedavileri ile birlikte kullanılmaktadır. Noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteye sahiptir. Norepinefrin ve dopaminin sinaptik geri alınımının zayıf bir inhibitörüdür. Dolayısıyla, bupropion beyin dopamin ve norepinefrin düzeylerini arttırmakta ve de bu nörotransmitterler üzerine nikotinin etkilerini uyarmaktadır. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına neden olur. Depresyon anamnezi olan ve olmayan olgularda eşit etkili olması, bu etkisinin antidepressan özelliğinden kaynaklanmadığını desteklemektedir. Hasta daha önce NRT kullanıp başarısız olmuş ise NRT dışı bir tedavi isterse veya NRT'yi tolere edememiş ise tek başına bupropion kullanılabilir. Klavuzda, birinci basamak tedavi olarak da önerilen ilacın nikotin yerine koyma tedavisi ile kullanıldığında başarı oranı artmaktadır (28). Endişe, ağız kuruluğu, baş ağrısı, uykusuzluk ve döküntü gibi hafif yan etkileri yanında hipertansiyon, ciddi uykusuzluk, anafeksiye kadar varan allerjik reaksiyonlar, epileptik atak gibi ciddi yan etkileri de vardır. Yeme bozukluğu, monoaminoksidaz kullanımı ve epilepsi gibi birçok kontrendikasyonları vardır (23).

**Vareniklin:** Vareniklin, sigarayı bırakmada bazı yararlarının olduğu ancak genel olarak düşük bir oral biyoyararlanıma ve düşük beyin penetrasyonuna sahip olduğu bildirilmiş bir bitki alkaloidi olan cytisine türevidir. Sıçanların nükleus akümbens bölgelerinin mikrodiyalizi ile dopamin salınımının ölçüldüğü çalışmalarda gösterildiği üzere vareniklin bir parsiyel  $\alpha4\beta2$  reseptör agonistidir. Tam bir agonist olan nikotin oldukça yeterli düzeylerde dopamin salınımını sağlamaktadır. Vareniklin ise, nikotinin sağladığından daha düşük bir yanıt oluşturmakta (%30 ila %60 arası), ancak aynı zamanda da sistem içerisine eklenen herhangi bir nikotinin etkilerini de bloke etmektedir. Dolayısıyla, vareniklin  $\alpha4\beta2$  nikotinik asetilkolin reseptörlerinin ortalama bir dopamin salınması açısından uyarılmalarını

sağlamakta, böylece çekilme belirtilerini azaltmakta ve aynı zamanda da relaps halinde sigara içmeden elde edilen pekiştirici etkileri de bloke etmektedir (29). Hasta sigarayı içerken ilacı ilk 3 günde bir kez 0,5 mg, 4. günden 7.güne kadar günde iki kez 0,5 mg, 8. günden itibaren günde iki kez 1 mg olarak almaya başlar ve tedavinin 7-14. günleri arasında bir gün sigara bırakılır. İlaç 2-3 ay süre kullanılır. Yan etkilerine bakıldığında en sık karşılaşılan sorun kusma olup, bunu anormal rüyalar ve insomnia, baş ağrısı, kabızlık, ağız kuruluğu, kusma gibi şikayetler izlemektedir (30).

### **NORMAL UYKU**

Uyku; organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyanlarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu olarak tanımlanmaktadır. Uyku, paradoksal uyku (hızlı göz hareketlerinin olduğu-rapid eye movement, REM) ve yavaş dalga uykusu (hızlı göz hareketlerinin olmadığı-non rapid eye movement, NREM) olmak üzere iki ayrı evrede incelenmektedir (31):

#### **Non Rapid Eye Movement Uykusu**

Üç evreden oluşur. Birinci ve ikinci evreler yüzeysel uyku, üçüncü evre ise derin uyku (yavaş dalga uykusu) olarak bilinmektedir.

Evre 1: Tüm gece uykusunun %1-5'ini

Evre 2: Tüm gece uykusunun %40-50'sini

Evre 3 : Tüm gece uykusunun %20-25'ini oluşturur (32,33).

Uykunun yaklaşık %50 sini oluşturan evre 1 ve 2'nin işlevleri halen bilinmemektedir (34). Evre 3 uykusu yani derin uyku ise fiziksel dinlenmeyi sağlar. Çocuklarda büyüme hormonu özellikle uykunun bu döneminde salgınır, erişkinlerde ise hücre yenilenmesini ve organizmanın onarımı hızlanır. Evre 3'te kişiyi uyandırmak zordur. Uyku sırasında vücut ısısındaki düşme özellikle NREM uykusunda görülür.

Bu dönemde kalp hızı, solunum sayısı azalır ve düzenli hale gelir, üst hava yolu kas tonusu ve üst hava yolu direnci artmış, hipoksik uyarılara verilen yanıt ve karbondioksit seviyesine verilen cevap azalmıştır. Evre-3'te apne atakları azalır, evre-1 ve 2'de apneler nispeten uzundur (32,35,36).

## **Rapid Eye Movement Uykusu**

Tüm gece uykusunun %20-25'ini oluşturur. Hızlı göz hareketlerinin olduğu, diğer kasların atonik olduğu uyku evresidir. REM uykusunun önemli görevlerinden biri nöronlarda membran stabilizasyonunun sağlanmasıdır. Bu dönemden yoksun bırakılanlarda psikiyatrik bozuklukların daha sık görülmesi nedeniyle ruhsal dinlenmemizi sağlayan bir dönem olduğu düşünülmektedir. REM döneminde kişinin uyandırılması kolaydır ve rüyalar en çok bu dönemde görülür. REM döneminde otonom sinir sisteminin aktive olması nedeniyle kalp hızı, solunum sayısı, kan basıncı artar ve düzensizleşir, üst hava yolu kas tonusu normal veya azalmıştır, üst hava yolu direnci artmış, hipoksik uyarılara yanıt iyi olup karbondioksit seviyesine nispeten normal cevap vardır. Apne atakları sık ve süreleri uzundur (32,35,36). Ancak uyku evrelerinin dağılımı yaşla değişkenlik gösterir. Çocuklar erişkinlere göre daha fazla, yaşlılar ise daha az yavaş dalga uykusu uyurlar ancak REM süresinde değişiklik gözlenmez (32,33).

## **UYKUDA SOLUNUM BOZUKLUKLARI**

Uyku esnasında solunum işlevinde patolojik düzeydeki değişimlere bağlı gelişen, bu hastalarda morbidite ve mortalitenin artmasına yol açan klinik uykuda solunum bozuklukları olarak adlandırılmaktadır (37).

### **Tanımlamalar**

**Apne:** En az 10 sn solunumun uykuda durmasıdır.

**Obstrüktif apne:** Ağız ve burunda hava akımının olmamasına rağmen solunum çabasının devam etmesidir.

**Santral apne:** Hem solunum çabası hem de ağız ve burunda hava akımının olmaması durumudur.

**Mixt apne:** Öncesinde santral apnenin olup solunum çabasına rağmen apnelerin devam etmesidir.

**Apne indeksi:** Bir saatlik uyku sürecinde oluşan apne sayısıdır.

**Hipopne:** Hava akımında %50 veya daha fazla azalma ile birlikte arousal gelişmesi, oksijen saturasyonunda (SaO<sub>2</sub>) %3'lük düşme ve bunun en az 10 sn sürmesidir. Diğer bir tanımlama, oksijen saturasyonunda %4'lük düşme ile hava akımında en az %30'luk azalma olmasıdır.

**Hipopne indeksi:** Bir saat içerisinde uykuda oluşan hipopne sayısıdır.

**Apne hipopne indeksi:** Bir saat içerisindeki uykuda görülen ortalama apne ve hipopne sayısıdır.

**Arousal:** Daha yüzeysel uyku evrelerine veya uyanıklığa ani geçişlerin uyku esnasında olmasıdır. Arousal uykuda solunum bozukluğu olanlarda genellikle apne ve hipopnelere bağlıdır.

**Arousal ilişkili solunum çabası (Respiratory Effort Related Arousal):** Apne, hipopne olmadan solunum çabasında artma ve bunun arousal ile sonlanması durumudur.

**Solunum sıkıntısı indeksi (Respiratory Disturbance Index):** Bir saatlik uykuda apne, hipopne, RERA'ların toplam sayısıdır.

**Hipoventilasyon:** Farklı etyolojilere bağlı olarak daha yüzeysel solunum ve tidal solunum volümünde azalma durumudur (38).

### **Epidemiyoloji**

Obstrüktif uyku apne (OUA) uyku ile ilgili solunumsal bozukluklardan en sık görülenidir. Uyku sırasında yenileyen üst solunum yolu obstrüksiyonu ve eşlik eden oksijen desaturasyonları izlenir. Uyku apneden (UA) AHİ  $\geq 5$ /saat olması durumunda söz edilebilir fakat yapılan klinik çalışmalar sonucunda AHİ değeri  $\geq 10$ /saat veya  $\geq 15$ /saat olması klinik öneme sahiptir (39-41). Uyku apne sendromu (UAS); AHİ  $\geq 5$ /saat ve beraberinde gündüz aşırı uyku hali olmasıdır (42).

Semptomlar dikkate alınmadan yapılan bir çalışmada UA sıklığı erişkin erkeklerde %24 ve kadınlarda %9 olarak bulunmuştur (43). 30–60 yaş arasında olan kişilerde yapılan diğer bir çalışmada AHİ  $\geq 5$ /saat sıklığı kadınlarda %37, erkeklerde %58 olduğu görülmüştür (44). İspanya'da AHİ  $\geq 10$ /saat sıklığı kadınlarda %14,9 ve erkeklerde %19 (39) , İtalya'da 30–69 yaş aralığında her gece horlaması olan erkeklerde AHİ  $\geq 5$ /saat sıklığı %4,8, AHİ  $\geq 10$ /saat sıklığı %2,7 saptanmıştır (44). UAS de erkeklerde daha sık görülür. Avustralya'da prevalans (AHİ  $\geq 15$ /saat) erkeklerde %5,7 ve kadınlarda %1,2 tahmin edilmiştir (40). UAS sıklığı konusunda ülkemiz açısından doğru veriler olmamakla birlikte yapılan bir çalışmada habituel horlaması olan kişilerde sıklık %0,9–1,9 olarak tahmin edilmiştir (45).

### **Klinik**

Apne ve hipopneler nedeniyle arousallarla kesilen, kalitesiz ve dinlendirici olmayan bir uyku sürecinden sonra hastalar gündüz uykululuk hali ve dinç kalkamama gibi sorunlarla

karşılaşırlar. Diğer sık saptanan semptomlar ise horlama ve tanıklı apnedir. Her hasta bu tipik yakınmalarla başvurmadığı gibi bazıları da solunum sistemi dışı yakınmalar ile başvurabilir.

### **Uyku apnede semptom ve bulgular:**

#### 1. Majör

- Horlama
- Tanıklı apne
- Gündüz aşırı uyku hali

#### 2. Kardiyopulmoner

- Uykuda boğulma hissi
- Atipik göğüs ağrısı
- Nokturnal aritmiler
- Nöropsikiyatrik
- Sabah uyanınca baş ağrısı
- Yetersiz ve bölünmüş uyku
- İnsomni
- Karar verme yeteneğinde azalma
- Hafıza zayıflaması, unutkanlık
- Karakter ve kişilik değişiklikleri
- Depresyon, anksiyete, psikoz
- Uykuda anormal motor aktivite

#### 3. Diğer

- Ağız kuruluğu
- Gece terlemesi
- Nokturnal öksürük
- Noktüri, enürezis
- Libido azalması, empotans
- İşitme kaybı
- Gastroözofageal reflü (46,47).



## **Tanı ve Risk Faktörleri**

### **Uykuda solunum bozukluklarında tanı yöntemleri:**

#### 1. Klinik tanı

##### a) Öykü

- Semptomlar
- Risk faktörleri
- İlişkili hastalıklar

##### b) Fizik muayene

#### 2. Radyolojik tanı

##### a) Sefalogram

##### b) Bilgisayarlı Tomografi

##### c) Manyetik Rezonans

##### d) Somnofloroskopi

##### e) Akustik refleksiyon

#### 3. Endoskopik Tanı

##### Nasofarengolarenoskopi

#### 4. Yardımcı Tanı Yöntemleri

##### a) Kan tetkikleri

##### b) İdrar tetkikleri

##### c) Akciğer grafisi

##### d) Solunum fonksiyon testleri

##### e) Arteriyel kan gazları

##### f) Arteriyel kan basıncı

##### g) Elektrokardiyografi

##### h) Ekokardiyogram

##### i) Gündüz aşırı uyku halinin değerlendirilmesi (çeşitli testlerle)

#### 5. Portabl kayıt teknikleri

#### 6. Polisomnografi (37).

Uyku ilişkili solunum bozuklukları (UİSB) tanısında altın standart olan polisomnografi (PSG) zaman alıcı, maliyeti yüksek ve ulaşılması zor olan bir yöntemdir. Bu sebeplerden UİSB açısından yüksek riskli hastalara yapılması gerekmektedir (48). Nokturnal desatürasyon derecesi, apne sikluslarının süresi ve sıklığı ile paralellik gösteren gündüz aşırı uykululuk hali hafif, orta, ağır olabilir (37). Sık tekrarlayan apneleri nedeniyle uykuları

bölünen bu hastalar ertesi gün aşırı uykululuk hali içinde olurlar. UİSB tanısını koymada gündüz uykululuğunu ve uyku kalitesini değerlendiren subjektif anketler değerlidir. Gündüz uykululuğu için Epworth Uykululuk Ölçeği; uyku kalitesi değerlendirmek için Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi kullanılmaktadır.

**Epworth uykululuk ölçeği:** Kişinin uyuma olasılığını değerlendirmesini isteyen test toplam sekiz sorudan oluşmakta ve skor toplamı 10 puanın üstünde olması gündüz aşırı uyku hali olarak değerlendirilip hastalar PSG için yönlendirilirler (49).

**Uyku kalitesi ve pittsburgh uyku kalitesi indeksi:** Yapılan çalışmalar, uyku bozuklukları ve uykuyla ilgili şikayetlerin sıklığının, toplumsal bir problem olarak görülmesini gerektirecek kadar sık olduğunu göstermiştir. Dünyada uykusuzluğun sıklığı %3,2 ile %42 arasındadır (50). Aşırı uyuma ve aşırı uyuma ile alakalı uyku bozukluklarının sıklığı %0,5 ve %12 dir (51). Uyku yakınmalarını ya da uyku bozukluklarının sıklığını yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, tıbbi ve psikiyatrik problemler, alkol, sigara, yaşam stresi, ilaç kullanımı etkilemektedir. Uyku bozuklukları sık karşılaşılan problemler olması yanı sıra morbiditesinin de yüksek olması nedeniyle üzerinde durulması gereken konudur. Uyku ile ilgili yakınmalar yaşamı tehdit eden kazalara, iş ve mesleki verimlilikte kayıplara, ciddi psikolojik problemlere, bilişsel yeti kayıplarına sebep olabilmektedir (52). Uyku gereksinimi küçük çocuklarda günde 10-12 saat, 10 yaşında 9-10 saat, adölesanda 7,5 saat, sağlıklı bir erişkinde 6-9 saat, yaşlı bireylerde ise 6,5 saat kadardır (53).

Uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart ölçümü PUKİ ile sağlanabilmektedir. Uykusu iyi olanlar ve uykusu kötü olanlar arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapabilmektedir.

#### **Uyku İlişkili Solunum Bozuklukları İle İlişkili Risk Faktörleri**

- Erkek cinsiyet
- Yaş
- Obezite (Beden Kitle İndeksi)
- Sigara, alkol, kafein
- Hipotiroidi
- Ailesel yatkınlık
- Genetik yatkınlık

- Akromegali
- Adenotonsiller hipertrofi
- Nöromusküler hastalıklar
- Down sendromu
- Kranyofasiyal anomaliler
- Nazal tıkanıklık nedenleri
- Postmenapozal dönem

**Yaş:** 40-65 yaş risk grubudur. Yaşla faringeal rezistans artar, üst solunum yolu kas tonusu azalır ve üst solunum yolu obstruksiyonuna eğilimle solunum sıkıntısı ortaya çıkar (54). Çocuklarda, erişkinlerde ve yaşlı kişilerde uyku evrelerinin süreleri farklıdır. Çocuklar erişkinlere göre daha fazla, yaşlılar ise daha az Non REM uyurken REM uzunluğu yaşla değişiklik göstermez. Normalde erişkinlerde uykuya dalma 10-30 dakika yaşlılarda 1 saat ve üstünde olabilmektedir. Yaşlanmayla solunum sorunları, duyu bozuklukları, idrar güçlükleri, kronik hastalıkların eşlik etmesiyle uyku kalitesi bozulmaktadır (55).

**Cinsiyet:** Faringeal ve supraglottik hava yolu direnci erkeklerde kadınlara göre daha fazla olup üst solunum yolu daralmasına ve uyku bozukluklarına sebep olur. Sebebinin kadınlardaki hormonların koruyucu etkisi, erkeklerdeki hormonun tetikleyici etkisi olduğu düşünülmektedir (37).

