

Romatolojik Hastalığı Olan Bireylerin Sigaraya Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları*

Akif DOĞAN¹, Yavuz PEHLİVAN²

¹ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul.

² Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa.

ÖZET

İnflamatuvar romatizmal hastalıklar (İRH) kronik hastalıklardır ve etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Etiyolojisinde genetik, otoimmünite ve çevrenin rol oynadığı düşünülmektedir. Sigara, İRH'nin etyopatogenezinde suçlanan ve prognozu kötüleştiren iyi bilinen çevresel faktörlerden biridir. Sigarayı bırakmak İRH'nin yönetiminde en önemli değiştirilebilir yaşam tarzı faktörüdür. Gereç ve yöntem: Romatoloji polikliniğine başvuran İRH'li hastalara 38 soruluk bir anket uygulandı. Çalışmaya 252'si (%74,6) kadın olmak üzere toplam 338 hasta dahil edildi. Hastaların 96'sı (%28,4) sigara içiyordu; 56'sı (%16,6) sigarayı bırakmıştı. Hastaların 186'sı (%55) sigaranın eklemle zararlı olduğunu düşünürken, 136'sı (%40,5) hastalık belirtilerini artıracaklarını düşünüyordu. Ortalama Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) puanı $2,67 \pm 2,6$ idi. Sigara içenlerin 57'si (%66,3) eklem ağrısı olduğunda sigara içiyordu; 45'i (%51,7) sigarayı iyi bir arkadaş olarak tanımladı; 69'u (%90,8) benzer hastalıklara sahip kişilerin sigarayı bırakması gerektiğini düşünüyordu; 49'unun (%56,3) sigarayı bırakma konusunda aile hekimi, romatolog ve romatoloji hemşiresinden tavsiye aldığı belirlendi. İRH'li hastalarda sigara içme oranı yüksek olup, hastalığa bağlı bazı faktörler hastaların sigarayı bırakmasını engellemektedir. Eğitim, etkili ağrı tedavisi, stresle mücadelede yardım, sigarayı bırakma ve tekrar başlamama konusunda destek ve özel bırakma yöntemlerinin geliştirilmesi sigarayı bırakmayı kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: İnflamatuvar Romatizmal Hastalıklar, Psöriyatik Artrit, Romatoid Artrit, Sigara.

Knowledge, Attitudes and Behaviors Towards Smoking of Individuals with Rheumatological Diseases

ABSTRACT

Inflammatory rheumatic diseases (IRD) are chronic diseases and their etiology is not clearly known. Genetics, autoimmunity and environment are thought to play a role in its etiology. Smoking is one of the well-known environmental factors that are accused in the etiopathogenesis of IRD and worsen the prognosis. Quitting smoking is the most important modifiable lifestyle factor in the management of IRD. We conducted a 38-question survey on patients with IRH who applied to the rheumatology outpatient clinic. A total of 338 patients, 252 (74.6%) of whom were women, were included in the study. 96 of the patients (28.4%) were smokers; 56 (16.6%) had quit. While 186 patients (55%) thought that smoking was harmful to the joints, 136 (40.5%) thought it would increase the symptoms of the disease. The mean Fagerström Nicotine Dependency Test (FNBT) score was 2.67 ± 2.6 . 57 of the smokers (66.3%) smoked when they had joint pain; 45 (51.7%) defined cigarettes as a good friend; 69 (90.8%) thought that people with similar diseases should quit smoking; It was determined that 49 of them (56.3%) received advice from their family physician, rheumatologist and rheumatology nurse about quitting smoking. The smoking rate was high in patients with IRD, and some disease-related factors prevent them from quitting smoking. Education, effective pain treatment, help in combating stress, support in quitting smoking and not starting again, and development of special quitting methods can make quitting smoking easier.

Keywords: Inflammatory Rheumatic Diseases, Psoriatic Arthritis, Rheumatoid Arthritis, Smoking.