**Obezite:** Beden kitle indeksi 30'dan büyük olanlar obez kabul edilmekte olup bu kişilerin büyük dil, dar üst hava yolu girişi, solunum kas gücünün azalmasından dolayı daha fazla solunum sıkıntısı yaşadığı düşünülmektedir (56,57). Göğüs duvarı kompliyansı ve akciğer kompliyansını azaltan obezite sonuçta total respiratuvar kompliyansın azalmasına sebep olur. Hava yolu direnci artarken vital kapasite, fonksiyonel rezidüel kapasite, total akciğer kapasitesi azalır ve solunum bozukluğu oluşur (58).

**Sigara:** Yapılan çalışmalarla sigara içenlerde, içmeyenlere göre UİSB riskinin 4-5 kat fazla olduğu ağır içicilerde görülme oranının daha da arttığı (59), ayrıca sigaranın artmış horlama ve uyku apne sıklığıyla ilişkili olduğu görülmüştür (60,61). Sigara ile birlikte alkol ve kafein kullanımı yüksek olduğunda uyku kalitesinin daha da kötüleştiği izlenmiştir (60).

Sigara içicileri uykuya dalma, uykuyu devam ettirmede zorluklar ve daha çok gündüz aşırı uykululuk hali yaşadıklarını anlatmışlardır (62).

Sigara dumanı üst hava yolu direncini ve mukozal ödemi arttırarak üst hava yolu daralmasına neden olur. Sigara dumanı hava yolu inflamasyonu ve hasarına bu da üst hava yolunun mekanik ve nöral özelliklerinin değişmesine ve uykudaki kollapsibilitesini arttırabilir (3). Nikotinin solunum ve üst havayolu kas aktivitesini stimüle edici etkisi bulunduğu için obstrüktif uyku apne sendromunun tedavisiyle ilgili çalışmalarda kullanılmıştır (60). Nikotin sakızı uygulaması uykunun ilk saatlerinde apne sıklığını azalttığı fakat bu tedavi kısa süreli olması nedeniyle obstrüktif uyku apne sendromu tedavisinde önerilmemektedir. Uzun süreli nikotin sağlayan nikotin bantlarının apne uzunluğu ve horlama üzerinde klinik olarak önemli sayılmayan olumlu etkiler sağladığı fakat nikotin bandı ile toplam uyku zamanı, uyku verimliliği ve REM uyku süresinde azalma olduğu gösterilmiştir (59,60,63). Pasif içicilik de horlama ile ilişkili bulunmuştur (64).

### **UYKU İLİŞKİLİ SOLUNUM BOZUKLUKLARININ KLİNİK ÖNEMİ**

Morbidite ve mortaliteyi arttıran UİSB'de; apnelere sekonder alveoler hipoksemi pulmoner vazokonstriksiyona ve pulmoner arter basınç artışına sebep olur. Bunun sonucunda da korpulmonale ve solunum yetmezliği meydana gelir (65,66). Vazokonstrüksiyon ve hipoksemi bazı serebrovasküler hastalıklar, sabah baş ağrısı, gündüz uykululuk hali, yetersiz uyku, iş ve okulda başarısızlık, kişilik değişiklikleri, iş ve trafik kazaları gibi nöropsikiyatrik problemlere sebep olur (67). Negatif intratorasik basınç sistemik hipertansiyon, nokturnal aritmiler, koroner sendromlar, sol kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler komplikasyonlara neden olur (68,69). UİSB uyku kalitesini bozarak yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediğinden erken tanı ve tedavisi yapılmalıdır (70).

### **SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ**

Solunum sistemi fonksiyonlarındaki hasarlar ve anormallikleri değerlendirmek ve derecelendirmek için klinikle birlikte kombine edilerek kullanılan testlerdir. Spirometrik ölçüm normal solunum, zorlu inspirasyon, zorlu ekspirasyon, derin ve hızlı olarak belli bir sürede yapılan solunum esnasında ölçülen zaman, volüm, akım değerlerini yansıtır (71). Test ölçümün yapıldığı toplumdaki sağlıklı kişilerde cinsiyet, boy, ağırlık ve yaş grupları oluşturularak elde edilen bazal değerlerle karşılaştırılarak değerlendirilir (72,73). Solunum fonksiyon testleri restriktif ve obstrüktif akciğer hastalıkları tanısında, hastalığın derecesinin

belirlenmesinde ve tedaviye yanıtı değerlendirmede, preoperatif değerlendirmede, meslek hastalıklarının tanısı ve iş görmezlik derecesi saptanması, toplum sağlığı araştırmaları, akciğer hastalığı gelişme olasılığı olan bireylerin taranması (sigara içenler) için kullanılmaktadır (71,73).

Akciğer fonksiyon testleri şunlardır:

1. Statik akciğer volümleri
2. Dinamik testler ve hava akım hızları
3. Difüzyon testi
4. Gaz dağılım testleri

### **Dinamik Akciğer Volümleri**

**Zorlu vital kapasite:** Derin inspirasyondan sonra zorlu, derin ve hızlı solunumla atılan hava volümü olarak adlandırılır. FVC havayolları obstrüksiyonu varlığında zorlu ekspirasyonun yarattığı bronşöler kollaps sebebiyle azalır. Trakea veya ana bronşlarda darlığa sebep olan patolojilerde üst hava yolları obstrüksiyonu bulunması durumunda da azalır. FVC restriktif akciğer hastalıklarında da fibrotik doku arttığı için azalmaktadır. Ayrıca akciğerlerin vasküler patolojilerinde, akciğer konjesyonlarında, pnömonilerde, pulmoner ödemde de azalma görülür. Akciğerde plevrada yer kaplayan tümörlerde, plevrada sıvı toplanmasında, nöromüsküler hastalıklarda (myastenia gravis vb.), göğüs deformitelerinde, obezitede, gebelikte FVC azalır (74,75).

**Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm:** Zorlu ekspirasyonun birinci saniyesinde atılan hava volümüdür. Normalde 1. saniyede volümün %80 ni atılır. FEV1'deki azalma büyük hava yollarının obstrüksiyonunu düşündürür (74,76). Tarama çalışmalarında, bronkodilatatöre yanıtın değerlendirilmesinde, bronkoprovokasyon ve egzersizle ortaya çıkan bronkospazmın değerlendirilmesi için kullanılmaktadır (74,77).

**Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm/zorlu vital kapasite:** Genç erişkinde %75-85 arasında bu oran değişmektedir. Yaş ilerledikçe oran azalır çünkü yaşın ilerlemesiyle FEV1 FVC'den daha çok azalır. Bu oran beklenen değere yakın veya beklenen değerden fazla ise restriktif solunumsal bozukluk, düşük ise obstrüktif solunumsal bozukluk düşünülür (74,77).

## **GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **OLGULAR**

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne Mart 2004 - Şubat 2011 tarihleri arasında başvurmuş kayıtlı hasta dosyalarının incelenmesi ile gerçekleştirildi. Çalışma öncesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alındı (Ek-1). Bu yıllar arasında polikliniğimize başvurmuş 692 olgunun dosyası incelendi. Bu olgular içerisinde 238 tanesi bir başvuru dışında bir daha gelmemiş, sigara bırakma günü belirlememişti. Kalan 454 olgu dosyasında yazılı olan telefon numarasından aranarak sigara bırakma polikliniğimize davet edildi. Telefonla aranıp polikliniğimize davet edilen olguların 122 tanesi geldi. Bu olgulara başvurduklarında demografik bilgiler (Ek-2) içeren form, uyku kalitesini değerlendiren Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (Ek-3) ve gündüz aşırı uykululuk değerlendirilmesi için kullanılan Epworth uykululuk ölçeği (Ek-4) formu doldurturuldu. Her olguya solunum fonksiyon testi ve PICO ölçümleri yapıldı. Olgulardan 3'ü polisomnografik olarak obstruktif uyku bozukluğu tanısı aldığı için, 3 olgu da gece vardiyası olan bir işte çalıştığı için uyku anketleri uygulanamadı ve çalışma dışı bırakıldı. Olgular içerisinde en az 1 yıldır sigara içmeyenler başarılı kabul edildi. Olgulardan 6'sı sigara içmediği süre 1 yıldan az olduğu ve 4 olguda günde 10 taneden az sigara içtiği için çalışma dışı bırakıldı. Değerlendirmeye toplamda 106 olgu alındı.

### **ÇALIŞMA DIŞI BIRAKILMA KRİTERLERİ**

1. İlk görüşme sonrası verilen diğer randevulara gelmeyen olgular
2. Demografik verileri, uyku anketleri, solunum fonksiyon testi olmayanlar
3. Günde 10 taneden az sigara içenler

4. İzlem süresi 1 yıldan az olan olgular
5. Uyku apne tanısı almış olanlar
6. Gece vardiyasında çalışanlar

### **VÜCUT KİTLE İNDEKSİ (QUETELET İNDEKS)**

Obezite tanısı için çeşitli ölçümler geliştirilmiştir. Obeziteyi saptamak için kullanılan boy ve vücut ağırlığı pratik ve oldukça doğru sonuç veren objektif bir ölçüm yöntemidir. 1835 yılında ilk kez Quetelet tarafından tarif edilmiştir. Günümüzde obeziteyi belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1988'de Garrow tarafından tanımlanmış olan tartı ve boy parametrelerinden yararlanılarak geliştirilen VKİ kullanılmaktadır. Ağırlığın boyun karesine bölünmesiyle (Ağırlık (kg) / Boy (m<sup>2</sup>)) bulunan bir parametredir (78). Genel olarak VKİ'nin 30 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde olması obezite ölçütü olarak kabul edilmektedir (79).

Olguların solunum fonksiyon testi yapıldığı sırada, aynı teknisyen tarafından, Şıpka 4584 marka tartı ile ağırlıkları (kg) ve boyları (m) ölçüldü. VKİ değerleri ağırlıklarının (kg) boyun (m) karesine bölünmesiyle elde edildi.

### **SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ**

Hastaların solunum fonksiyon testleri (SFT) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları kliniğine ait solunum laboratuvarında aynı teknisyen tarafından Vmax 22 Sensor Medics, Yorba Linda, USA (Vmax 2130 V6200 / Vision Software Version 05-2A) markalı bir spirometri ile Amerikan Toraks Derneği kriterlerine (73) uygun olarak ölçüldü. Hastaların FEV1 (Birinci saniye zorlu ekspiratuar volümü), FVC (Zorlu vital kapasite), FEV1/FVC parametreleri ölçüldü ve en uygun olanı alındı.

Spirometri cihazı her gün sabah o günkü ısı, nem ve basınç değerleri dikkate alınarak kalibre edildi. Test öncesinde hasta teknisyen tarafından işlem hakkında kısaca bilgilendirildi. Hastanın adı soyadı, protokol numarası, yaşı, boyu ve kilosu cihaza kaydedilerek işleme başlandı. Cihaz ölçüm yapılan elektronik bölüm ve hastanın nefes alıp verdiği ağızlıktan oluşmakta idi. İlk kez o hasta tarafından kullanılacak ve sonra imha edilecek ağızlık aletin giriş bölümüne yerleştirildi. Baş hafifçe yukarda olacak şekilde dik oturur pozisyonda, dudakları ile ağızlığı iyice sarar ve burnu da bir mandalla kapatıldı. Hastalarımız önce sakin bir şekilde nefes alıp verirken nefes vermenin sonunda teknisyenin kontrolüyle zorlu, derin ve hızlı bir nefes aldılar. Teknisyenin hızlı, zorlu ve sonuna kadar nefes ver komutu ile de

nefes verdiler. Nefes verme işlemi en az 6 saniye sürdürüldü. Test en az 3 en fazla 8 kez tekrarlandı ve en uygun olan değerler alındı.

Spirometri kabul edilebilirlik kriterleri şunlardı: spirogramda artefakt olmaması (öksürük olmaması, testin erken bitirilmemesi, ağızlıktan kaçak olmaması, ağızlığın ısırılmaması), test başlangıcının iyi olması (ekstrapolasyon volümü FVC'nin % 5'i veya 0,15 litreden az olması, zirve akıma ulaşma süresi 120 milisaniyeden kısa olması), yeterli bir ekshalasyon yapılması (ekshalasyon süresi en az 6 sn olmalı ve volüm-zaman eğrisinde plato çizdirilmesi).

Spirogramda tekrarlanabilirlik kriterleri ise en yüksek iki FVC arasındaki fark 0,2 litreden az olması, en yüksek iki FEV1 arasındaki fark 0,2 litreden küçük olması idi. Bu kriterler varsa test sonlandırıldı. Bu kriterler bulunmadığında toplam 8 test veya kişi testleri sürdüremeyinceye kadar tekrarlandı ve en iyi 3 test kayda alındı (71,73).

## **UYKU ANKETLERİ**

### **Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi**

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde 1996 yılında Ağargün ve ark. (52) tarafından yapılmıştır. Tanısal duyarlılığı %89,6, özgüllüğü %86,5'tir. PUKİ ile uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü yapılabilmektedir. 24 sorudan oluşan bu testte ilk 19 soru kendini değerlendirme sorusudur; 5'i eş ya da oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Hesaplama 19. soru ve eş tarafından cevaplandırılan 5 soru dikkate alınmaz. PUKİ; subjektif uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, uyku verimliliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlerinde bozulmanın değerlendirildiği yedi öğeden oluşmaktadır. 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde sınıflandırılmıştır. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin yedi bileşeni vardır:

1. Öznel uyku kalitesi (bileşen 1)
2. Uyku gecikmesi (bileşen 2)
3. Uyku süresi (bileşen 3)
4. Alışılmış uyku etkinliği ( bileşen 4)
5. Uyku bozukluğu (bileşen 5)
6. Uyku ilacı kullanımı (bileşen 6)
7. Gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7)



Tek bir sorunun puanı ile belirtilen bileşenler, bileşen 1 (soru 6), bileşen 3 (soru 4) ve bileşen 6 (soru7)'dir. Bileşen 2 puanı, soru 2 ve 5a; bileşen 4 puanı, soru 8 ve 9 puanlarının toplamından elde edilmektedir. Her bileşen 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Yedi bileşenden oluşan ölçek toplamı global skor olarak adlandırılmakta ve toplam puanı 0-21 arasındadır. Toplamda 0-5 arası puan alan uyku kalitesi iyi, 6-21 arası puan alan uyku kalitesi kötü olarak adlandırılır. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ölçeğin doldurulması 5-10 dakika, puanlaması 5 dakika kadar sürer (52).

Subjektif uyku kalitesini değerlendirmek amacı ile yapılan bu test 24 sorudan oluşmakta olup 106 olgu tarafından son bir aydaki durumları göz önüne alınarak 19 soru kendileri tarafından, 5 soru da eşleri tarafından dolduruldu. Doldurulan PUKİ anketleri incelenerek puanları hesaplandı ve global skoru 5'in üzerinde ise uyku kalitesi kötü olarak değerlendirildi.

### **Epworth Uykululuk Ölçeği**

Gündüz aşırı uyku eğilimini saptamak için Johns (49) tarafından 1991 yılında geliştirilen bu test uykunun niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesine yönelik öz bildirim ölçeklerindedir. 1999 yılında Ağargün ve ark. (80) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Uyku ve uyku bozuklukları ile ilgili yapılacak çalışmalarda genel uykululuk düzeyini ve farklı durumlardaki uykululuk düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Kişinin gündüz uykululuk durumunu sorgulayan bu test sekiz farklı yaşam halinde kişinin uykuya dalma veya uyuklama olasılığını değerlendirmeyi amaçlar. Uygulama ve değerlendirmesi çok kolay ve tüm gün boyunca uykunun değerlendirilmesinde önemli bir yere sahip güvenilirlik ve geçerliliği kanıtlanmış bir öz bildirim ölçeğidir. Hastadan sekiz soruda 0, 1, 2, 3 şeklinde uyuma olasılığının puanlanması istenmekte ve sekiz sorunun toplamı hesaplanmaktadır. Yüksek puan uykululuğu göstermektedir. Toplam puan 10'dan büyükse patolojik uykululuk varlığını gösterir (80).

Toplam 106 olgumuza bu anketteki 8 soru son bir ay değerlendirilmek üzere doldurmaları istendi. Epworth uykululuk testinden on ve üzeri puan alanlar uykululuk açısından anlamlı kabul edildi.