Geliş Tarihi: 12.Ekim.2023

Kabul Tarihi: 22.Kasım.2023

* 18. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi, 7. Bursa Aile Hekimliği Derneği Ulusal Kongresi, 12. Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresinde (03-06 Mart 2022, Bursa) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Dr. Akif DOĞAN
Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji
Sarıgazi/Sancaktepe, İstanbul
Tel: 0546 272 58 15
E-posta: drakifd@gmail.com

Yazarların ORCID Bilgileri:

Akif DOĞAN: 0000-0003-4275-2414

Yavuz PEHLİVAN: 0000-0002-7054-5351

İnflamatuvar Romatizmal Hastalıklar (İRH) etiyolojisi net bilinmeyen; genetik, otoimmünite ve çevrenin rol oynadığı düşünülen, kronik hastalıklardır. Genetik ve otoimmüniteyle ilgili yoğun çalışmalar olmasına karşın çevresel faktörleri araştıran çalışma sayısı azdır. Sigara, İRH etyopatogenezinde suçlanan faktörler arasında iyi bilinenlerdendir. Sigara, bazı İRH'lerin gelişimine yakınlık oluşturur, prognozlarını kötüleştirir ve İRH'li hastalarda artmış hastalık aktivitesi, azalmış fiziksel fonksiyon ve kötü yaşam kalitesiyle ilişkilidir. Sigaranın bırakılması İRH yönetiminde en önemli değiştirilebilir yaşam tarzı faktörüdür.

Sigara içimi romatoid artrit (RA) patogenezinde genetik ve çevre arasındaki ilişkinin en önemli örneğidir. Sigara hastalık gelişim riskini arttırdığı gibi hastalık şiddetini de etkilemektedir. RA gelişim riski paket/yıl sayısı ile doğru orantıda artış gösterir. İlişki doz bağımlıdır ve ağır sigara bağımlılarında daha belirgindir. Sigaranın hastalığın şiddetini arttırdığına yönelik bilgiler mevcuttur; fakat bu mekanizmanın nasıl olduğu bilinmemektedir¹. Ek olarak, sigara içiminin anti siklik sitrüllemiş peptid (anti-CCP) pozitif RA gelişme riskini arttırdığı saptanmıştır. Sigaranın etkisi interlökin (IL)-1 β , IL-6 ve IL-8 ekspresyonunu arttıran tetraklorodibenzo-P-dioksin ile alakadar olabilir². tetraklorodibenzo-P-dioksinin inflamatuvar sitokinleri indüklemesi nükleer faktör k α b ve ekstraselüler sinyal regülatör kinaz sinyal kaskadı üzerinden transmisyonu etkileyen arilhidrokarbon reseptörlerine bağlanarak olmaktadır². Sigaranın RA'da kanıtlanmış risk faktörü olması psöritatik artrit'da (PsA) da risk faktörü olma ihtimalini akla getirmiş ve bu yönde çalışmalarda da Psöriazis ile sigara arasında ilişki olabileceğine dair veriler bildirilmiştir^{3,4}.

Biz de bu çalışmada, İRH tanısı ile takipli olan hastalara başvuru anında sigara kullanımını değerlendiren bir anket uyguladık ve tütün alışkanlıkları ile romatolojik hastalıklar arasındaki bağlantıyı değerlendirmeyi hedefledik. Çalışmanın bir diğer amacı da, hastaların sigara bırakma denemeleri, bu programlara uyumu ve hekimlerin bu konuda onlarla olan ilişkisinin ortaya koyulmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Helsinki Deklarasyonu kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlandı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 24 Şubat 2015 tarihli ve 2015-3/25 nolu karar ile onay alındıktan sonra araştırmaya başlandı. Bu araştırmaya 20.02.2015-20.06.2015 tarihleri arasındaki 4 aylık süreçte Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı/Romatoloji Bilim Dalı polikliniğinde İRH tanısı ile izlenen hastalar dahil edildi. Rutin poliklinik muayenelerine geldiklerinde hastalar bilgilendirildi ve onam veren hastalar ile birebir görüşülerek birlikte 38 sorudan oluşan anket formu dolduruldu.

Yüz yüze görüşmeler her hasta için yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Çalışmaya 338 gönüllü erişkin hasta alındı. Anketin ilk kısmında hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim durumu, yerleşim yeri, ek hastalıklarının olup olmadığı değerlendirildi. Anketin ikinci kısmında ise hastaların sigara içme alışkanlıklarına göre iki kısma ayrıldı; sigara içmeyen ya da bırakmış olan hastalara sigara ve hastalıkları arasındaki ilişki durumunun farkındalığını değerlendiren sorular ve sigara dumanına maruz kalıp kalmadıklarını