## **İSTATİSTİK**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 19.0 (Seri No:10240642) programı kullanılarak veri tabanı oluşturulmuştur. Anlamlılık düzeyi için  $p < 0,05$  alınmıştır. Elde edilen niceliksel verilerin karşılaştırılmasında bağımlı ve bağımsız gruplarda student-t testi, parametrik varsayımlar gerçekleşmediğinde Mann\_ whitney U ve Wilcoxon testleri, kategorik verilerin karşılaştırılmasında, ki-kare testi, niceliksel değişkenler arası ilişkiler pearson ve spearman korelasyon analiziyle incelendi.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan 106 olgunun 67'si erkek (%63,2), 39'u kadındı (%36,8) (Tablo 1). Olguların %39,6'sı (n=42) sigarayı bırakan grupta, %60,4'ü (n=64) sigara bırakmayan gruptaydı. Sigarayı bırakanların %69,0 (n=29) erkek olgu iken %31,0 (n=13) kadın idi. Sigara bırakmayan grup ise %59,4 (n=38) erkek, % 40,6 (n=26) kadın olgu idi. Sigara bırakma açısından bakıldığında, erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p<0,312$ ). Olguların yaş ortalamasına bakıldığında, sigara bırakan 29 erkeğin yaş ortalaması  $52,55\pm 10,79$  yıl, bırakmayan 38 erkeğin yaş ortalaması  $48,58\pm 12,32$  yıl idi (Tablo 1). Sigara bırakan 13 kadının yaş ortalaması  $46,54\pm 10,73$  yıl, bırakmayan 26 kadının yaş ortalaması ise  $45,69\pm 9,04$  yıl idi ve gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ( $p<0,128$ ).

**Tablo 1. Sigara bırakan ve bırakmayan olguların demografik verileri**

		Sigara Bırakan	Sigara Bırakmayan	Toplam	p Değeri
<b>Erkek</b>	n (%)	29 (%69,0)	38 (%59,4)	67 (%63,2)	
	Yaş (yıl ortalama)	$52,55\pm 10,79$	$48,58\pm 12,32$	$50,30\pm 11,76$	0,173*
<b>Kadın</b>	n (%)	13 (%31,0)	26 (%40,6)	39 (%36,8)	
	Yaş (yıl ortalama)	$46,54\pm 10,73$	$45,69\pm 9,04$	$45,97\pm 9,50$	0,797*
<b>Toplam</b>	n (%)	42 (%100)	64 (%100)	106 (%100)	0,312*
	Yaş (yıl ortalama)	$50,69 \pm 11,01$	$47,41\pm 11,12$	$48,71\pm 11,74$	0,128*

\*T-Test.

Eğitim durumlarına bakıldığında, olguların %31,1'i (n=33) ilköğretim, %27,4'ü (n=29) lise, %41,5'i (n=44) üniversite mezunuydu (Tablo 2). Olgulardan sigarayı bırakanların %28,6'sı (n=12) ilköğretim, %31,0'ı (n=13) lise, %40,5'i (n=17) üniversite mezunuydu. Sigarayı bırakmayanların ise %32,8'i (n=21) ilköğretim, %25,0'ı (n=16) lise, %42,2'si (n=27) üniversite mezunuydu. Olguların eğitim durumlarının, sigara bırakma üzerine anlamlı bir etkisi saptanmadı ( $p<0,782$ ).

**Tablo 2. Sigara bırakan ve bırakmayan olguların eğitim durumlarının karşılaştırılması**

Eğitim Durumu	Sigara Bırakan	Sigara Bırakmayan	Toplam	p Değeri
İlköğretim n (%)	12 (%28,6)	21 (%32,8)	33 (%31,1)	0,782*
Lise n (%)	13 (%31,0)	16 (%25,0)	29 (%27,4)	
Üniversite n (%)	17 (%40,5)	27 (%42,2)	44 (%41,5)	
<b>Toplam n (%)</b>	42 (%100)	64 (%100)	106 (%100)	

\*Pearson ki-kare.

Meslek gruplarına göre bakıldığında, %11,3'ü (n=12) ev hanımı, %41,5'i (n=44) emekli, %5,7'si (n=6) işsiz, %41,5'i (n=44) çalışıyordu (Tablo 3). Bunlar içerisinde sigarayı bırakanların %7,1'i (n=3) ev hanımı, %52,4'ü (n=22) emekli, %4,8'i (n=2) işsiz, %34,1'i (n=15) çalışıyor iken sigara bırakmayanların %14,1'i (n=9) ev hanımı, %34,4'ü (n=22) emekli, %6,3'ü (n=4) işsiz, %45,3'ü (n=29) çalışıyor idi. Meslek gruplarına göre olgular arasında sigara bırakma açısından anlamlı farklılık saptanmadı ( $p<0,294$ ).

**Tablo 3. Sigara bırakan ve bırakmayan olguların mesleğe göre dağılımı**

Meslek	Sigara Bırakan n (%)	Sigara Bırakmayan n (%)	Toplam n (%)	p Değeri
Ev hanımı	3 (%7,1)	9 (%14,1)	12 (%11,3)	0,294*
Emekli	22 (%52,4)	22 (%34,4)	44 (%41,5)	
İşsiz	2 (%4,8)	4 (%6,3)	6 (%5,7)	
Çalışıyor	15 (%34,1)	29 (%45,3)	44 (%41,5)	
<b>Toplam</b>	42 (%100)	64 (%100)	106 (%100)	

\*Pearson ki-kare.

Medeni durumlarına göre incelendiğinde, %80,2'si (n=85) evli, %6,6'sı (n=7) bekar, %13,2'sinin (n=14) eşinden boşanmış/ölmüş olduğu görüldü (Tablo 4). Sigarayı bırakanların %78,6'sı (n=33) evli, %7,1'i (n=3) bekar, %14,3'ü (n=6) eşinden boşanmış/ölmüş, sigarayı bırakmayanların ise %81,3'ü (n=52) evli, %6,3'ü (n=4) bekar, %12,5'i (n=8) eşinden

boşanmış/ölmüş olarak saptandı. Medeni durumlarına göre sigara bırakma açısından anlamlı farklılık saptanmadı ( $p<0,944$ ).

**Tablo 4. Sigara bırakan ve bırakmayan olguların medeni durum dağılımı**

Medeni Durum	Sigara Bırakan n (%)	Sigara Bırakmayan n (%)	Toplam n (%)	p Değeri
Evli	33 (%78,6)	52 (%81,3)	85 (%80,2)	0,944*
Bekar	3 (%7,1)	4 (%6,3)	7 (%6,6)	
Eşinden boşanmış/Ölmüş	6 (%14,3)	8 (%12,5)	14 (%13,2)	
<b>Toplam</b>	42 (%100)	64 (%100)	106 (%100)	

\*Pearson ki-kare.

Sigara bırakan ve bırakmayan olguların içtiği ortalama sigara miktarı karşılaştırılmasına bakıldığında, sigarayı bırakanların ( $n=42$ ) günde ortalama  $24,90\pm 12,75$  adet sigara içtiği buna paket/yıl olarak bakıldığında ise ortalama  $34,14\pm 22,36$  paket/yıl sigara içtiği görüldü (Tablo 5). Sigarayı bırakmayanların ( $n=64$ ) günde ortalama  $23,44\pm 10,51$  adet,  $32,94\pm 22,38$  paket/yıl sigara içtiği görüldü. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,001$ ).

**Tablo 5. Sigara bırakan ve bırakmayan olguların içtiği ortalama sigara miktarı dağılımı**

	İçme miktarı (Sigara /Gün ) (ort $\pm$ SS)	İçme süresi (Paket/ Yıl) (ort $\pm$ SS)
<b>Sigarayı Bırakan (n=42)</b>	24,90 $\pm$ 12,75	34,14 $\pm$ 22,36
<b>p Değeri</b>	0,520*	0,788*
<b>Sigarayı Bırakmayan (n=64)</b>	23,44 $\pm$ 10,51	32,94 $\pm$ 22,38
<b>p Değeri</b>	0,537*	0,788*

ort $\pm$ SS: ortalama $\pm$  standart sapma.

\*T-Test.

Sigara ile solunum fonksiyon testleri (SFT) arasındaki ilişkiye bakıldığında, olguların 42'sinin tedavi öncesi ve tedavi sonrası SFT'leri mevcuttu (Tablo 6). Sigarayı bırakan 23 olgunun tedavi öncesi FVC değerinin ortalaması  $86,04\pm 21,97$ (%), tedavi sonrası FVC değeri ortalaması  $91,43\pm 15,86$ (%) idi ve aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p<0,219$ ).Tedavi öncesi sigarayı bırakanların FEV1 değerinin ortalaması  $88,74\pm 24,29$ (%), tedavi sonrası FEV1 değerinin ortalaması  $95,87\pm 23,38$ (%) idi ve aralarında anlamlı farklılık bulunmadı ( $p<0,133$ ).

Sigara bırakanların tedavi öncesi FEV1/ FVC değeri ortalaması 84,43±11,73(%) tedavi sonrası ise FEV1/FVC 85,09±11,40(%) bulundu. Aralarında anlamlı farklılık saptanmadı (p<0,784). Sigarayı bırakmayan 19 olgunun tedavi öncesi FVC ortalaması 91,40±19,68(%), tedavi sonrası FVC değeri ortalaması 91,05±20,84(%) idi ve aralarında anlamlı farklılık yoktu (p<0,949). Tedavi öncesi FEV1 ortalaması 92,58±21,62(%), tedavi sonrası FEV1 ortalaması 94,68±23,37(%) idi ve aralarında anlamlı farklılık saptanmadı (p<0,346). Tedavi öncesi FEV1/FVC ortalaması 84,89±9,39(%), tedavi sonrası ise FEV1/FVC ortalama değeri 86,47±7,60(%) olarak saptandı. Aralarında anlamlı farklılık görülmedi (p<0,240).

**Tablo 6. Sigara bırakan ve bırakmayan olguların tedavi öncesi ve sonrası solunum fonksiyon test sonuçlarının dağılımı**

	<b>Sigara Bırakan (n=23)</b>	<b>Sigara Bırakmayan (n=19)</b>
<b>FVC % (ort±SS) (İlk Başvuru)</b>	86,04±21,97	91,40±19,68
<b>FVC % (ort±SS) (Son Kontrol)</b>	91,43±15,86	91,05±20,84
<b>p Değeri</b>	0,219*	0,949*
<b>FEV1 % (ort±SS) (İlk Başvuru)</b>	88,74±24,29	92,58±21,62
<b>FEV1 % (ort±SS) (Son Kontrol)</b>	95,87±23,38	94,68±23,37
<b>p Değeri</b>	0,133*	0,346*
<b>FEV1/FVC (İlk Başvuru)</b>	84,43±11,73	84,89±9,39
<b>FEV1/FVC (Son Kontrol)</b>	85,09±11,40	86,47±7,60
<b>p Değeri</b>	0,784*	0,240*

**ort±SS:** ortalama± standart sapma, **FVC:** Zorlu Vital Kapasite (Forced Vital Capacity), **FEV1:** 1. Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Volüm (Forced Expiratory Volume in 1).

\* Mann-Whitney U test.

Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'sine bakılan olguların 42'si sigara bırakan, 64'ü sigara bırakmayan gruptaydı (Tablo 7). Sigara bırakan grupta öznel uyku kalitesi "component" 1 (Component=C) ortalaması 0,86±0,75, bırakmayan grupta ise C1 ortalaması 1,02±0,77 olarak saptandı. Her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p<0,296). Sigara bırakanların C2 (uyku gecikmesi) değeri ortalaması 1,05±0,94, sigara bırakmayanların ortalaması 1,33±0,94 olarak saptandı. Her iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu (p<0,136). Olguların C3 (uyku süresi) değerine bakıldığında ise, sigara bırakanların ortalaması 0,88±0,92, sigara bırakmayanların ortalaması 1,19±0,83 idi ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p<0,078). C4 (C4= alışılmış uyku etkinliği) değer ortalaması sigara bırakanlarda 2,90±0,48, sigara bırakmayanlarda 3,00±0,00 olup aralarında anlamlı farklılık

bulunmadı ( $p<0,118$ ). Sigara bırakanların C5 (uyku bozukluğu) ortalaması  $1,10\pm0,53$ , sigara bırakmayanların ortalaması  $1,20\pm0,69$  gruplar arası anlamlılık saptanmadı ( $p<0,394$ ). Olguların C6 (uyku ilacı kullanımı) ortalamalarına bakıldığında sigara bırakanların  $0,26\pm0,83$ , sigara bırakmayanların ortalaması  $0,20\pm0,72$  olup her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p<0,699$ ). Sigara bırakanların C7 (gündüz işlev bozukluğu) ortalama değeri  $0,50\pm0,77$ , sigara bırakmayanların ortalama değeri  $0,66\pm0,91$  bulundu ve aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p<0,362$ ). PUKİ'nin global skorunun değerlendirilmesinde ki genel uyku kalitesi göstergesi olarak değerlendirilmektedir, sigara bırakanlarda ortalama değer  $7,55\pm2,65$ , sigara bırakmayanlarda ortalama değer  $8,59\pm2,74$  idi. Her iki grubun global skor değerlendirilmesinde anlamlı farklılık görülmedi ( $p<0,054$ ).

**Tablo 7. Sigara bırakan ve bırakmayan olguların Pittsburgh uyku kalitesi indekslerinin dağılımı**

Uyku Bileşenleri	Sigara Bırakan (n:42) (ort±SS)	Sigara Bırakmayan (n:64) (ort±SS)	p Değeri
C1. Öznel Uyku Kalitesi	0,86±0,75	1,02±0,77	0,296*
C2. Uyku Gecikmesi	1,05±0,94	1,33±0,94	0,136*
C3. Uyku Süresi	0,88±0,92	1,19±0,83	0,078*
C4. Alışılmış Uyku Etkinliği	2,90±0,48	3,00±0,00	0,118*
C5. Uyku Bozukluğu	1,10±0,53	1,20±0,69	0,394*
C6. Uyku İlacı Kullanımı	0,26±0,83	0,20±0,72	0,699*
C7. Gündüz İşlev Bozukluğu	0,50±0,77	0,66±0,91	0,362*
Global Skor	7,55±2,65	8,59±2,74	0,054*

ort±SS: ortalama± standart sapma, C:Component.

\*T-Test.

Pittsburgh uyku kalitesi indeksi global skora göre uyku kalitesi ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, bırakan olguların %23,8'i (10/42) iyi uyku skorlarına sahip iken sigarayı bırakmayanların sadece %7,8'i (5/64) iyi uyku kalitesi skorlarına sahipti (Tablo 8). Diğer bir deyişle sigara içmeye devam edenlerin %92,2'si (59/64) kötü uyku kalitesine sahipken bırakanların %76,2'si (32/42) kötü uyku kalitesine sahipti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p=0,021$ ).

**Tablo 8. Sigara bırakan ve bırakmayan olguların Pittsburgh uyku kalite indeksi global skorunun dağılımı**

PUKİ Skor	Sigara Bırakan	Sigara Bırakmayan	Toplam	p değeri
≤ 5 (iyi uyku) n	10	5	15	0,021*
%	23,8	7,8	14,2	
> 5 (kötü uyku) n	32	59	101	
%	76,2	92,2	85,8	
<b>Toplam n</b>	42	64	106	

**PUKİ:** Pittsburgh uyku kalitesi indeksi.

\*Pearson ki-kare.

İçilen sigara sayısı ile Pittsburgh uyku kalite indeksi global skor karşılaştırmasına bakıldığında, kötü uyku kalitesine sahip kişilerin (n=91) günde ortalama 24,3±11 adet, 32,9±59,0 paket/yıl sigara içtiği görüldü (Tablo 9). İyi uyku kalitesine sahip kişiler (n=15) ise günde ortalama 22,5±13,8 adet, 36,3±5,0 paket/yıl sigara içmiş idi. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,001).

**Tablo 9. İçilen sigara sayısı ile Pittsburgh uyku kalite indeksi global skor ilişkisi**

Sigara	PUKİ SKOR	N	Sigara/ Gün		p Değeri	Paket /yıl		p Değeri
			Ortalama (adet)	SS		Ortalama (yıl)	SS	
Bırakmışlar	İyi uyku	10	23	13,4		32,4	25,7	0,788*
	Kötü uyku	32	25,5	12,7		34,7	21,6	
	<b>Toplam</b>	42	24,9	12,7		34,1	22,4	
Bırakmamışlar	İyi uyku	5	21,6	16,3		44,1	10,0	
	Kötü uyku	59	23,6	10,1		32,0	32,0	
	<b>Toplam</b>	64	23,4	10,5		32,9	42,0	
<b>Toplam</b>	İyi uyku	15	22,5	13,8		36,3	5,0	
	Kötü uyku	91	24,3	11	0,520*	32,9	59,0	
	<b>Toplam</b>	106	24	11,4		33,4	64,0	

**ort±SS:** ortalama± standart sapma, **PUKİ:** Pittsburgh uyku kalitesi indeksi.

\*T-Test.