sorgulayan altı soruyu cevaplamaları istendi. Aktif sigara içicisi olan gruptaki hastalara ise ilk grup sorulara ilaveten sigara içmelerindeki nedenler, bırakmalarına engel durumlar, bırakmaya teşvik edilip edilmedikleri, eğer teşvik edildilerse yöntemleri ve kim tarafından edildikleri, daha önce hiç sigarayı bırakmayı deneyip-denemedikleri, eğer denedilerse başarılı olma durumları ve sigarayı bırakma konusunda yardım almak isteyip istemediklerini değerlendiren sorular soruldu. Literatürde çalışmamızda kullanılan ankete uygun bir anket çalışması olmadığı için anket soruları tarafımızca gerekli literatür taranarak hazırlandı. Ayrıca sigara içen gruptaki hastalara Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulandı. 18 yaşından büyük olan, en az 6 aydır romatolojik hastalık tanısı ile takip edilen ve onam veren hastalar çalışmaya dâhil edildi. 18 yaş altında olan ve anket için onam vermeyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Bu test 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından Fagerström Tolerans Testi'nin revize edilmiş şeklidir⁵. FNBT'nin, Fagerström Tolerans Testi'ne göre iç tutarlılığının daha iyi ve daha kolay yanıtlanabilir olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de 2004 yılında yapılan çalışmada FNBT güvenilirliği orta derecede bulunmuş ve Türkiye'de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Bu testin genel mantığına baktığımız zaman; kişinin içtiği sigara miktarı ile belli bir süre sigara içmeden durabilme derecesi incelenmektedir. Anket 6 sorudan oluşmaktadır ve skor 0 ile 10 arasında değişir. Skor arttıkça sigara bağımlılığının arttığı düşünülmektedir. Puanların toplamı aşağıdaki şekilde yorumlanmalıdır:

0-2 puan: çok düşük düzeyde bağımlılık

3-4 puan: düşük düzeyde bağımlılık

5-7 puan: orta düzeyde bağımlılık

8-10 puan: yüksek düzeyde bağımlılık⁶.

İstatiksel Analiz

Tüm veriler bilgisayar ortamına aktarılarak istatistiksel analizler için SPSS versiyon 22.0 kullanıldı. İki deneme grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi uygulandı. Anlamlı farklılıklar bulunması durumunda grupların ikili olarak karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Betimleyici değerler olarak sürekli değişkenler için verilerin dağılım yapısına göre ortalama (+/-standart sapma) ya da medyan (minimum-maksimum), kategorik değişkenler içinse sayı (n) ve yüzde (%) değeri verildi.

Bulgular

Çalışmaya dört aylık sürede Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Erişkin Romatoloji Polikliniğine başvuran 156 RA ve 182

Romatoloji Hastalarında Sigara

PsA tanılı olmak üzere toplam 338 hastaya 38 sorudan oluşan sigara ile ilgili anket doldurtuldu. Hastaların demografik özellikleri (Tablo I), sigara içme durumlarının cinsiyet ve hastalık tanılarına göre dağılımları (Tablo II) ve sigara ve romatolojik hastalıklara ilgili görüşleri (Tablo III) ilgili tablolarda görülmektedir.

Tablo I. Hastaların demografik özellikleri.

| | |
|-------------------|--|
| Hastalık | - RA 156 - PsA 182 |
| Cinsiyet | - Erkek 86 (%25,4) - Kadın 252 (%74,6) |
| Cinsiyet-hastalık | - Erkek RA 32 (%20,5) - Kadın RA 124 (%79,5) - Erkek PsA 54 (%29,7) - Kadın PsA 128 (%70,3) |
| Yaş | - Medyan 50 En az 19 en fazla 77 - PsA medyan yaş 48 En az 24 en fazla 72 - RA medyan yaş 52 En az 19 en fazla 77 |

RA: Romatoid Artrit; PsA: Psöriatik Artrit

Tablo II. Sigara içme durumlarının cinsiyet ve tanılara göre dağılımı.

| Tanı | Cinsiyet | Durum | N | % |
|------|----------|-------------|-----|-------|
| PsA | Erkek | İçen | 19 | 35,2 |
| | | Bırakmış | 7 | 13,0 |
| | | Hiç içmemiş | 28 | 51,9 |
| | | Toplam | 54 | 100,0 |
| | Kadın | İçen | 31 | 24,2 |
| | | Bırakmış | 23 | 18,0 |
| | | Hiç içmemiş | 74 | 57,8 |
| | | Toplam | 128 | 100,0 |
| RA | Erkek | İçen | 15 | 46,9 |
| | | Bırakmış | 8 | 25,0 |
| | | Hiç içmemiş | 9 | 28,1 |
| | | Toplam | 32 | 100,0 |
| | Kadın | İçen | 31 | 25,0 |
| | | Bırakmış | 18 | 14,5 |
| | | Hiç içmemiş | 75 | 60,5 |
| | | Toplam | 124 | 100,0 |
| | | RA Toplam | 156 | |