Olgularda sigara bırakma ile Epworth skoru arasındaki ilişkiye bakıldığında, toplamda 42 sigara bırakan ve 64 sigara bırakmayan olgu vardı (Tablo 10). Bunlara bakıldığında sigara bırakan grupta otururken ve kitap okurken uyuklama şansı olanların ortalama aldığı puan değeri 0,83±0,94, sigara bırakmayan grupta ortalama aldığı puan değeri 0,52±0,76 idi ve aralarında anlamlı farklılık bulunmadı (p<0,057). Sigara bırakanlarda televizyon izlerken



uykuya dalma şansı olanların ortalama aldığı puan değeri  $1,10 \pm 1,06$ , sigara bırakmayanların ortalama aldığı puan değeri  $1,05 \pm 1,02$  idi ve aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p < 0,814$ ). Sigara bırakanların umumi bir yerde sükunetle otururken uyuklama şansında ortalama aldığı puan değeri  $0,45 \pm 0,67$ , sigara bırakmayanların ise  $0,41 \pm 0,79$  olup aralarında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p < 0,756$ ). Bir arabada yolculuk yaparken uyuklama şansı sorusunda sigara bırakanların aldığı ortalama puan değeri  $1,05 \pm 1,25$ , sigara bırakmayanların ortalama aldığı puan değeri  $1,11 \pm 1,20$ , iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı ( $p < 0,799$ ). Şartlar uygun olduğunda öğleden sonra uzanmışken uyuklama şansı sigara bırakanlarda ortalama puan değeri  $1,55 \pm 1,25$ , sigara bırakmayanlarda ortalama puan değeri  $1,22 \pm 1,15$  olup aralarında anlamlı farklılık bulunmadı ( $p < 0,167$ ). Sigara bırakanlarda oturup bir başkası ile konuşurken uyuklama şansı ortalama puan değeri  $0,14 \pm 0,52$ , sigara bırakmayanlarda  $0,05 \pm 0,28$  idi ve anlamlı farklılık saptanmadı ( $p < 0,221$ ). Öğlen yemeği sonrası alkol almadan sessizce otururken uyuklama şansı sigara bırakanlarda ortalama puan değeri  $0,60 \pm 1,01$ , sigara bırakmayanlarda ortalama puan değeri  $0,53 \pm 0,85$  saptandı ve gruplar arası anlamlı fark bulunmadı ( $p < 0,727$ ). Trafikte birkaç dakikalığına durmuş bir arabadayken uyuklama şansı sigara bırakanlarda ortalama puan değeri  $0,12 \pm 0,50$ , sigara bırakmayanlarda ortalama puan değeri  $0,17 \pm 0,58$  idi, aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ( $p < 0,630$ ). Epworth skoru toplam puana bakıldığında sigara bırakanlarda ortalama puan değeri  $5,83 \pm 4,93$ , sigara bırakmayanlarda ortalama puan değeri  $5,05 \pm 4,16$  olup her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı ( $p < 0,379$ ).

**Tablo 10. Sigara bırakan ve bırakmayan olguların Epworth skorlarının dağılımı**

Epworth Skorları	Sigara Bırakan (n:42)	Sigara Bırakmayan (n:64)	p Değeri
Oturur ve kitap okurken	$0,83 \pm 0,94$	$0,52 \pm 0,76$	0,057*
Televizyon izlerken	$1,10 \pm 1,06$	$1,05 \pm 1,02$	0,814*
Umumi bir yerde sükunetle otururken	$0,45 \pm 0,67$	$0,41 \pm 0,79$	0,756*
Bir arabada yolculuk Yaparken	$1,05 \pm 1,25$	$1,11 \pm 1,20$	0,799*
Şartlar uygun olduğunda öğleden sonra uzanmışken	$1,55 \pm 1,25$	$1,22 \pm 1,15$	0,167*
Oturup bir başkası ile Konuşurken	$0,14 \pm 0,52$	$0,05 \pm 0,28$	0,221*
Öğlen yemeği sonrası alkol almadan sessizce otururken	$0,60 \pm 1,01$	$0,53 \pm 0,85$	0,727*
Trafikte birkaç dakikalığına durmuş bir arabadayken	$0,12 \pm 0,50$	$0,17 \pm 0,58$	0,630*
<b>Toplam Skoru</b>	$5,83 \pm 4,93$	$5,05 \pm 4,16$	0,379*

ort $\pm$ SS: ortalama $\pm$  standart sapma.

\*T-Test.

Olgular Epworth toplam skoruna göre değerlendirildiğinde, sigara bırakanlarda toplam puanı 10'dan az olanların oranı (patolojik uykululuk olmayan) %78,6 (n=33), toplam puanı 10

ve 10'dan fazla olanların oranı (patolojik uykululuk olan) %21,4 (n=9) idi (Tablo 11). Sigara bırakmayan olgularda ise toplam puanı 10'dan az olanların oranı (patolojik uykululuk olmayan) %84,4 (n=54), toplam puanı 10 ve 10'dan fazla olanların oranı (patolojik uykululuk olan) %16,6 (n=10) olarak bulundu. Her iki grup arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p<0,446$ ).

**Tablo 11. Sigara bırakan ve bırakmayan olguların Epworth skor sonucuna göre dağılımı**

Epworth Skor	Sigara Bırakan	Sigara Bırakmayan	Toplam	p Değeri
<10 n %	33	54	87	0,446*
	78,6	84,4	82,1	
≥10 n %	9	10	19	
	21,4	16,6	17,9	
Toplam n	42	64	106	

\*Pearson ki-kare.

Olguların tedavi öncesi kilo değerine bakıldığında, sigarayı bırakan grupta ortalama  $73,05\pm 13,12$  kilogram, bırakmayan grupta  $70,02\pm 12,24$  kilogram olup her iki grup arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 12). Tedavi sonrası kilo değerleri sigara bırakanlarda  $81,38\pm 15,27$  kilogram, sigara bırakmayanlarda  $72,67\pm 12,65$  kilogram idi. Gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü ( $p=0,002$ ). Sigara bırakanların tedavi öncesi vücut kitle indeksi ortalaması  $25,51\pm 3,95$ , sigara bırakmayanlarda ortalama  $24,70\pm 3,91$  olup aralarında anlamlı farklılık bulunmadı. Tedavi sonrası vücut kitle indeksi karşılaştırılmasında sigara bırakanlarda ortalama  $28,64\pm 4,92$ , sigara bırakmayanlarda ise  $25,69\pm 4,10$  bulundu. Sigara bırakan ve bırakmayanların kontrol vücut kitle indeksi arasında anlamlı farklılık saptandı ( $p=0,001$ ).

**Tablo 12. Sigara bırakan ve bırakmayan olgularda tedavi öncesi ve sonrası vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksi dağılımı**

	Sigara Bırakan (n:42)	Sigara Bırakmayan (n:64)
Vücut ağırlığı		
Tedavi öncesi	$73,05\pm 13,12$	$70,02\pm 12,24$
Tedavi Sonrası	$81,38\pm 15,27$	$72,67\pm 12,65$
p değeri	0,002*	0,228*
Vücut Kitle İndeksi		
Tedavi öncesi	$25,51\pm 3,95$	$24,70\pm 3,91$
Tedavi sonrası	$28,64\pm 4,92$	$25,69\pm 4,10$
p değeri	0,001*	0,300*

\*Eşleştirilmiş iki örnek t-Test.

Olguların tedavi öncesi ve sonrası arasındaki kilo farkına ( $\leq\%10$ ,  $>\%10$ ) bakıldığında, sigarayı bırakanlarda  $\%10$ 'dan daha az kilo farkı olanların oranı  $\%47,6$  (n=20),  $\%10$ 'dan fazla kilo farkı olanların oranı  $\%52,4$  (n=22), bırakmayanlarda ise  $\%10$ 'dan daha az kilo farkı olanların oranı  $\%92,2$  (n=59),  $\%10$ 'dan fazla kilo farkı olanların oranı  $\%7,8$  (n=5) idi (Tablo 13). Her iki grup arasındaki fark anlamlı idi ( $p<0,001$ ).

**Tablo 13. Sigara bırakan ve bırakmayan olgularda ilk başvuru ve kontroldeki kilo farkının dağılımı**

Başlangıca kilo farkı	göre	Sigara Bırakan	Sigara Bırakmayan	Toplam	p değeri
$\leq\%10$	n	20	59	79	0,001*
	%	47,6	92,2	74,5	
$>\%10$	n	22	5	27	
	%	52,4	7,8	25,5	
Toplam	n	42	64	106	

\*Pearson ki- kare.

Tedavi öncesi ve sonrası kilosu arasındaki fark  $\%10$  ve  $\%10$ 'dan az olan sigara bırakan ve bırakmayan 79 olgunun uyku kaliteleri karşılaştırıldığında, sigara bırakanların  $\%20,0$ 'si (n=4) iyi uyku kalitesine (global skor $\leq 5$ ) sahipken  $\%80,0$ 'ı (n=16) kötü uyku kalitesine (global skor $>5$ ) sahipti (Tablo 14). Sigara bırakmayanların ise  $\%8,5$ 'u (n=5) iyi uyku kalitesine (global skor $\leq 5$ ),  $\%91,5$ 'unun (n=54) kötü uyku kalitesi (global skor $>5$ ) olduğu görüldü. Sigara bırakan ve bırakmayan grup arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ( $p<0,161$ ).

**Tablo 14.  $\%10$ 'dan az kilo farkı olan sigara bırakan ve bırakmayan olguların uyku kalitesi dağılımı**

$\leq\%10$ kilo farkı olan		Sigara bırakan	Sigara bırakmayan	Toplam	p Değeri
İyi uyku ( $\leq 5$ )	n	4	5	9	0,161*
	%	20,0	8,5	11,4	
Kötü uyku ( $>5$ )	n	16	54	70	
	%	80,0	91,5	88,6	
Toplam	n	20	59	79	

\*Pearson ki- kare.

Tedavi öncesi ve sonrasındaki kilosu arasındaki fark  $\%10$ 'dan fazla olan sigara bırakan ve bırakmayan 27 olgunun uyku kalitesi dağılımına bakıldığında, sigara bırakanların

%27,3 (n=6) iyi uyku kalitesine (global skor $\leq$ 5), %72,7'si (n=16) kötü uyku kalitesine (global skor $>$ 5) sahipti (Tablo 15). Sigara bırakmayanların %0,0 (n=0) iyi uyku kalitesine (global skor $\leq$ 5), %100'ü (n=5) kötü uyku kalitesine (global skor $>$ 5) sahipti. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p $<$ 0,185).

**Tablo 15. %10'dan fazla kilo farkı olan sigara bırakan ve bırakmayan olguların uyku kalitesi dağılımı**

>%10 kilo farkı olan	Sigara bırakan	Sigara bırakmayan	Toplam	p Değeri
İyi uyku ( $\leq$ 5)	n 6	0	6	0,185*
	% 27,3	0,0	22,2	
Kötü uyku ( $>$ 5)	n 16	5	21	
	% 72,7	100	77,8	
<b>Toplam</b>	<b>n</b> 22	5	27	

\*Pearson ki- kare.

Pittsburgh uyku kalitesi indeksi sorularından olan ve eşlere sorulan soru olan uykuda nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar yani apne varlığının olup olmamasının Epworth skoru ile karşılaştırılmasında, Epworth toplam puanı 10'dan az olup (patolojik uykululuk olmayan) apnesi olanların oranı %54,2 (n=13), apnesi olmayanların oranı %84,6 (n=55) olduğu görüldü (Tablo 16). Epworth toplam puanı 10 ve 10'dan fazla olup (patolojik uykululuk olan) apnesi olanların oranı %47,8 (n=11), apnesi olmayanların oranı %15,4 (n=7) olarak bulundu. Apne ile Epworth skoru arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (p $<$ 0,001).

**Tablo 16. Apne varlığı ile Epworth skoru arasındaki ilişkinin dağılımı**

P10B (Apne)	Apnesi yok	Apnesi var	Toplam	p değeri
Epworth skoru ( $<$ 10)	n 55	13	68	0,001*
	% 84,6	54,2	79,1	
Epworth skoru ( $\geq$ 10)	n 7	11	18	
	% 15,4	47,8	20,9	
<b>Toplam</b>	<b>n</b> 62	24	89	

P: Pittsburgh.

\*Pearson ki-kare.

Pittsburgh uyku kalitesi indeksi bileşeni C5'in (uyku bozukluğu) apne varlığı ile karşılaştırması sonucu elde edilen veriler Tablo 17'de verilmiştir. Apnesi olup C5 puanı 0 olanların oranı %10,0 (n=1), C5 puanı 1-9 arası olanların oranı %21,4 (n=12), C5 puanı 10-18 arası olanların oranı %47,1 (n=8), C5 puanı 19-27 arası olanların oranı %100 (n=3) idi. Apnesi olmayanlarda C5 puanı 0 olanların oranı %90,0 (n=9), C5 puanı 1-9 arası olanların

oranı %78,6 (n=44), C5 puanı 10-18 arası olanların oranı %52,9 (n=9), C5 puanı 19-27 arası olanların oranı %0 (n=0) saptandı. Apne varlığı ile uyku bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (p=0,003).

**Tablo 17. Apne varlığı ile uyku bozukluğu arasındaki ilişkinin dağılımı**

<b>P10B (Apne)</b>		<b>Apnesi yok</b>	<b>Apnesi var</b>	<b>Toplam</b>	<b>p değeri</b>
<b>C5.Uyku bozukluğu 0 puan:0</b>	<b>n</b>	9	1	10	0,003*
	<b>%</b>	90,0	10,0	11,6	
<b>C5.Uyku bozukluğu 1-9 puan:1</b>	<b>n</b>	44	12	56	
	<b>%</b>	78,6	21,4	65,1	
<b>C5.Uyku bozukluğu 10-18 puan:2</b>	<b>n</b>	9	8	17	
	<b>%</b>	52,9	47,1	19,8	
<b>C5.Uyku bozukluğu 19-27 puan:3</b>	<b>n</b>	0	3	3	
	<b>%</b>	0	100	3,5	
<b>Toplam</b>	<b>n</b>	62	24	86	
	<b>%</b>	72,1	27,9	100	

**P:** Pittsburgh, **C:** Component.

\*Pearson ki-kare.

Çalışmaya dahil edilen 106 olgunun genel özellikleri Tablo 18’de verildi.

**Tablo 18. Çalışmaya katılanların özellikleri**

Kayıt numarası	Protokol no	İsim Soyisim	Yaş	Cinsiyet
324.	454363	ÜY	29	Erkek
325.	7926	İA	41	Kadın
326.	385123	MKK	51	Erkek
327.	112693	HE	51	Kadın
328.	456794	FY	30	Erkek
329.	19688	İA	65	Erkek
330.	76641	NÇ	51	Kadın
331.	183920	SÜ	55	Kadın
332.	219257	GE	43	Kadın
333.	33760	CY	60	Kadın
334.	267940	AB	60	Erkek
335.	334317	NS	59	Erkek
336.	162274	TY	56	Kadın
337.	227543	GV	28	Kadın
338.	330091	RÇ	57	Erkek
339.	209836	HE	43	Erkek
341.	258323	ET	29	Kadın
342.	234371	ÖD	69	Erkek
344.	78797	HK	64	Erkek
345.	456983	MA	51	Erkek
346.	15507	AEK	24	Erkek
347.	128456	ED	55	Erkek
348.	179337	SD	56	Kadın
349.	22608	VB	44	Kadın
350.	214252	NG	53	Kadın
351.	369541	AŞ	43	Kadın
352.	63755	İD	52	Erkek
353.	98263	AU	58	Erkek
354.	89729	MŞT	37	Erkek
355.	232411	EG	46	Erkek
356.	79889	SB	25	Kadın
357.	52337	ŞD	51	Kadın
358.	6056	HA	48	Kadın
359.	94135	HK	55	Erkek
361.	26447	NU	50	Kadın
362.	125613	RK	44	Kadın
363.	6906	YD	49	Erkek
364.	48272	HÖ	37	Kadın
365.	93145	HŞ	49	Erkek
366.	301984	RÇ	64	Erkek
367.	270791	SD	53	Kadın
368.	135497	OV	57	Erkek
369.	193940	DK	27	Kadın
370.	139724	FK	60	Erkek

**Tablo 18 (devam). Çalışmaya katılanların özellikleri**

371.	30060	ŞA	55	Erkek
372.	194581	MÖ	36	Kadın
373.	11872	FH	67	Erkek
374.	122801	Mİ	48	Erkek
375.	214206	ZB	47	Kadın
376.	354349	AA	34	Erkek
377.	26648	NA	33	Kadın
378.	225116	HY	65	Erkek
379.	92186	AE	62	Erkek
380.	334171	MK	55	Erkek
381.	346866	İİ	49	Erkek
382.	150573	NB	46	Kadın
383.	133068	OÖ	44	Erkek
384.	458794	UA	33	Erkek
385.	49291	EG	48	Erkek
386.	156392	YÇ	57	Erkek
388.	219747	MK	50	Erkek
389.	86636	İE	62	Erkek
390.	107050	TA	53	Erkek
391.	385333	CT	52	Erkek
394.	97445	OG	36	Erkek
395.	168556	SÇ	58	Erkek
396.	86288	SB	61	Erkek
397.	83565	MM	55	Erkek
398.	116638	NG	62	Erkek
400.	46002	ZÇ	45	Erkek
402.	303988	TT	38	Erkek
403.	41742	MÇD	64	Erkek
404.	58958	İA	59	Erkek
405.	313356	MH	53	Erkek
406.	64695	BMG	49	Erkek
407.	299262	ED	50	Erkek
408.	242887	MMG	58	Erkek
409.	273985	ND	49	Kadın
411.	177314	HG	32	Erkek
412.	105801	FÖ	52	Kadın
413.	243385	ÖD	34	Erkek
414.	211722	SO	42	Erkek
415.	2278	HV	60	Kadın
417.	456551	HÇ	32	Erkek
420.	118570	HY	47	Kadın
421.	270432	İK	22	Erkek
422.	417687	SB	39	Erkek

**Tablo 18 (devam). Çalışmaya katılanların özellikleri**

423.	43743	AA	44	Kadın
424.	455721	HI	35	Kadın
425.	7278	RT	50	Kadın
426.	455941	AL	62	Erkek
427.	120825	SŞ	50	Kadın
428.	32404	NA	54	Kadın
430.	70598	AA	60	Erkek
431.	92749	İD	62	Erkek
433.	18851	BS	44	Kadın
434.	178287	MK	67	Erkek
435.	91654	MÖ	39	Erkek
437.	20884	İD	54	Kadın
438.	48835	YB	62	Erkek
439.	38704	FK	40	Kadın
440.	283434	ME	40	Erkek
441.	118541	ÇB	65	Kadın
442.	244170	EKY	36	Erkek
443.	91758	AP	42	Kadın
444.	323832	CÇ	35	Erkek



## TARTIŞMA

Sigaranın birçok hastalığın etiyolojisinde rol oynadığı ve başlıca ölüm nedeni olduğu bilinmektedir. Uyku bozuklukları açısından da sigara ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışmaya dayalı olarak sigara bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde başvuran olguların anlamlı olarak daha yüksek oranda erkek olgulardan oluştuğu gözlemlendi. Uzaslan ve ark. (81)'nin Bursa'da, Solak ve ark. (82)'nin İzmir'de, Çan ve ark. (83)'nin Trabzon'da, Fidan ve ark. (84)'nin Afyon'da yaptıkları çalışmalarda da bu çalışma ile uyumlu olarak sigara bırakma polikliniklerine başvuran erkek olgu sayısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştu. Salepçi ve ark. (85)'nin, İstanbul'da yaptığı çalışmada ve Wilson ve ark. (86)'nin çalışmasında ise kadın oranı daha yüksek bulunmuştur. Demir ve ark. (87)'nin, İstanbul'da yaptığı çalışmada ise polikliniğe başvuran hastalarda kadın ve erkek sayısı birbirine çok yakın oranlarda bulunmuştur. Bizim çalışmamızda polikliniğimize başvuran erkek sayısının fazla olmasını sosyoekonomik ve kültürel yapıya bağlı olduğunu düşündük. Yapılan araştırmalardaki sigara bırakma oranlarına bakıldığında ise erkeklerin kadınlara göre daha yüksek sigara bırakma oranlarına sahip olduğu saptanmıştır (88-90). Çalışmamızda da, diğer pek çok çalışma ile (81,83,86,87) benzer olarak cinsiyetin sigara bırakma başarısını etkilemediğini gözlemledik.

Olgularımızın yaş ortalamasına baktığımızda, her iki cinsiyette de sigara bırakanların yaş ortalamaları ile bırakmayanların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı. Pek çok çalışmada yaşı büyük olanlarda sigara bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur (90-92).

Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde olgularımızın büyük çoğunluğu lise ve üniversite mezunu idi. Ancak eğitim durumunun sigara bırakma üzerine etkisi anlamlı

bulunmadı. Ege Üniversitesi'nde sigara bırakma polikliniğine başvuranların büyük kısmının lise ve üniversite mezunları oluşturmuştu (93). Çan ve ark. (83)'nin çalışmasında eğitim düzeyi ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Şahbaz ve ark. (94) çalışmalarında, eğitim durumunun bırakma üzerine anlamlı etkisi olmadığını bulmuşlardır.

Meslek grupları ile başarı oranları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, çalışmamızda mesleğin sigara bırakma üzerine anlamlı etkisi bulunmadı.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların büyük çoğunluğu evli idi. Olguların çoğunun evli olması tedaviye alınan hastada sağlanacak başarının sigara içen diğer aile bireylerinin de bırakma konusunda teşvik edilebileceğini düşündürmektedir. Şahbaz ve ark. (94)'nin yaptığı çalışmada evli olma durumu sigarayı bırakmada başarı oranını arttıran bir etken olarak saptanmıştır. Salepçi ve ark. (85)'nin çalışmasında ise medeni durum ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda da medeni durum ile sigara bırakma arasında ilişki görülmedi.

Günlük içilen sigara sayısının bırakma başarısı ile ilgili olduğunu belirten çalışmalar yanında günlük fazla sigara tüketiminin düşük bırakma oranları ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (95,96). Uzaslan ve ark. (81), uzun yıllardır sigara içenlerde ve günde 11-20 adet sigara içenlerde sigara bırakma oranını anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Başka bir çalışmada daha az sayıda sigara içenlerde bırakma başarısı daha yüksek bulunmuş (86); diğer çalışmalarda ise günde içilen sigara sayısının bırakma oranını etkilemediği sonucuna varılmıştır (83,97,98). Çalışmamızda günlük içilen sigara sayısı ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Olguların SFT'lerine bakıldığında; sigara bırakan ve bırakmayanların tedavi öncesi ve sonrası FVC, FEV1, FEV1/FVC oranları arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Buna sebep olarak başvuru anındaki olguların yetersiz SFT sayısının olması, aynı zamanda olguların başvuru anında solunum cihazına uyumlarının kötü olması düşünüldü. Akciğer Sağlığı Çalışmasında sigaraya devam edenler arasında 11 yıl izlem noktasında, ortalama yıllık FEV1 kaybı yaklaşık 60 mL/yıl idi (99). Townsend ve ark. (100)'ı yaptıkları çalışmada sigara içenlerde bırakanlara göre FEV1'de düşme tespit etmişlerdir. Aparici ve ark. (101) sigara içenlerin FEV1, FEV1/FVC değerlerini içmeyenlere göre düşük bulmuşlardır. Sigara içenler, sigara bırakma programına alınmış ve 1 yıl sonra SFT değerlerinde düzelmeler olduğu görülmüş. Jensen ve ark. (102) Danimarka'da yaptıkları çalışmada, sigara içimiyle FEV1'de düşme olduğunu görmüşlerdir. Akkaya ve Ünlü (103), Verschakelen ve ark. (104) çalışmalarında sigara içenlerin FEV1 değerlerinde anlamlı düşme olduğunu görmüşlerdir.

Boskabady ve ark. (4) sigara içenlerde SFT'nin içmeyenlere göre daha düşük değerlere sahip olduğunu ve bunun sigara miktarı ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Çalışmamızda kullandığımız uyku kalitesi anketine göre sigarayı bırakanların sigara içmeye devam edenlere göre uyku kalitesinin daha iyi olduğunu tespit ettik. PUKİ alt bileşenlerinde her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Lizhen ve ark. (105)'nin 2007 yılında 1439 kişiyle PUKİ anketini uygulayarak yaptıkları kesitsel çalışmada sigara içenlerde uyku kalitesi anlamlı olarak düşük tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada uykuda gecikme ve uyku ilacı kullanımı alt bileşeni anlamlı bulunmuştur. Global PUKİ skoru sigarayı bırakmış olan erkeklerde hiç içmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Günde 21-40 adet sigara içen erkeklerde ve sigarayı bırakmış erkeklerde kötü uyku prevalansı yüksek, kadınlarda ise düzenli sigara içenlerde kötü uyku prevalansı yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi olarak da uyku kalitesi erkeklerde sadece sigara ile ilgili değil sigarayı bırakma süresi ile de ilgilidir sonucuna varılmıştır. Bizim çalışmamızda da uykuda gecikme bileşeni anlamlıya yakın bulundu. Yapılan araştırmalarda sigaranın, uyku sorunları ve bozukluklarının gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğu ve sigara içenlerin uyku kalitelerinin içmeyenlere göre kötü olduğu belirtilmektedir (106,107). Altıntaş ve ark. (107)'nin 2006 yılında 307 dönem dört tıp öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcılardan sigara içenler içmeyenlere göre daha yüksek bir yüzde ile uykuya dalmakta güçlük çekmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur. Sigara uykuya dalmada güçlüğü ve uykunun bölünmesine neden olabilir sonucuna varılmıştır. Phillips ve Danner (108) 1995 yılında 14-84 yaş arası 484 kişi üzerinde yaptığı anket çalışmasında; 99 lise öğrencisi 45 erkek 54 kız %38'i sigara içen, 385 yetişkin 122 erkek 263 kadın %20 sigara içen rastgele örneklem olarak seçilmiştir. Yaş ve sigara içme durumunun uyku ve gündüz fonksiyonu üzerindeki etkileri çok değişkenli varyans analizi ile incelenmiştir. Sigara içenlerde uykuya başlamada gecikme ve gündüz uykuluk hali tespit edilmiştir. Uyku problemi olan kişilerin tütün kullanımı konusunda sorgulanması gerektiği ve sigara içenlere sigara içme ile uyku bozukluğu arasındaki ilişki olduğunun anlatılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Wetter ve Young (109) 1994 yılında yaptığı çalışmada; 3516 yetişkin verileri uyku solunum bozukluğu açısından epidemiyolojik olarak incelenmiştir. Erkek ve kadınlarda sigara uykuya başlamada ve uyanmada güçlük ile ilişkili bulunmuştur. Gündüz aşırı uyku hali sadece kadınlarda görülürken erkeklerde izlenmemiştir. Sigara uykuya başlamada zorlukla ilişkilidir ve uyku bölünmesine yol açar. Bu durumun, sigaranın içinde bulunan nikotinin uyarıcı etkisine, gece boyunca olan yoksunluğa, uykudaki solunum sorunlarının içmeyenlere göre daha sık olmasına bağlı olabileceği

sonucuna varılmıştır. Lexcen ve Hicks (106) 1993'de yaptığı çalışmada; uyku kalitesini gözlemek için 29 sigara içen ve 29 sigara içmeyen olgu etnik köken, cinsiyet, yaş bakımından eşleştirilmiştir. Her iki grupta sigara, uyku kalitesi hakkında bilgiler kaydedilerek sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre uyku kalitesinin daha kötü olduğu, uyku başlangıcında gecikme ve uykuda geçen sürede azalma gözlemlenmiştir. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında uyku kalitesinin sigara içenlerde kötü olmasına rağmen alt bileşenler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamasının sebebi olgu sayımızın yetersiz olması, olgularımızın PUKİ anket sorularını anlamada zorluk çekmeleri olabilir.

Çalışmamızda PUKİ sonucuna göre uyku kalitesi ile günde ortalama içilen sigara sayısı ve paket/yıl olarak içilen sigara miktarı arasında anlamlı fark saptanmadı. Lizhen ve ark. (105)'nin çalışmasında günde 21-40 adet sigara içen erkeklerde ve sigarayı bırakmışlarda kötü uyku prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Wetter ve ark. (60)'nin çalışmasında 84 yetişkin değerlendirilmiş ve halen sigara içen hastaların hiç içmeyenlere göre uyku bozukluğunun daha sık olduğu, ağır sigara içicisi olarak tanımlanan, günde 40 adetten fazla sigara içen olguların uyku bozukluğu açısından daha da yüksek risk taşıdığı gözlemlenmiştir. Altıntaş ve ark. (107)'nin 2006 yılında 307 dönem dört tıp öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %25,4'ü (78 öğrenci) sigara kullanmaktaydı. Bu 78 öğrencinin %37,2'si (29 öğrenci) üç-dört yıldır sigara kullandıklarını belirtmişlerdi. Ortalama sigara içme süreleri 4,6 yıl (S.S.=2,4, Alt-Üst Sınır =1-12, Ortanca = 4) olarak bulunmuştu. Sigara içen öğrencilerin %37,2'si (29 öğrenci) günde 10-19 adet, % 37,2'si (29 öğrenci) günde 20-29 adet sigara içmişti. Günde ortalama 14,6 (S.S.=7,4, Alt-Üst Sınır = 1-40, Ortanca = 15) sigara içilmekteydi. Sonuçta sigara içmenin uyku kalitesini etkilediği sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda uygulanan Epworth uykululuk ölçeğinde sigara bırakan ve bırakmayanlar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Normal populasyonda beklenen gündüz uykululuk hali % 0,5-12 arasında bildirilmektedir (51). Whitney ve ark. (110)'nin 4578 yetişkin üzerinde uyguladığı Epworth uykululuk ölçeğinde sonuç sigara içenlerde yüksek bulunmuştur. Conway ve ark. (111)'nin sigara alışkanlığının uyku üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarında 1492 yetişkin sigara içenler, hiç içmeyenler ve daha önce içip bırakmış olanlar olarak sınıflandırılmıştır. Daha önce sigara içip bırakanların ve içmeye devam edenlerin hiç içmeyenlere göre Epworth uykululuk ölçeği sonucu yüksek bulunmuştur. Zarowski ve ark. (112)'nin çalışmasında uykusuzluğun şiddeti ve gün içi aşırı uykuluk hali sigara içen ve içmeyen öğretmenler arasında değerlendirilmiştir. 94 öğretmen ile yapılan çalışmada katılımcıların %99'u kadındı. Sigara içen ve içmeyen grupta Epworth uykuluk

ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Geçmişte sigara içmiş olgularda da anlamlı fark gözlemlenmemiştir (112).

Çalışmamızda sigara bırakan ve bırakmayanların başvuru anındaki ve kontrollerindeki kilolarını ve vücut kitle indeksi karşılaştırılmasında anlamlı ilişki görüldü. Sigara bırakanların kilo aldığını ancak bunun uyku kalitesini etkilemediğini gördük. Yani hastalar sigara bıraktıktan sonra kilo almakta ancak bu uyku kalitelerinin kötüleşmesi için bir faktör değildi. Bu konuyla ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında; Flegal ve ark. (113)'nin çalışmasında 35-74 yaşları arasında 5247 yetişkin 1988-1991 yılları arasında sigara içme durumuna göre güncel ve önceki kilolarına göre değerlendirilmiştir. 10 yıllık periyoda sigara bırakmanın kadınlarda 5 kilogram erkeklerde 4,4 kilogram artışa sebep olduğu bulunmuştur. Eva Rasky ve ark. (114)'nin 16185 kadın 11159 erkek olmak üzere toplam 27344, 15 yaş üzeri hastaları 4 yıl takip ettikleri araştırmalarında sigara içiciliğinin kadın ve erkeklerde sigara içmeyen ya da eski içicilere göre daha düşük vücut kitle indeksi ile anlamlı olarak korele olduğu görülmüştür. Sigara içiciliğinin kadın ve erkeklerde daha az vücut kitle indeksi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Buna rağmen ağır sigara içicilerinde (>40) sigara içmeyenlerle aynı olarak kilo artışı gözlenmiştir. Froom ve ark. (115) prospektif çalışmalarında 1209 fabrika çalışanını 2-4 yıl izlemiştir. Çalışmaya girişte sigarayı bırakanlarda VKİ: 26,6 halen içenlerde 25,4 bulunmuştur. İki grup arasında 3 yıldan daha az sigarayı bırakanlarda anlamlı farklılık saptanmamıştır. İzlem süresince ortalama hiç sigara içmeyenlerde artış 0,07 kg/m<sup>2</sup>, çalışmaya girmeden önce bırakanlarda 0,19 kg/m<sup>2</sup>, sigara içenlerde 0,24 kg/m<sup>2</sup>, çalışmaya girdikten sonra bırakanlarda 0,99 kg/m<sup>2</sup> kilo artışı tespit edildi. Bu çalışmada sigarayı bırakma VKİ artışına sebep olabiliyor ancak bu kilo artışı geçicidir sonucu çıkarılıyordu. Young ve ark. (116)'nin çalışmasında kilo artışının uyku bozukluğu ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Conway ve ark. (111)'nin çalışmasında da sigara bırakanların bırakmayanlara göre VKİ daha yüksek ve uyku kalitesinin daha bozuk olduğu görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada orta yaşlı populasyonda vücut kitle indeksindeki her 1 standart sapma artışın uyku apne riskini 4 kat artırdığını saptamışlardır. Benzer bir çalışmada orta derecede obezitesi olan ve başka hastalığı bulunmayan erkeklerde uyku apne prevalansını yaklaşık %40 olarak bulmuşlardır. Diğer bir çalışma obezite ile uyku apne arasındaki bir başka bağlantıyı ortaya çıkarmış ve vücut ağırlığında %10'luk bir değişimin, apne-hipopne indeksinde yaklaşık %30'luk paralel bir değişim ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (43, 117,118).