RA: Romatoid Artrit; PsA: Psöriatik Artrit

Tablo III. Hastaların sigara ve romatolojik hastalıklara ilgili görüşleri

| | Katılıyorum | Katılmıyorum | Fikrim yok |
|---|---|--|--|
| Sigara ekleme zararlıdır | 152 (%45) Sigara içen 26 (%27) Bırakmış 20 İçmeyen 106 | 41 (%12,1) Sigara içen 8 (%8,3) Bırakmış 18 İçmeyen 15 | 145 (%42,9) Sigara içen 62 (%64,6) Bırakmış 18 İçmeyen 64 |
| Sigara hastalık belirtilerini artırır | 137 (%40,5) Sigara içen 27 (%28,1) Bırakmış 26 (%35,7) İçmeyen 84 (%45,2) | 59 (%17,6) Sigara içen 38 (%39,6) Bırakmış 9 (%16) İçmeyen 31 (%16,7) | 142 (%42) Sigara içen 31 (%32,3) Bırakmış 21 (%37,5) İçmeyen 71 (%38,2) |
| Sigara komorbidite riski normalden fazla artırır | 178 (%52,7) Sigara içen 49 (%51) Bırakmış 33 (%58,9) İçmeyen 96 (%51,6) | 28 (%8,3) Sigara içen 20 (%20,8) Bırakmış 7 (%12,5) İçmeyen 1 (%0,5) | 132 (%39) Sigara içen 27 (%28,1) Bırakmış 16 (%28,6) İçmeyen 89 (%47,9) |
| Sigaraya neden başladınız? | Stresi azaltmak için: 39 kişi (% 40,7) Arkadaşlarım içtiği için: 26 kişi (%26,4) Denemek için: 18 kişi (%18,7) Çevreye uymak için: 7 kişi % 7,7 Kilo kontrolü sağlamak için: 4 kişi % 4,4 Neden belirtmeyen 2 kişi % 2,2 | | |
| Hastalık ortaya çıkınca sigara içme durumunda değişiklik oldu mu? | 39 kişi (% 40,2) değişiklik olmadı 22 kişi (%22,8) arttı 20 kişi (%20,7) azaldı 13 kişi(%14,4) önce azaldı sonra eski haline döndü 2 kişi (%2,2) önce arttı sonra eski haline döndü | | |

Sigara içen hastalara uygulan FNBT'ye göre; sigara içen hastaların 53'ü (%55,2) çok düşük düzeyde, (0-2 puan), 19'u (%19,7) düşük düzeyde (3-4 puan), 15'i (%15,6) orta düzeyde (5-7 puan) ve 9'u (%9,3) yüksek düzeyde (8-10 puan) nikotin bağımlısı idi. Ortalama FNBT skoru 2,67±2,64 idi. Hastalar nikotin bağımlılık düzeyine göre iki gruba ayrıldı. FNBT skoru 0-4 puan olanlar hafif nikotin bağımlısı; 5-10 olanlar orta-ciddi nikotin bağımlısı olarak adlandırıldı. Buna göre sigara içen hastaların 72'si (%75) hafif, 24'ü (%25) orta-ciddi nikotin bağımlısı idi. Tanı alt gruplarına göre nikotin bağımlılığı incelendiğinde; PsA'lı hastalardan 31'i (%66) hafif derecede nikotin bağımlısı iken 16'sı (%34) orta-ciddi derecede nikotin bağımlısı idi. RA'lı hastaların 37'si (%84,1) hafif derecede nikotin bağımlısı iken, 7'si (15,9) orta-ciddi derecede nikotin bağımlısı idi. Cinsiyete göre FNBT nikotin bağımlılığı düzeyi değerlendirildiğinde ise sigara içen erkeklerin 25'i (%75) hafif derecede, 7'si (%21,9) orta-ciddi derecede; kadınların ise 43'ü (%72,9) hafif, 16'sı

(%27,1) orta-ciddi derecede nikotin bağımlısı idiler. FNBT'ye göre hafif ve orta-ciddi derecede nikotin bağımlılığının diğer değişkenlerle ilişkisi Tablo V'de görülmektedir. Hafif ve orta-şiddetli sigara bağımlıları karşılaştırıldığında; şiddetli sigara bağımlılarında şehir merkezinde yaşama, diyabet, PsA tanısı daha sıkı, ortalama yaş daha yüksekti. Diğer değişkenler açısından anlamlı fark yoktu.