Çalışmamızda olguların eşlerine sorularak elde edilen veri olan apne ile Epworth sonuçlarının karşılaştırılmasında aralarında anlamlı ilişki olduğu gözlemlendi. Epworth skoru 10'un üzerinde olan hastaların apnelerinin olduğu gözlemlendi. Chervin ve Aldrich (119) 237 kişi ile yaptıkları çalışmada Epworth skoru ile uyku problemi arasında anlamlı istatistiksel ilişki gözlemlenmişler ancak apne şiddeti ile ilişki gözlemlenmemişlerdir. Serafini ve ark. (120) 66 olgu ile prospektif olarak yaptıkları çalışmalarında uyku apnesinin şiddeti ile Epworth skoru arasında ilişki saptamamışlardır. Sonuçta Epworth skorunun gündüz aşırı uykuluk hali ve uyku apnesinin diğer belirtilerini araştırmak için kullanışlı bir yöntem olduğunu ancak uyku apnesinin şiddetini belirlemede kullanılamayacağını klinik şüphe halinde uyku apne için polisomnografi istenmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz diğer bir veri de uyku bozukluğu ile apne arasındaki ilişki idi. Apne ile uyku bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğunu gözledik: Guilleminault (121) apne sayısı ve uyku bölünmesi fazla olan hastalarda daha fazla gündüz aşırı uykuluğu olduğunu tespit etmişlerdir. Köktürk (122) gündüz aşırı uyku halinin ağırlığının apne periyotlarının sıklığı ve süresi ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Aydın ve Sütçigil (123) gündüz uykululuğu ile uyku apne sendromunun arasında paralel ilişki olduğunu, gecede apne sayısı arttıkça gündüz uykululuğu ve bilişsel süreçteki bozukluklarında arttığını gözlemlenmişler.

Sigara bağımlılığının kötü uyku kalitesi ile ilişkili olduğunu, sigara bırakma anlamlı oranda kilo alınmasına karşın uyku kalitesine bozulmadığını bulduk. Sigara içenlerin bırakma motivasyonunda uyku kalitelerinin artacağı, bunun sağlayacağı sağlık yararları, sigara içiminin kilo alımından daha zararlı etkileri olduğu bilgileri kullanılabilir. Uykuda solunum bozukluğu olan hastaların ise bırakma yönünde teşvik edilmesi gerektiğini düşündük. Uyku anketlerinin sigara bırakma polikliniklerinde rutin kullanımının yararlı olacağı kanısındayız. Sigara bağımlılığı, kilo alımı, solunum fonksiyon bozukluğu ve uykuda solunumsal bozuklukların fizyopatolojisine ve patogenezine yönelik ileri araştırmalar yararlı olacaktır.

## SONUÇLAR

Sigara bırakmanın uyku kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmamızda vardığımız sonuçlar;

1. Sigara bırakma polikliniğine başvuran ve kontrollerinde çalışmaya alınarak PUKİ anketini cevaplayan olguların sonucuna göre sigarayı bırakanların bırakmayanlara göre daha iyi uyku kalitesine sahip olduğu gözlemlendi.

2. Gündüz aşırı uykuluk halini değerlendiren Epworth uyku anketinde sigara bırakanlar ile bırakmayanlar arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

3. Çalışmamızda sigara bırakan ve bırakmayanların tedavi öncesi ve sonrasındaki kilolarının ve vücut kitle indeksi karşılaştırılmasında anlamlı ilişki saptandı. Sigara bırakanlar daha fazla kilo almasına rağmen uyku kalitelerinin daha iyi olduğu bulundu.

4. Olguların eşlerine sorulan soru sonucunda tanıklı apnesi olan olguların Epworth skorunun karşılaştırılması arasında anlamlı ilişki görüldü. Apnesi olanların Epworth skoru 10'un üzerinde bulundu. Yine apne ile uyku bozukluğu arasında anlamlı ilişki vardı.

5. Cinsiyetin, medeni durumun, eğitim durumunun ve mesleğin sigara bırakma başarısına etkisi gözlemlenmedi.

## ÖZET

Sigara ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi ve bunun bırakmaya bağlı kilo alımı ve solunum fonksiyonlarındaki düzelme ile ilişkisini incelemeyi amaçladık. Mart 2004 - Şubat 2011 tarihleri arasında sigara bırakma polikliniğinde kayıtlı 692 olgu incelendi. Dosya bilgileri tam, günde 10 adetten fazla sigara içmiş, 1+ yıl kontrol altında kalmış hastalar çağırılarak tam klinik değerlendirmeden geçirildi ve Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ve Epworth uyku anketleri yapıldı. Ekshale karbonmonoksit ölçümü ile teyid edilmiş, 1 yıldır sigara içmeyen olgular tedavi başarısı olarak kabul edildi. 106 olgunun 67'si erkek (%63,2), 39'u kadındı (%36,8). Olguların %39,6'sı (n=42) sigarayı bırakmış, %60,4'ü (n=64) sigarayı bırakmamıştı. Sigarayı bırakanların yaş ortalaması 50,69 ±11,01 yıl, bırakmayanların ise 47,41±11,12 yıl idi. Sigarayı bırakanların bırakmayanlara göre uyku kalitelerinin daha iyi olduğu saptandı: Pittsburgh uyku kalitesi indeksine göre bırakan olguların %23,8'i (10/42), sigarayı bırakmayanların ise sadece %7,8'i (5/64) iyi uyku kalitesi skoruna sahipti (p=0.021). Üstelik bu etki uyku kalitesini bozduğu bilinen kilo alımına rağmen gözleniyordu. Sigarayı bırakanların vücut ağırlığı ortalama 8,33 kg, vücut kitle indeksi ortalama 3,13 artmıştı (p<0,05); %52,4'ü 10 kg üzerinde kilo almıştı. Yine bırakan ve bırakmayan olgulardaki uyku kalitesi farklılığı da solunum fonksiyonlarında anlamlı bir değişiklik ile ilişkili değildi. Epworth uykululuk ölçeğine göre, gündüz aşırı uykululuk hali açısından bırakan ve bırakmayan olgular arasında fark bulunmadı. Epworth ölçeği apne varlığını göstermede yararlı idi: apnesi olanların %47,8'inde Epworth ≥ 10 iken, apnesi olmayanların %15,4'ünde Epworth ≥ 10 idi (p<0,01).



Sonuç olarak sigarayı bırakan kişilerin daha kaliteli uykuya sahip olduğunu, bu düzeltici etkinin kilo alınmasına rağmen ortaya çıktığını ve uyku kalitesindeki bu ykseklığin solunum fonksiyonlarındaki düzelme dışı nedenlerle de ilişkili olabileceğini saptadık. Bu veriler kişilerin sigara bırakmasında isteklendirme aracı olarak kullanılabilceği gibi ayrıca sigara ve uyku ile ilgili ileri fizyopatolojik araştırmalara ışık tutabilir.

**Anahtar kelimeler:** Sigara içme, uyku kalitesi, epworth leği, pittsburgh uyku kalite indeksi, kilo alma.

## **THE EFFECTS OF SMOKING CESSATION ON SLEEP QUALITY**

### **SUMMARY**

In this study, we aimed to investigate the relationship between smoking and sleep quality, and to find any associations between sleep quality change, improvement of respiratory functions and weight gain after smoking cessation.

The charts of 692 cases admitted to outpatient smoking cessation clinic between March 2004-February 2011 were assessed. A total of 106 cases that have complete charts, smoke more than 10 cigarettes per day, attended at least one year clinically evaluated and requested to fill Pittsburgh sleep quality index and Epworth sleepiness scales. Biochemically confirmed with exhaled carbon monoxide, one year smoke-free period after intervention was accepted as treatment success. 67 (63.2%) out of the 106 patients were male and 39 (36.8%) were female. %39.6 (n=42) of the cases had quitted smoking while %60.4 (n=64) were failed. The mean age of the quitters was  $50.69 \pm 11.01$  year while non-quitters' was  $47.41 \pm 11.12$ . The sleep quality was observed to be better in patients who had quitted smoking compared with the patients who were failed: according to Pittsburgh sleep quality index, 23.8% (10/42) of exsmokers had good sleeping scores while only 7.8% (5/64) of the smokers had ( $p=0.021$ ). Besides, this better sleep quality was observed while the exsmokers' weight gaining which known as disturbing the sleep quality. The patients who quitted had gained mean 8.33 kg and the body mass index was increased 3.13 ( $p<0.05$ ); 52.4% of the patients had gained more than 10 kilograms. The better sleep quality of exsmokers was regardless of the improved respiratory functions. There was no difference in daytime sleepiness between smokers and

exsmokers according to Epworth sleepiness scale, but Epworth scale was helpful in determination of apnea. Epworth scale was  $\geq 10$  in 47.8% of the patients with apnea symptom, where it was  $\geq 10$  only in 15.4% of patients that do not have apnea symptom ( $p < 0,01$ ).

In conclusion, we found that people who quit smoking have a better sleep quality even after putting on weight and this improvement of quality might be related also to some other causes than improvement of respiratory functions. These data can be used as a motivational tool for patients who intend to quit smoking, as well as it can enlighten further pathophysiologic studies on smoking and sleep research.

**Key Words:** Smoking , sleep quality, epworth scale, pittsburgh sleep quality index, weight gain.

## KAYNAKLAR

1. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T. Küresel Tütün Krizi Dünya Sağlık Örgütü Küresel Tütün Salgını Raporu. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi 2008;14-23.
2. Çan G. Tütün ve Sağlık. . Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A (Editörler). Solunum Sistemi ve Hastalıkları'nda. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2010. s.1725-67.
3. Ünlü M, Sezer M. Uykuda Solunum Bozuklukları Tedavisine Genel Yaklaşım. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A (Editörler). Solunum Sistemi ve Hastalıkları'nda. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2010. s.2201-11.
4. Boskabady MH, Dehghani H, Esmailzadeh M. Pulmonary Function Tests and Their Reversibility in Smokers. Tanaffos 2003;2(8):23-30.
5. Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. Chest 2003;123(5):1730-9.
6. US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Surgeon Generals Report:1964;34.
7. US Department of Health and Human Services. Nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Rockville: US Dept of Health and Human Services, 1998.
8. Hasin D, Hatzenbuehler ML, Keyes K, Ogburn E. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10) Addiction 2006;101 Suppl 1:59-75.
9. Hand S, Edwards S, Campbell IA, Cannings R. Controlled trial of three weeks nicotine replacement in hospital patients also given advice and support. Thorax 2002;57(8):715-8.

10. Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: Acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res* 2000;2(1):19-37.
11. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA* 1994;272(19):1497-1505.
12. Öztuna F. Tütün Bağımlılığı ve Sigara Bırakma Tedavisi. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A (Editörler). *Solunum Sistemi ve Hastalıkları'nda*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2010. s.1797-1815.
13. Hughes JR. Nicotine-Related Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams&Wilkins;2000. p.1033-8.
14. Solak ZA. Sigara bırakma süreci. Özlü T, Kaya A (Editörler). *Türk Toraks Derneği 11. Yıllık Kongre Kurs Kitabında*. Ankara: Poyraz;2008. s.401-8.
15. Prochaska JO, Diclemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother: Theory. Res Pract* 1982;20:161-73.
16. Hays JT, Ebbert JO, Sood A. Treating tobacco dependence in light of the 2008 US Department of Health and Human Services clinical practice guideline. *Mayo Clin Proc* 2009;84(8):730-5.
17. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. *Respir Care*. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary 2008;53(9):1217-22.
18. Demir T. Sigara ve bırakma tedavileri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD. *Kitapları Dizisi*; 2005:149-155.
19. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991;12(4):727-35.
20. Sutherland G. Current approaches to the management of smoking cessation. *Drugs* 2002;62(2):53-61.
21. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;18(4):CD000165.
22. Schmelzle J, Rosser WW, Birtwhistle R. Update on pharmacologic and nonpharmacologic therapies for smoking cessation. *Can Fam Physician* 2008;54(7):994-9.
23. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün kontrolü. *Türk Toraks Dergisi* 2006;7(1):51- 64.
24. Tonstad S, Tonnesan P, Hajek P, Kathryn E, Williams, Clare B et al. Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):64-71.

25. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86(9):1119-27.
26. Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: Varenicline. *Int J Clin Pract* 2006;60(5):571-6.
27. Cleland JG, Ghosh J, Freemantle N, Kaye GC, Nasir M, Clark AL et al. Clinical trials update and cumulative meta-analyses from the American College of Cardiology: WATCH, SCD-HeFT, DINAMIT, CASINO, INSPIRE, STRATUS-US, RIO-Lipids and cardiac resynchronisation therapy in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2004;6(4):501-8.
28. Roddy E. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ* 2004;328(7438):509-11.
29. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J et al. Varenicline: an  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem* 2005;48(10):3474-7.
30. Williams KE, Reeves KR, Billing CB, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of varenicline for smoking cessation. *Curr Med Res Opin* 2007;23(4):793-801.
31. Köktürk O. Uykunun izlenmesi (2). Polisomnografi. *Tuberk Toraks* 1999;47(4):499-511.
32. Culebras A. The biology of sleep. Culebras A (Eds). *İn: Clinical handbook of sleep disorders*. Boston: Butterworth- Heinemann; 1996. p.13-51.
33. Feinsilver SH. Current and future methodology for monitoring sleep. *Clin Chest Med* 1998;19(1):213-8.
34. Köktürk O. Uykunun izlenmesi (1). Normal uyku. *Tuberk Toraks* 1999;47(3):372-80.
35. Kaynak H. Uyku. Uyuyamamak mı, uyanamamak mı. 1.Baskı. İstanbul: AD Kitapçılık AS, 1998. s.135-61.
36. Caskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: An overview. Kryger MH , Roth T , Dement WC (Eds). *İn: Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994. p.16-25.
37. Köktürk O. Uykuda solunum bozuklukları. *Türk Toraks Derneği 6. Kış Okulu Kitabı*, İzmir, 2007.
38. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson A, Quan S. *The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications*. 1st ed Westchester, Illinois: AASM, 2007.
39. Duran J, Esnaola S, Rubio R, Izutueta A. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 yr. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163(3Pt1):685-9.

40. Prudlo J, Koenig J, Ermert S, Juhász J. Sleep disordered breathing in medically stable patients with myasthenia gravis. *Eur J Neurol* 2007;14(3):321-6.
41. Bearpark H, Elliott L, Grunstein R, Cullen S, Schneider H, Althaus W et al. Snoring and sleep apnea: a population study in Australian men. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151(5):1459-65.
42. AASM. ICSD-2: The International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual, 2nd ed. Westchester, Illinois, 2005.
43. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993;328(17):1230-5.
44. Young T, Shahar E, Nieto FJ, Redline S, Newman AB, Gottlieb DJ et al. Predictors of sleep-disordered breathing in community-dwelling adults: the Sleep Heart Health Study. *Arch Intern Med* 2002;162(8):893-900.
45. Köktürk O. Obstruktif uyku apne sendromu epidemiyolojisi. *Tuberk Toraks* 1998;46(2):193-201.
46. Collop NA. Obstructive Sleep apnea. *Semin Respir Crit Care Med* 2005;26(1):13-24.
47. Erdamar B, Suoglu Y, Cuhadaroglu C, Katircioglu S, Guven M. Evaluation of clinical parameters in patients with obstructive sleep apnea and possible correlation with the severity of the disease. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001;258(9):492-5.
48. American Association of Respiratory Care-Association of Polysomnography Technologists clinical practise guideline. Polysomnography. *Respir Care* 1995;40(12):1336-43.
49. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991;14(6):540-5.
50. Janson C, Gislason T, De Backer W, Plaschke P, Björnsson E, Hetta J et al. Prevalence of sleep disturbances among young adults in three European countries. *Sleep* 1995;18(7):589-97.
51. Roth T, Roehrs TA, Rosenthal L. Sleep Disorders. In: Oldham JM, Riba MB (Eds). *Review of Psychiatry*, Vol 13, Washington DC: American Psychiatric Press; 1994. p.707-28.
52. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7(2):107-15.
53. Ertekin Ş. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1998.
54. Schwab RJ, Goldberg A, Pack A. Sleep apne syndromes. In: Fishman A (Eds). *Fishman's Pulmonary Disease and Disorders*, Newyork: Mc Graw Hill Book; 1998. p.1617-37.
55. Görgülü Ü. KOAH Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.