Çalışmamızda hastaların 75'i (%81,5) daha önce en az bir kez sigara bırakmayı denemiştir. Bu hastaların 52'si (%71,2) en az 1 ay sigara içmeyerek başarılı olurken, 21'inin (%28,8) başarısız olduğu belirlendi. Sigara bırakmayı deneyen hastaların 54'ü (%74) kendi kendilerine karar verirken, 9'unun (%12,3) doktor tavsiyesine uymak için, 10'unun (%13,7) aile fertleri istediği için bırakmayı denediği saptandı. Sigara bırakmayı başaran hastaların ortalama bırakma süresi $8,1 \pm 8,49$ ay idi. En uzun sigaradan uzak kalma süresi 36 ay iken, en kısa süre 1 ay idi. Sigarayı bırakmayı deneyen 52 hastanın 25'i (%48,1) farmakolojik; 27'si (%51,9) non-farmakolojik yöntemleri denemiştir; 23 hastanın ise bu soruya cevap vermediği belirlendi. Farmakolojik tedavide ise 13 (%52) hasta nikotin replasman tedavisi (NRT), 12 (%48) hasta NRT dışı farmakolojik (Zyban®-Bupropion; Champix®-Vareniklin) tedaviyi denemiştir. Sigara bırakmayı başaran 52 hastadan 25'i kullandığı yöntem ile ilgili soruya cevap vermiş bu 25 hastanın 13'ü (%52) farmakolojik; 12'si (%48) ise non-farmakolojik yöntemler ile başarılı olmuştur.

Sigara bırakmayı başarma ile kullanılan yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yok ($p=0,545$) iken, NRT dışı farmakolojik yöntemi deneyen 12 hastanın 8'inin (%67) başarılı olmuştur.

Çalışmamızda hastaların 57'si (%66,3) eklem ağrısı olduğunda sigara içtiklerini, bu 57 hastanın 9'u (%15,8) ağrılarını azalttığını düşündüğü için sigara içtiğini ifade etti. Sigara içmenin ağrılarını azaltmadığını düşünen hastalardan 7'sinin (%12,3) ilgisini başka yöne çekmek, 14'ünün (%24,6) sigara içmenin kendisini iyi hissettirdiği için, 27'sinin (%47,4) ise bir neden olmadan sigara içtikleri gözlemlendi. Eklem ağrısı olduğunda sigara içen 56 hastanın 35'i (%62,5) FNBT'ye göre hafif nikotin bağımlısı iken, 21'i (%37,5) orta-ciddi bağımlı idi. İçmeyen 29 hastanın ise; 27'si (%93,1) hafif; 2'si (%6,9) orta-ciddi bağımlı idi. Orta-ciddi derecede nikotin bağımlısı olan hastaların eklem ağrıları olduğunda daha çok sigara içme eğiliminde olduğu saptandı ($p=0,022$).

Sigara içen hastaların sigara bırakma konusundaki düşünceleri ve bu konudaki girişimleri Tablo V'de özetlenmiştir. Burada dikkat çekici iki bulgu mevcuttu. Birincisi sigara bırakma konusunda herhangi bir tavsiye almadığını söyleyen hastaların 13'ü halen herhangi bir anti-tümör nekroz faktör alfa (anti-TNF α) ilaç kullanmakta idi; ikincisi Sigarayı

bırakmayı deneyip başarısız olan 20 hastanın 19'u sigarayı bırakmayı düşünürken sadece 1 hasta bırakmayı düşünmüyordu.

Tartışma ve Sonuç

Romatolojik hastalıklar ile çevresel faktörler arasındaki ilişki kısıtlı sayıda incelenmiş olup, sigara ve İRH arasındaki ilişki net olarak ortaya koyulamamıştır. Biz de bu çalışmamızda, RA ve PSA tanılı hastalara poliklinik başvurularında anket uygulayarak, sigara ile olan ilişkilerini ortaya koyduk. Çalışmamız sonucunda İRH'lı hastaların büyük çoğunluğunun sigaraya maruz kaldığı ve aktif sigara içmeye devam ettiği gösterilmiş olup, sigara bırakmaya destek konusunda mevcut sağlık hizmetinin geliştirilmesi gerektiği saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Türkiye'de 15 yaş üstü kişilerde sigara içme oranı erkeklerde %41,3; kadınlarda %13; toplam ise %26,9, olarak belirtilmiştir⁷. Çalışmamızda, erkek hastalarda sigara içme oranları DSÖ verileri ile benzer iken kadın hastalarda bu oran daha yüksekti; bunun nedeni kronik hastalığı olan kadınların hastalıklarına bağlı streslerini sigarayla azaltmaya çalışmaları olabilir. Kronik hastalıklar ve sigara içme üzerine yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda sigara içme oranları benzerdi. Bunun yanında diğer çalışmalar ile benzer şekilde hastaların sigaranın hastalıkları ve diğer komorbid hastalıklar üzerine yapacağı negatif etkinin farkında olmadıkları tespit edildi⁸⁻¹¹. İRH tanısı olan hastaların büyük bir kısmı ağrı ve hareketsizlik şikâyetlerinden yakındıklarını ve bu iki durumu sigara ile aşmaya çalıştıkları; sorunlarla başa çıkamayan hastaların yine benzer şekilde bu konuya çözüm olarak sigarayı kullandıkları görüldü¹²⁻²¹. Bu nedenle, hastalıkları ile ilintili semptomları olan hastaların psikososyal ihtiyaçları da göz önünde bulundurulmalı ve çevresel faktörler de yakın takip edilerek sigara gibi hastalık semptomlarını arttıracak etmenler konusunda yeterli bilgilendirme yapılması sağlanmalıdır.