56. Fleetham JA. Upper airway imaging in relation to obstructive sleep apnea. *Clin Chest Med* 1992;13(3):399-416.
57. Lopat M, Onal E. Mass loading sleep apnea and pathogenesis of obesity hypoventilation. *Am Rev Resp Dis* 1982;126(4):640-5.
58. Grunstein R. Pulmonary function, sleep apnea and obesity. In: Kopelman P, Stock M (Eds). *Clinical obesity*. London: Blacwell Science; 1998. p.248-89.
59. Strollo PJ, Atwood CW, Sanders MH. Medical therapy for obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC (Eds). *Principles and practice of sleep medicine*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier 2006. p.1053-61.
60. Wetter DW, Young TB, Bidwell TR. Smoking as a risk factor for sleep-disordered breathing. *Arch Intern Med* 1994;154(19):2219-24.
61. Khoo SM, Tan WC, Ng TP, Ho CH. Risk factors associated with habitual snoring and sleep-disordered breathing in a multi-ethnic Asian population: a population-based study. *Respir Med* 2004;98(6):557-66.
62. Gülbay BE, Acıcan T. Obstrüktif uyku apne sendromunda medikal tedavi. *Türkiye Klinikleri* 2008;1:120-6.
63. Davila DG, Hurt RD, Offord KP. Acute effects of transdermal nicotine on sleep architecture, snoring, and sleep-disordered breathing in nonsmokers. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;150(2):469-74.
64. Franklin KA, Gislason T, Omenaas E. The influence of active and passive smoking on habitual snoring. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;170(7):799-803.
65. Goodday RHB, Precious DS, Morrison AD, Robertson CG. Obstructive Sleep Apnea Syndrome: Diagnosis and Management. *J Can Dent Assoc* 2001;67(11):652-8.
66. Nahmias J, Lao R, Karetzky M. Right ventricular dysfunction in obstructive sleep apnoea: reversal with nasal continuous positive airway pressure. *Eur Respir J* 1996;9(5):945-51.
67. Wessendorf TE, Teschler H, Wang YM, Konietzko N, Thilmann AF. Sleep-disordered breathing among patients with first-ever stroke. *J Neurol* 2000;247(1):41-7.
68. Köktürk O. Obstrüktif uyku apne sendromu klinik özellikleri. *Tuberk Toraks* 1999;47(1):117-26.
69. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005;365(9464):1046-53.
70. Flemons WW, Tsai W. Quality of life consequences of sleep-disordered breathing. *J Allergy Clin Immunol* 1997;99(2):750-6.
71. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J* 2005;26(2):319-38.



72. Crapo RO, Jensen RL. Standards and interpretive issues in lung function testing. *Respir Care* 2003;48(8):764-72.
73. American Thoracic Society. Standardization of spirometry. 1994 update. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152(3):1107-36.
74. Ruppel GL. *Manual of Pulmonary Function Testing*. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1991:30-4.
75. Gibson GJ. *Clinical Tests of Respiratory Function*. 3rd ed. London: Hodder Arnold; 2009. p.242-62.
76. Hughes JMB, Pride NB. Lung Function Tests. In: *Physiological Principles and Clinical Applications*. London: WB Saunders; 1999. p.259-69
77. Hyatt RE, Scanlon PD, Nakamura M. *Interpretation of Pulmonary Function Tests*. 2nd ed. Philadelphia: LippincottWilliams and Wilkins; 2003. p.1-59
78. Garrow JS, Webster J. Quetelet's Index (W/H<sup>2</sup>) as a measure of fatness. *Int J Obes* 1985;9(2):147-53.
79. Seidell JC, Deurenberg P, Hautuast JGAJ. Obesity and fat distribution in relation to health. Current insights and recommendations. *World Rev Nutr Diet* 1987;50:57-91.
80. Ağargün MY, Çilli AS, Kara H, Bilici M, Telcioğlu M, Semiz ÜB. Epworth Uykululuk Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10(4):261-7.
81. Uzaslan EK, Ozyardimci N, Karadag M. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Annals of Medical Sciences* 2000;9:63-9.
82. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Türk Toraks Dergisi* 2003; 4(1):73-7.
83. Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tuberk Toraks* 2004;52(1):69-74.
84. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005;6(3):27-34.
85. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Türk Toraks Dergisi* 2005;6(2):151-8.
86. Wilson DH, Wakefield MA, Steven ID, Rohrsheim RA, Esterman AJ, Graham NMH. Sick of smoking : Elevation of targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. *Med J Aust* 1990;152(10):518-21.
87. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tuberk Toraks* 2004;52(1):63-8.

88. Kaya E, Danacı A, Sakar A, Yorgancıoğlu A. Sigarayı bırakmada ruhsal etkenlerin etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6(4):245-50.
89. Özdemir L. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
90. Balbay Ö, Annakkaya AN, Aytar G, Bilgin C. Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;3(3):10-4.
91. Kabat GC, Wynder EL. Determinants of quitting smoking. *Am J Public Health* 1987;77(10):1301-5.
92. Coombs RB, Li S, Kozlowski LT. Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking. *Am J Epidemiol* 1992;135(3):240-6.
93. Aytemur Solak Z, Gündüz Telli C, Erdinç E. Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları. *Türk Toraks Dergisi* 2003;4(1):73-7.
94. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. *Türk Toraks Dergisi* 2007;8(2):110-4.
95. Chandola T, Head J, Bartley M. Sociodemographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 2004;99(6):770-7.
96. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS. Predicting smoking cessation : Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994;271(8):589-94.
97. Schacter S. Recidivism and self cure smoking and obesity. *Am Psychol* 1982;37(4):436-4.
98. Rzewnicki R, Forgays DG. Recidivism and self cure of smoking and obesity: an attempt to replicate. *Am Psychol* 1987;42(1):97-100.
99. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166(5):675-9.
100. Townsend MC, Duchenc AG, Morgan I, Browner WS. Pulmonary function in relation to cigarette smoking and smoking cessation. *Preventive Medicine* 1991;20(5):621-37.
101. Aparici M, Fernandez Gonzalez AL, Alegria E. Respiratory function tests. Differences between smokers and non-smokers. Effects of withdrawal. *Revista Clinica Espanola* 1993;192(4):162-72.
102. Jensen EW, Pedersen B, Schmidt E, Dahl R. Serum IgE in nonatopic smokers, nonsmokers and recent exsmokers: relation to lung function, airway symptoms and atopic predisposition. *J Allergy Clin Immunol* 1992;90(2):224-9.
103. Akkaya A, Ünlü M. Sigara Kullanımının Solunum Fonksiyon Testlerine Etkisinin Araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1995;2(3):33-36.
104. Verschakelen JA, Scheinbaum K, Bogaert J, Demedts M, Lacquet LL, Baert AL. Expiratory CT in cigarette smokers: correlation between areas of decreased lung attenuation, pulmonary function tests and smoking history. *Eur Radiol* 1998;8(8):1391-9.

- 105.Lizhen HU, Sekine M, Gaina A, Kagamimori S. Association between sleep quality and smoking in Japanese civil servants. *Sleep and Biological Rhythms* 2007;5(3):196-203.
- 106.Lexcen FJ, Hicks RA. Does cigarette smoking increase sleep problems. *Percept Mot Skills* 1993;77(1):16-8.
- 107.Altıntaş H, Sevencan, F., Aslan, T., Cinel, M., Çelik, E., Onurdağ, F. HÜTF Dönem Dört Öğrencilerinin Uyku Bozukluklarının ve Uykululuk Hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği İle Değerlendirilmesi. *Sted Dergisi* 2006;15(7):11-120.
- 108.Phillips BA, Danner FJ. Cigarette smoking and sleep disturbance. *Arch Intern Med* 1995;155(7):734-7.
- 109.Wetter DW, Young TB. The relation between cigarette smoking and sleep disturbance. *Prev Med* 1994;23(3):328-34.
- 110.Whitney CW, Enright PL, Newman AB, Bonekat W, Foley D, Quan SF. Correlates of daytime sleepiness in 4578 elderly persons: the Cardiovascular Health Study. *Sleep* 1998;21(1):27-36.
- 111.Conway SG, Roizenblatt SS, Palombini L. Effect of smoking habits on sleep. *Braz J Med Biol Res* 2008;41(8):722-7.
- 112.Zarowski M, Mojs E, Kleka P, Steinborn B. The impact of smoking cigarettes on insomnia and excessive daytime sleepiness symptoms among teachers. *Przegl Lek* 2007;64(10):645-8.
- 113.Flegal KM, Troiano RP, Pamuk ER, Kuczmarski RJ, Campbell SM. The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States. *N Engl J Med* 1995;333(18):1165-70.
- 114.Rásky E, Stronegger WJ, Freidl W. The relationship between body weight and patterns of smoking in women and men. *Int J Epidemiol* 1999;25(6):1208-12.
- 115.Froom P, Kristal-Boneh E, Melamed S, Gofer D, Benbassat J, Ribak J. Smoking cessation and body mass index of occupationally active men: the Israeli CORDIS Study. *Am J Public Health* 1999;89(5):718-22.
- 116.Young T, Peppard PE, Taheri S. Excess weight and sleep-disordered breathing. *J Appl Physiol* 2005;99(4):1592-9.
- 117.Punjabi NM, Sorkin JD, Katznel LI, Goldberg AP, Schwartz AR. Sleep-disordered breathing and insulin resistance in middle-aged and overweight men. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165(5):677-82.
- 118.Peppard PE, Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. *JAMA* 2000;284(23):3015-21.
- 119.Chervin RD, Aldrich MS. The Epworth Sleepiness Scale may not reflect objective measures of sleepiness or sleep apnea. *Neurology* 1999;52(1):125-31.

- 120.Serafini FM, MacDowell Anderson W, Rosemurgy AS, Strait T, Murr MM. Clinical predictors of sleep apnea in patients undergoing bariatric surgery. *Obes Surg* 2001;11(1):28-31.
- 121.Guilleminault C. Clinical features and evaluation of obstructive sleep apnea. Kryger MH, Roth T, Dement WC (Eds). In: *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994. p.667-77.
- 122.Köktürk O. Obstrüktif uyku apne sendromu sonuçları. *Tüberk Toraks* 2000;48(3):273-89.
- 123.Aydın H, Sütçigil L. Uykuda Bilişsel İşlevler. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri , Uyku ve Bozuklukları Özel Sayısı* 2001;2(2):75-8.

## **EKLER**

Ek 1

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUBADK 2011/63				
	PROTOKOL ADI	Sigara Bırakmanın Solunum Fonksiyon Testi ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkileri				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Celal KARLIKAYA				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 06/ 10	Tarih: 09.03.2011				
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında Görevli Prof. Dr. Celal KARLIKAYA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Derya ÇELEBİ'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin T.Ü. Araştırma Projeleri (TUBAP) tarafından karşılanması koşuluyla gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oybirliği ile karar verilmiştir.					
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyî Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUBADK Yönergesi					
ÜYELER						
Ünvan/Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Hakan KARADAĞ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMIT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıklar A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erhan TABAKOĞLU Üye	Göğüs Hastalıkları	T.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Figen KULOĞLU Üye	Enfeksiyon Hastalıkları	T.Ü.T.F. Enfeksiyon Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yener YÖRÜK Üye	Göğüs Cerrahisi	T.Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN Üye	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENLİ  
Dekan

## Ek 2

Klinik ortam:	Protokol No:	İlk değerlendirme tarihi:
		Başvuru sırasındaki hedef bırakma tarihi:

Görevlilerce doldurulacak

### Sigara Bırakma Merkezi Hasta Bilgi Anketi

Lütfen size en uygun cevabı işaretleyiniz. Gerekirse ek bilgi veriniz.

<b>Adı soyadı:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>Adres:</b>	<b>Cep Tel:</b>
	<b>e-posta:</b>
2a. Doğum tarihiniz?	Gün ____ Ay ____ Yıl ____
2c. Daha önce hiç bu sigara bırakma merkezine başvurduunuz mu?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
3. Cinsiyetiniz?	Erkek Bayan
4. Medeni durumunuz?	Hiç evlenmedim Evliyim Boşandım Dulum Ayrıyım Evlenmedim ama birlikte yaşıyorum
5a. Çocuğunuz var mı?	EVET HAYIR
5b. Varsa kaç çocuğunuz var?	
5c. Çocuklarınızın yaşları kaç?	
6. Okuduğunuz en yüksek okul?	İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Doktora
7a. Çalışma durumunuz?	Tam zamanlı bir işim var Öğrenciyim Emekliyim İşsizim İş göremez durumdayım Diğer
7b. Mesleğiniz nedir (uygunsa)?	
8. Hanenizin tüm aylık gelirlerinin toplamı ne kadardır?	1,000 TL'den aaz 1,000- 1,499 1,500- 1,999 2,000 - 2,499 2,500 - 3,499 3,500 - 4,999 5,000 - 7,499 7,500 - 9,999 10,000'den fazla
9a. Sağlık güvenceniz var mı?	SGK ÖZEL SİGORTA HAYIR
10. Sağlık güvenceniz sigara bırakma tedavilerini karşılıyor mu?	EVET HAYIR

	BİLMİYORUM	
	Ailemden / arkadaşlarımdan	
	Gazetelerden / dergilerden	
	Sağlık görevlilerinden <i>lütfen işaretleyiniz</i>	
	Doktor <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Diş Hekimi <input type="checkbox"/>	
	Eczacı	
	Televizyon	
11. Bu sigara bırakma kliniğini nereden duydunuz?	Radyo	
	İnternet (sigarabirak.trakya.edu.tr)	
	Başka internet sitelerinden	
	Broşür / afiş	
	Diğer	

### SİGARA, TÜTÜN İLGİLİ BİLGİLER

### TÜTÜN KULLANMA ÖYKÜSÜ

12. Lütfen uygun seçimleri işaretleyiniz

a.	<b>SİGARA</b>	Sigara – Hiç kullanmadım	
		Sigara – Eskiden kullanmıştım	
		Sigara – Halen kullanıyorum	
b.	<b>PİPO</b>	Pipo – Hiç kullanmadım	
		Pipo – Eskiden kullanmıştım	
		Pipo – Halen kullanıyorum	
c.	<b>PURO</b>	Puro – Hiç kullanmadım	
		Puro – Eskiden kullanmıştım	
		Puro – Halen kullanıyorum	
d.	<b>NARGİLE</b>	Nargile – Hiç kullanmadım	
		Nargile – Eskiden kullanmıştım	
		Nargile – Halen kullanıyorum	

13. Sigarayı ilk kez kaç yaşında kullandınız veya denediniz?

14a. Düzenli bir sigara kullanıcısı olduğunuzda kaç yaşındaydınız?

14b. Şimdiye kadar hayatınızda kaç yıl sigara kullandınız?

15. Bir günde kaç tane sigara kullanıyorsunuz?

16. Halen içtiğiniz sigara markalarını ayrıntıları ile yazınız  
(marka, boy, light? Vs.)

17. Sabah uandıktan sonra ilk sigaranızı kaç dakika sonra yakarsınız?

18a. Gece sigara içmek için uykudan uandıığınız olur mu?

EVET

HAYIR

18b. Eğer evet dediyseniz haftada kaç gece uykudan uyanıp sigara içersiniz?

19. Sigarayı bırakmayı kaç kez denediniz?

19. Halen kullandığınız sigara markası “light” (“düşük katran”) türden mi?

EVET

HAYIR

20. Halen kullandığınız sigara markası “MENTOL” türden mi?

EVET

HAYIR

21. Şu ana kadar sigara şirketlerinden herhangi bir pormosyon, hediye, mektup vs aldınız mı?

**EVET**

HAYIR

22. Sigarayı bırakmanız ne kadar gerekli? (aşağıdaki cetvelin üzerine işaretleyiniz):



Sigaryayı bırakmamı gerektirecek bir durum yok. Bırakmam için hiç bir neden yok! Bırakmasam da olur!

0 5 10

Gerekli

Bırakmam şart! Sigaryayı kesin olarak bırakmam gerekiyor!

23. Sigaryayı bırakmayı ne kadar istiyor sunuz? (aşağıdaki cetvel üzerinde işaretleyin):

0 5 10

Aslında hiç istemiyorum İstiyorum Kesinlikle çok istiyorum

24. Sigaryayı bırakabileceğiniz konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz (aşağıdaki cetvel üzerinde işaretleyin):

0 5 10

Hiç güvenmiyorum Güveniyorum Kendime güvenim tam

25. Sigaryayı bırakmaya ne kadar niyetlisiniz?

Çok  Orta  Hiç

26. Zamanının çoğu sigara içen birileri ile birlikte geçmektedir (aşağıdaki cetvel üzerinde işaretleyiniz):

0 5 10

Hiç doğru değil Kısmen doğru Kesinlikle doğru.

27. Evinizde sigara içilir mi?

28. Aşağıdaki durumlardan size en uygununu işaretleyiniz:

a.	Önümüzdeki 1 ay içinde sigaryayı bırakacağım ve alabileceğim her türlü yardım ve destek hakkında bilgi edinmek istiyorum	
b.	Sigaryayı kesin olarak azaltmayı düşünüyorum (şimdi içtiğim sigar sayısını en azından yarı yarıya azaltacağım ), fakat tamamen bırakmayı düşünmüyorum.	
c.	Önümüzdeki 6 ay içinde ciddi ciddi bırakmayı düşünüyorum ama önümüzdeki 30 günde denemeyi düşünmüyorum.	
d.	Halen sigara içiyorum ve önümüzdeki 6 ay içinde sigaryayı bırakmayı düşünmediğimden eminim.	
e.	Yakın zamanda sigaryayı bıraktım ve tekrar başlamamak için yardıma ihtiyacım var.	
f.	Sigara içmeyeli 6 aydan fazla oldu	

29. Çalıştığınız işyeri ortamında sigara içiliyor mu?