Çalışmamızda sigara içenlerin tamamına yakınının sigarayı bırakmaları gerektiğini bildiklerini, sigarayı bırakmak istediklerini, bu konuda yardıma ihtiyaç duyduklarını ve daha önce sigarayı bırakmayı denediklerini ancak deneyenlerin büyük bir kısmının başarısız olduklarını, başarılı olanların ise büyük oranda ortalama 36 ay sonrasında sigaraya yeniden başladıklarının tespit ettik. Sigara ve anti-TNF ilaçların birlikte tüberküloz riskini 23 kat arttırdığı bilinmektedir²²⁻²⁷. Bu bilgiye rağmen hastalarımızın üçte birlik kısmının anti-TNF ilacı kullanmasına rağmen sigara içtikleri görüldü. Öte taraftan sigara bırakma konusunda anti-TNF ilaç kullansın ya da kullanmasın hastaların yarından biraz fazlasının tavsiye ve destek aldıklarını ve bunların büyük bir

Romatoloji Hastalarında Sigara

kısının ise sözel olduğunu tespit ettik. Bu konuda literatür incelendiğinde diğer birçok çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun tavsiye aldıklarını, desteklendiklerini, motivasyon sağlanıp takip edildiklerini bunun sonucunda da başarılı olduklarını gördük²⁸. Bu farklılığın diğer çalışmalardaki kliniklerin gelişmiş, refah seviyesi yüksek ülkelerde, sigara bırakma için özel birimleri olan ve erken artrit poliklinikleri olan merkezler olduğu bizim merkezimizin ise Güney Marmara bölgesinde yaklaşık sekiz milyon insana hitap eden iş yükünün fazla ve bu iş yüküne oranla romatoloji alanında özelleşmiş doktor, hemşire ve diğer yardımcı sağlık çalışanı sayısının azlığına bağlı olabileceği unutulmamalıdır. İRH tanısı olan hastalarda farmakolojik sigara bırakma yöntemleri ile ilgili literatürde yeterli veri yoktur ve yapılan çalışmaların çoğunda non-farmakolojik yöntemler kullanılmıştır^{29,30}. Bizim çalışmamızda da farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin tek başına kullanılmaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu bulgular ışığında sigara bırakma konusunda hastaların sözel yöntemler dışında daha farklı yöntemlerle desteklenmesi, belirli sigara bırakma programlarına dâhil edilmeleri ve motive edilip takip edilmeleri gerektiğini; gereken hastalarda davranış terapisi ve farmakolojik tedavinin kombine olarak uygulanmasının başarılı olma oranlarını artıracakını düşünüyoruz.

Sigara ile stresi azaltmaya çalışmak ve arkadaşlara hayır diyememek bu iki durum çalışmalarda sigara başlama nedeni olarak öne çıkmaktadır³¹⁻³². Bizim çalışmamızda da durum benzerdi. Hastalara sigaranın stresi azaltmada rolü olduğu bilgisinin yanlış olduğunun anlatılması ve özellikle genç yaş grubun sigara içmeyen popülasyona arkadaşlarına hayır diyebilme konusunda cesaretlendirilmesi gerektiği sonucuna varmaktayız.

Çalışmamızdaki hasta sayısının fazla olması çalışmamızın güçlü bir tarafı iken, hastaların özellikle açık uçlu sorular olmak üzere bazı sorulara cevap vermemesi ve gözlemsel çalışma olması; hastaların ek psikiyatrik hastalık tanılarının sorgulanmamış olması ve hastalara depresyon anketinin ayrıca uygulanmamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

Sonuç olarak, RA ve PsA tanılı hastalarımızda sigara içme oranlarının yüksek olduğunu ve bazı hastalık ilişkili faktörlerin sigara bırakmayı engellediğini tespit ettik. Bu hastalık grubundaki hastaların eğitilmesi, ağrılarının etkili tedavisi, stresle baş etme konusunda yardım edilmesi, sigarayı bırakma ve bıraktıktan sonra tekrar başlamamaları konusunda desteklenmeleri, bu hastalık grubuna özel sigara bırakma yöntemlerinin geliştirilmesi hastaların sigara bırakmasını kolaylaştırabilir, tekrar sigaraya başlamalarını engelleyebilir ve sigaranın hastalıklarına ve genel sağlık durumlarına zararları önlenir. Gelecekte

İRH tanılı hastalara özel sigara bırakma yöntemleri geliştirilip bunların etkilerini inceleyen çalışmalar yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Etik Kurul Onay Bilgisi:

Onaylayan Kurul: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Onay Tarihi: 10.02.2015
Karar No: 2015-3/25

Araştırmacı Katkı Beyanı:

Fikir ve tasarım: A.D., Y.P.; Veri toplama ve işleme: A.d.; Analiz ve verilerin yorumlanması: A.D., Y.P.; Makalenin önemli bölümlerinin yazılması: A.D., Y.P.

Destek ve Teşekkür Beyanı:

Uzm. Dr. Belkız Nihan Coşkun'a çalışma süresince verdiği destek için teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması Beyanı:

Makale yazarlarının çıkar çatışması beyanı yoktur.

Kaynaklar

1. Corr M, Firestein GS. Innate immunity as a hired gun: but is it rheumatoid arthritis? *J Exp Med.* 2002 Apr 15;195(8):F33-5. doi: 10.1084/jem.20020389. PMID: 11956300; PMCID: PMC2193686.
2. Spector TD, Hochberg MC. The protective effect of the oral contraceptive pill on rheumatoid arthritis: an overview of the analytic epidemiological studies using meta-analysis. *J Clin Epidemiol.* 1990;43(11):1221-30. doi: 10.1016/0895-4356(90)90023-i. PMID: 2147033.
3. Attwa E, Swelam E. Relationship between smoking-induced oxidative stress and the clinical severity of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011 Jul;25(7):782-7. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03860.x. Epub 2010 Oct 6. PMID: 21039915.
4. Vassalle C, Maffei S, Ndreu R, Mercuri A. Age-related oxidative stress modulation by smoking habit and obesity. *Clin Biochem.* 2009 May;42(7-8):739-41. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2008.11.017. Epub 2008 Dec 11. PMID: 19101532.
5. 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 Sep;86(9):1119-27. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x. PMID: 1932883.
6. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı 2010:59.
7. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic 2015 http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/
8. Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, ve ark. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Klinik Özellikleri ile İlgili Bir Ön Çalışma İç Hastalıkları Dergisi. Cilt: 7 Sayı: 1 Yıl: 2000. 32-34.
9. Güven T. Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin Araştırılması (Uzmanlık Tezi). İstanbul Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi: 2007.
10. Wysokiński A, Kowman M, Kloszewska I. The prevalence of metabolic syndrome and Framingham cardiovascular risk scores in adult inpatients taking antipsychotics - a retrospective medical records review. *Psychiatr Danub.* 2012 Sep;24(3):314-22. PMID: 23013638.
11. John H, Hale ED, Treharne GJ, Kitas GD, Carroll D. A randomized controlled trial of a cognitive behavioural patient education intervention vs a traditional information leaflet to address the cardiovascular aspects of rheumatoid disease. *Rheumatology (Oxford).* 2013 Jan;52(1):81-90. doi:

- 10.1093/rheumatology/kes237. Epub 2012 Sep 1. PMID: 22942402.
12. Aimer P, Stamp L, Stebbings S, et al. Identifying barriers to smoking cessation in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015 May;67(5):607-15. doi: 10.1002/acr.22503. PMID: 25370172.
 13. Hahn EJ, Rayens MK, Kirsh KL, Passik SD. Brief report: pain and readiness to quit smoking cigarettes. *Nicotine Tob Res*. 2006 Jun;8(3):473-80. doi: 10.1080/14622200600670355. PMID: 16801305.
 14. Shi Y, Hooten WM, Warner DO. Effects of smoking cessation on pain in older adults. *Nicotine Tob Res*. 2011 Oct;13(10):919-25. doi: 10.1093/ntr/ntr097. Epub 2011 May 12. PMID: 21571690; PMCID: PMC3179669.
 15. Patterson AL, Gritzner S, Resnick MP, et al. Smoking cigarettes as a coping strategy for chronic pain is associated with greater pain intensity and poorer pain-related function. *J Pain*. 2012 Mar;13(3):285-92. doi: 10.1016/j.jpain.2011.11.008. Epub 2012 Feb 9. PMID: 22325299; PMCID: PMC3293999.
 16. Haasova M, Warren FC, Ussher M, et al. The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data. *Addiction*. 2013 Jan;108(1):26-37. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04034.x. Epub 2012 Nov 15. PMID: 22861822.
 17. Cooney JK, Law RJ, Matschke V, et al. Benefits of exercise in rheumatoid arthritis. *J Aging Res*. 2011 Feb 13;2011:681640. doi: 10.4061/2011/681640. PMID: 21403833; PMCID: PMC3042669.
 18. Englbrecht M, Gossec L, DeLongis A, et al. The impact of coping strategies on mental and physical well-being in patients with rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 2012 Feb;41(4):545-55. doi: 10.1016/j.semarthrit.2011.07.009. PMID: 22340997.
 19. Treharne GJ, Lyons AC, Booth DA, Kitas GD. Psychological well-being across 1 year with rheumatoid arthritis: coping resources as buffers of perceived stress. *Br J Health Psychol*. 2007 Sep;12(Pt 3):323-45. doi: 10.1348/135910706X109288. PMID: 17640450.
 20. Treharne GJ, Kitas GD, Lyons AC, Booth DA. Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *J Health Psychol*. 2005 May;10(3):457-74. doi: 10.1177/1359105305051416. PMID: 15857874.
 21. Watson NL, VanderVeen JW, Cohen LM, DeMarree KG, Morrell HE. Examining the interrelationships between social anxiety, smoking to cope, and cigarette craving. *Addict Behav*. 2012 Aug;37(8):986-9. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.03.025. Epub 2012 Mar 28. PMID: 22507303.
 22. Pay S. Romatizmal hastalıklarda anti-TNF ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2006;26:430-40.
 23. Gardam MA, Keystone EC, Menzies R, et al. Anti-tumour necrosis factor agents and tuberculosis risk: mechanisms of action and clinical management. *Lancet Infect Dis*. 2003 Mar;3(3):148-55. doi: 10.1016/s1473-3099(03)00545-0. PMID: 12614731.
 24. Keane J, Gershon S, Wise RP, et al. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. *N Engl J Med*. 2001 Oct 11;345(15):1098-104. doi: 10.1056/NEJMoa011110. PMID: 11596589.
 25. Doğan C, Kral N, Şener S, ve ark. Anti TNF-Alpha Kullanan Hastalarda Tüberküloz Sıklığı. *TürkToraksDerg* 2012; 13: 93-8
 26. Male D, Brostoff J, Roth DB, Roitt I. *Immunology (7th Edition) Çeviri: Turgut İmir, Ankara, Palme yayıncılık, 2008, 129-130,485-7.*
 27. Keser G, Direskeneli H, Akkoç M ve ark. II. RAED Uzlaş Toplantısı Raporu. 7 Mayıs 2005, İzmir.
 28. Naranjo A, Khan NA, Cutolo M, et al. Smoking cessation advice by rheumatologists: results of an international survey. *Rheumatology (Oxford)*. 2014 Oct;53(10):1825-9. doi: 10.1093/rheumatology/keu213. Epub 2014 May 19. PMID: 24840678.
 29. Naranjo A, Bilbao A, Erausquin C, et al. Results of a specific smoking cessation program for patients with arthritis in a rheumatology clinic. *Rheumatol Int*. 2014 Jan;34(1):93-9. doi: 10.1007/s00296-013-2851-8. Epub 2013 Sep 5. PMID: 24005567.
 30. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2013 reviews. *Addiction*. 2014 Sep;109(9):1414-25. doi: 10.1111/add.12633. Epub 2014 Jul 4. PMID: 24995905.
 31. Talay F, Kurt B, Tuğ T. Eğitim fakültesi sınıf öğretmenliği öğrencilerinde sigara içme alışkanlıkları ve ilişkili faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2008; 56(2): 171-8
 32. Hassoy H, Ergin I, Davas A, Durusoy R, Karababa AO. Sağlık Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara, Nargile, Sarma Tütün Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ve Öğrencilerin Sigara, Nargile, Sarma Tütüne Başlama ve Sürdürme Konusundaki Görüşleri. *Solunum Dergisi Solunum* 2011; 13(2): 91-9.