## SAĞLIK DURUMUNUZ ve TIBBİ ÖZGEÇMİŞİNİZ

30. Halen, sigaraya bağlı olduğunuzu veya sigara yüzünden kötüleştiğini düşündüğünüz bir şikayetiniz veya hastalığınız var mı?

31. Daha önce her hangi bir nedenle akıl, ruh sağlığı veya davranış bozukluğu sorunlarınız oldu mu?

32. Daha önce alkol veya uyuşturucu probleminiz oldu mu? Herhangi bir tedavi gördünüz mü?

33. Halen hamilelik durumunuz veya hamile olma olasılığınız var mı?

34. Aşağıdaki sorular **son 4 haftada** yaşadığınız, hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Ne kadar sıklıkla yaşadığınıza uyan rakamı yuvarlak içine alınız.

Son 4 haftada ne sıklıkla hissettiniz...	Tüm zamanlar	Çoğu zaman	Bazı zamanlar	Çok az zamanlar	Hiç bir zaman
a. ...o kadar üzgündüm ki hiç bir şey neşe vermedi..	4	3	2	1	0
b. ...sinirli?	4	3	2	1	0
c. ...huzursuz, kıpır kıpır?	4	3	2	1	0
d. ...umutsuz?	4	3	2	1	0
e. ...her şey zor geliyor?	4	3	2	1	0
f. ...değersiz?	4	3	2	1	0

Son 4 haftada bu duygular nedeniyle doktora, psikoloğa gittiniz mi?

	Hastalık:	Geçmişte
35. Lütfen yaşadığımız sağlık sorunlarınızı işaretleyiniz	Kalp hastalığı (koroner damar hastalığı, kalp krizi)	
	Yüksek tansiyon	
	Şeker hastalığı	
	Yüksek kolesterol	
	Falç, inme	
	Kanser (varsa tipi):	
	Akciğer hastalığı (astım, amfizem, KOAH)	
	Depresyon, ruhsal çöküntü	
	Rusal gerginlik, huzursuzluk	
	Şizofreni (bir tür akıl hastalığı)	
	Bipolar (manik-depresif) Hastalık	
	Alkol problemleri	
	Uyuşturucu, ilaç problemleri	

36. Genel olarak sağlık durumunuz nasıl?

Mükemmel

İyi

Orta

Kötü

*Bu formu tamamladığınız için teşekkür ederiz.  
Kontrolte geldiğiniz sırada yanınızda getirmeyi unutmayınız.*

**1. BIRAKAN VE BIRAKMAYANLARIN genel sağlık ve yaşam kalitelerindeki farklılıklar**

Adı Soyadı:

Tarih:

(Özellikle son 1 ayınızı düşünün)

1. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

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

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

- Evet  (1)  
Hayır  (0)

3. Hangi sigara sizce daha vazgeçilmez?

- Sabah içilen ilk sigara  (1)  
Öğleden sonra - çay molası veya 5 çayı gibi zamanlar  (0)  
Yemek sonrası sigarası  (0)  
Arkadaşlarla kahvede, barda vs içilen sigara  (0)

4. Günde kaç sigara içiyorsunuz?

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

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

- Evet  (1)  
Hayır  (0)

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

- Evet  (1)  
Hayır  (0)

Sonuç: .....puan

**Değerlendirme:**

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

## Sıkıntı ve Depresyon Durumum

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

1) Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.

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

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

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

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi korkuya kapılıyorum.

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

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

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

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

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

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle 0
- Genellikle 1
- Sık değil 2
- Hiçbir zaman 3

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

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

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

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

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

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

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum.

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

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

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

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

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

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

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

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

Anksiyete skoru: .....

Depresyon skoru: .....

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

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1 kahve fincanından az .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 fincan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 fincan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 fincandan fazla .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GÖĞÜS AĞRISI</b>			
1. Hiç Göğsünüzde Ağrı Oluyor mu? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(HAYIR dendiye bir sonraki bölüme atlayınız.) Evet ise en son ne zaman oldu? .....			
Diğer Kronobiyolojik özelliklerini de (gün içi seyri, periyodik olup olmadığı, periyodların süresi vs kaydediniz) .....			
2. Göğsünüzün Hangi Bölgesinde Ağrı Oluyor? .....			
3. Ağrının Niteliğini tanımlayınız .....			
4. Nefes almakla artıyor mu? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Öksürmekle artıyor mu? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gülmekle artıyor mu? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pozisyonla ilişkisi var mı? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eforla ilişkisi var mı? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Yemekle ilişkisi var mı? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Yayılımı var mı? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerelere ve niteliği? .....			
11. Ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler var mı? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanımlayınız .....			
<b>MESLEK (Bu işte çalıştığı yılları yanına yazınız, ör. 1960-1963)</b>			
1. Hiç tozlu bir işte çalıştınız mı? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kömür madeninde? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Başka bir madende? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Taş ocağında? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dökümhanede? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Çanak-Çömlekçilik? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pamuk, keten veya kendir/kenevir imalathanesinde? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Asbestos (Amyant) ile? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Başka bir tozlu iş? "Evet" ise açıklayınız. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hiç düzenli bir şekilde zararlı gazlara veya kimyasal dumanlara maruz kaldınız mı? "Evet" ise maruziyeti ve süresini detaylandırınız. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Halen işiniz nedir? .....			
12. Ne zamandır bu işi yapıyorsunuz? .....			
13. Bu fabrikada daha önceki işiniz? .....			
<b>DERİ ile ilgili yakınmalarınız var mı?</b>			
Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> , Açıklayınız			
<b>BAŞ-BOYUN yakınmalarınız var mı?</b>			
Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> , Açıklayınız			
<b>GÖZLER ile ilgili yakınmalarınız var mı?</b>			
Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> , Açıklayınız			
<b>KULAKLARla ilgili yakınmalarınız var mı?</b>			
Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> , Açıklayınız			
<b>BURUN yakınmalarınız var mı?</b>			
Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> , Açıklayınız			
<b>AĞIZ-BOĞAZ yakınmalarınız var mı?</b>			

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

## ÖZ GEÇMİŞ

**Daha önce şu önemli hastalıklardan geçirdikleriniz var mı?**

**(Lütfen İlk başvurunuzdan bugüne kadar olan dönemi düşünerek cevap veriniz)**

Kanser Yok  Var  Açıklayınız:

Verem Yok  Var  Açıklayınız:

Astım Yok  Var  Açıklayınız:

Kalp Hastalığı Yok  Var  Açıklayınız:

Hipertansiyon Yok  Var  Açıklayınız:

Şeker Hastalığı Yok  Var  Açıklayınız:

Diğer Yok  Var  Açıklayınız:

**Yaralanma, Kaza, Ameliyat ve Hastaneye Yatma:**

Alerji Öyküsü Yok  Var  Açıklayınız:

İlaç Yan Etkisi Yok  Var  Açıklayınız:

Sürekli kullanılan İlaç Yok  Var  Açıklayınız:

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

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

**Diğer Hastalıklar ve diğer akrabalar ile ilgili Bilgiler:**

**Sağlığınızla ilgili başka söyleyecekleriniz:**

## SİZDE KOAH VAR MI? (GOLD)

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

Aşağıdaki sorulardan en az üçüne EVET diyorsanız sizde KOAH olabilir:

1- Haftanın çoğu günlerde öksürür müsünüz? Evet\_Hayır\_

2- Haftanın çoğu günlerde balgam çıkarıyor musunuz? Evet\_Hayır\_

3- Nefesiniz yaşlılarınıza göre daha kolay mı daralır? Evet\_Hayır\_

4-40 yaşından büyük müsünüz? Evet\_Hayır\_

5-Sigara içtiniz mi ya da halen içiyor musunuz? Evet\_Hayır\_

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



## Fizik İnceleme (Görevli tarafından doldurulacaktır)

Genel Durum: İyi  Orta  Kötü

Bilinç:

### VİTAL BULGULAR

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

VA(kg): BOY(cm):

### DERİ

Normal  Patolojik  Açıklayınız .....

### LENF BEZLERİ

Normal  Patolojik  Açıklayınız .....

### BAŞ-BOYUN

Boyun:

Normal  Patolojik  Açıklayınız .....

### GÖZLER

Normal  Patolojik  Açıklayınız .....

### KBB

Normal  Patolojik  Açıklayınız .....

### TORAKS

#### İnspeksiyon

Şekil Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....  
Simetri Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....  
Ön-arka çap Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....  
Solunuma Eşit Katılım Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....  
Solunum Sayı ve Düzeni Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....  
Diğer Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....

#### Palpasyon

Vokal fremitus Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....  
Göğüs Ekspansiyon Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....  
Cilt altı krepitasyonu Yok  Var  Açıklayınız .....

#### Perküsyon

Matite Yok  Var  Açıklayınız .....

Hipersonorite Yok  Var  Açıklayınız .....

Kosta-frenik Sinüsler Açık  Değil  Açıklayınız .....

Diyafragma Har. Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....

#### Oskültasyon

İnspiriyum / Ekspiriyum Oranı: 3/1  2/1  1/1  1/2  1/3  > 1/3

Sağ Akciğer Normal  Hayır  Sol Akciğer Normal  Hayır

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

### YORUM / Ek not:

### KALP

Kalp Sesleri Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....

Hızı, Ritmi Doğal  Patolojik  Açıklayınız.....

Ek Ses Yok  Var  Açıklayınız .....

Üfürüm Yok  Var  Açıklayınız .....

Frotman Yok  Var  Açıklayınız .....

Diğer Yok  Var  Açıklayınız .....

### KARIN

Normal  Patolojik  Açıklayınız .....

### ÜROGENİTAL

Normal  Patolojik  Açıklayınız .....

### EKSTREMİTELER

Normal  Patolojik  Açıklayınız .....

### SİNİR SİSTEMİ

Normal  Patolojik  Açıklayınız .....

MEVCUT SEMPTOMLAR (Subjektif)

MEVCUT BULGULAR (Objektif)

ÖN TANILAR (Assesment)

İSTENEN TETKİKLER (Planlar):

KONSÜLTASYONLAR:

TANILAR:

LABORATUVAR SONUÇLARI

Hemogram	BK:	Hb:	Htk:	Pit:
Biyokimya:	Akş:			
AC Grafisi	Kolesterol:	Trigliserid:	HDL:	LDL:
EKG:				

2. Bırakan ve bırakmayanların yıllık FEV1 KAYIPLARINDAKİ FARKLILIK; KOAH ANKETİ VE SFT'NİN KORELASYONU; KOAH ANKETİ BİR GÖSTERGE DEĞERİ TAŞIYOR MU?

SFT Başlangıç

Tarih:				
FVC				
FEV1				
FEV1/ FVC				
FEF25-75				
PEF				

3) KOAH Anketi ve Solunum anamnezinde farklılık var mı?

Başlangıç (Tarih: .../.../.....)	Şimdi (Tarih: .../.../.....)
KOAH-GOLD (Evet sayısı):	
Solunum sorgusu sonucu:	

4) PSİKOESTETİK – PSİKOPATOLOJİ

Başlangıç (Tarih: .../.../.....)	Şimdi (Tarih: .../.../.....)
Bırakma Evresi:	
Motivasyon test 1_2:	
Bırakma Evresi:	
Bırakma Arzusu:	
FG:	
Anksiyete:	
Depresyon:	

5) UYKU KALİTESİ

Uyku testleri:

6) BAĞIMLILIK DURUMLARINDA DEĞİŞİKLİK VAR MI? (FG, KAN NİKOTİN?, PICO)

Başlangıç (Tarih: .../.../.....)	Şimdi (Tarih: .../.../.....)
PICO:	Karboksi Hb:
Kan Nikotin metabolit:	
FG Test Skoru:	

7. Bu müdahalenin sonucu:

Bu değerlendirmeden sonra bir sigara günü belirledi mi?

Belirlenen sigara bırakma gününde bıraktı mı?

### Sigarayı bırakma günü:

Sigarayı bırakma yöntemi (başlangıçta birlikte karar verileri de not et):

-Kendi kendine bırakma  NRT  Bupropion  Diğer   
- Eğitim aldı mı? Dia:  Broşür  Seminer  Diğer  Film  Hemşire  Doktor   
Diğer: .....

Uygulanan diğer tedaviler

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

NRT Kontrendikasyon: Yok  Var  Açıklayınız:

Bupropion Kontrendikasyonu: Yok  Var  Açıklayınız:

Gebelik: Yok  Var  Açıklayınız:

Emzirme: Yok  Var  Açıklayınız:

Reçete:

#### KONTROL 1

Bu sürede sigara içti mi	Kaç tane	Nedeni
Sigara bırakma yöntemi (İlaçlarını alıyor mu?):		
Ek tedavi alıyor musunuz?		
Ek şikayetiniz var mı?		
<b>Bırakma döneminde gözlenen sorunlar:</b>		
1. Sinirlilik		8. Depresif durum
2. Huzursuzluk		9. İştah artışı- kilo alma
3. Konsantrasyon zorluğu		10. Titreme
4. Uykusuzluk		11. Çarpıntı
5. Endişe		12. Kabızlık
6. Yorgunluk		13. Uykuya eğilim
7. Anormal rüya görme		14. Diğer

Kontrol PiCO COHb Kontrol Nikotin Düzeyi:

Kontrol Fizik Muayene:

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

**Bupropion Yan Etkileri:** Kullanmıyor, Yok  Var  Açıklayınız: (uykusuzluk, hipertansiyon, allerji, ...)

Kontrol Tarihi	Sigara Bırakma Evresi (Bir tane seç)	İzlem Şekli	Süresi:	Randevu
o	<input type="checkbox"/> Mutlu İçici	<input type="checkbox"/> Grup	<input type="checkbox"/> Telefon P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Bırakmayı düşünüyor	<input type="checkbox"/> Yüz yüze	<input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-mail	
-- / -- /----	<input type="checkbox"/> Bırakmaya Kararlı	<input type="checkbox"/> Broşür	<input type="checkbox"/> Hemşire	-- / -- /----
	<input type="checkbox"/> İdame	<input type="checkbox"/> Doktor -CK	<input type="checkbox"/> Doktor - Diğer:	
	<input type="checkbox"/> Bıraktı	<input type="checkbox"/> Nüks	<input type="checkbox"/> Diğer	
			-----o	

Aşamalar/Sorunlar/Yorumlar o:

Bırakma günü:

Bırakma yöntemi:

Bıraktı mı? 3. AY

6. Ay

12. AY

Başladıysa kaç gün sonra:

### Ek 3

## PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim: \_\_\_\_\_ Protokol No/Tarih: \_\_\_\_\_ Yaş: \_\_\_\_\_ Cins: ♂ ♀

**Açıklamalar:** Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız? Mutad Yatış Saati:.....
2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak)aldı?.....dk
3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız? Mutad Kalkış Saati:.....
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz?(Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)  
Bir gecede uyku süresi ..... Saat

Aşağıdaki soruların herbiri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?
    - a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
    - b) Gece yarısı veya sabah erken uyandınız.  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
    - c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
    - d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
    - f) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
    - g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
    - h) Kötü rüyalar gördünüz.  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
    - i) Ağrı duydunuz.  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
    - j) Diğer neden(ler), lütfen belirtiniz (Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?)  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
  6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?  
Çok iyi  Oldukça iyi  Oldukça kötü  Çok kötü
  7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
  8. Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
  9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derece problem oluşturdu?  
Hiç problem oluşturmadı  Yalnızca çok az bir problem oluşturdu   
Bir dereceye kadar problem oluşturdu  Çok büyük bir problem oluşturdu
  10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?  
Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok  Diğer bir odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var   
Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil  Partner aynı yatakta
- Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.
- a) Gürültülü horlama  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
  - b) Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
  - c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
  - d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla
  - e) Uyurken olan diğer huzursuzluklar, lütfen belirtiniz.  
.....  
Geçen ay boyunca hiç  Haftada birden az  Haftada bir veya iki kez  Haftada üç veya daha fazla

## Ek 4

### EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ

Kendinizi yorgun hissetmenin dışında, aşağıdaki durumlarda ne sıklıkla uyuklama ya da uykuya dalma şansınız olmaktadır. Bu açıklama, ŞU ANDA (SON 1 AYDA) nasıl hissetmekte olduğunuzu belirtmektedir. Bazılarını son zamanlarda yaşamadıysanız da, sizi ŞU ANDA (SON 1 AYDA) nasıl etkileyebileceğini göz önüne alın. Aşağıdaki ölçeği, her duruma karşılık en uygun rakamı seçmekte kullanın:

0 = **Hiçbir zaman**

2 = **Orta derecede uyuklama şansı**

1 = **Hafif uyuklama şansı**

3 = **Çok uyuklama şansı**

Durum	Şu anda uyuklama şansı (Uygun rakamı aşağı yazın)
1. Oturur ve kitap okurken	
2. Televizyon izlerken	
3. Umumi bir yerde sükunetle otururken	
4. Bir arabada yolculuk yaparken	
5. Şartlar uygun olduğunda öğleden sonra uzanmışken	
6. Oturup bir başkası ile konuşurken	
7. Öğle yemeği sonrası alkol almadan sessizce otururken	
8. Trafikte birkaç dakikalığına durmuş bir arabadayken	