



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN VE YÖNLENDİRİLEN
KİŞİLERDE SİGARA BIRAKMA BAŞARISI ÖNGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Meryem Betül ERDAL

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2021



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN VE YÖNLENDİRİLEN
KİŞİLERDE SİGARA BIRAKMA BAŞARISI ÖNGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Meryem Betül ERDAL

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Yeşim UNCU

Bursa-2021

İÇİNDEKİLER

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tütünün Tarihçesi ve Kullanımı	3
2.2. Tütünün Yapısı ve İçeriği	4
2.3. Sigaranın Epidemiyolojisi	5
2.4. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri	6
2.4.1. Sigaranın Organ ve Sistemler üzerine Etkileri	6
2.4.2. Sigara ve Kanser	8
2.4.3. Sigara ve Gebelik.....	10
2.5. Pasif Sigara Maruziyeti	11
2.6. Sigara Bırakma Tedavileri	12
2.6.1. Sigara Bırakmaya Yaklaşım.....	12
2.6.2. Tedavi Yaklaşımları	14
2.6.3. Özel Durumlarda Tedavi Yaklaşımları	17
2.7. Sigara Bırakma Sonrası Nüks ve Etkileyen Faktörler	19
2.8. Birinci Basamak Hizmetlerinde Sigara Bırakma	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Özellikleri	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3. Araştırma Grubu	23
3.4. Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1. Sosyodemografik Form.....	23
3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	24
3.4.3. Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ)	24
3.5. Verilerin Toplanması.....	25
3.6. Verilerin Analizi.....	25

4. BULGULAR	27
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	27
4.2. Katılımcıların Sigara Kullanım Özellikleri	31
4.3. Katılımcıların Sigara Bırakma Durumu	35
4.4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Sigara Bırakma Arasındaki İlişki	37
4.5. Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ile Sigara Bırakma Arasındaki İlişki	38
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
7. KAYNAKLAR	50
8. EKLER	56
EK-1: Araştırma İzni	56
EK-2: Anket Formu	59
EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları	63
9. TEŞEKKÜR	65
10. ÖZGEÇMİŞ	66

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo- 1: Sigaranın Neden Olduğu Kanser Türleri.....	8
Tablo- 2: Nükse Neden Olan Faktörler	19
Tablo- 3: Fagerström Nikotin Bağımlılığı Puanlaması	24
Tablo- 4: Sosyodemografik Veriler	29
Tablo- 5: Katılımcıların Sigara Kullanım Özellikleri.....	33
Tablo- 6: Üçüncü Aydaki Sigara Bırakma Durumu	36
Tablo- 7: Katılımcıların Ölçek Puanları ve Kıyaslanması	37
Tablo- 8: Katılımcıların Üçüncü Aydaki Sigara Bırakma Durumu ile Ölçeklerin İlişkisi.....	39
Tablo-9: Yönlendirilen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo- 10: SBP'ne Kendi İsteğiyle Başvuran Katılımcıların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	41

Şekil-1: Kronik Hastalık Varlığı	30
Şekil-2: Katılımcıların Sahip Oldukları Kronik Hastalıklar	31
Şekil-3: Yönlendirilen Kişilerin Daha Önce Sigara Bırakıp Bırakmama ve Aldıkları Destek Durumu	34
Şekil-4: Kendi İsteğiyle Başvuran Kişilerin Daha Önce Sigara Bırakıp Bırakmama ve Aldıkları Destek Durumu	34
Şekil-5: Her İki Grup için Başlanan Tedaviler	35

ÖZET

Sigara kullanımı sebep olduğu hastalıklar ve ölümler nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada sigara bırakmak amacıyla sigara bırakma polikliniğine başvuran ve yönlendirilen kişilerin Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ile sigara bırakma durumu ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma tanımlayıcı kesitsel nitelikte olarak belirlenmiş ve yüz yüze anket yöntemiyle yürütülmüştür. Mart 2021- Mayıs 2021 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği (SBP)'ne başvuranlar ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran sigara içen gebelerden ve İç Hastalıkları Tıbbi Onkoloji ile Kulak Burun ve Boğaz Polikliniklerine başvuran kanser tanılı sigara içen bireylerden SBP'ne yönlendirilenler olmak üzere iki grup halinde incelendi. Kendi isteği ile başvuran 95 kişi, yönlendirilen 66 kişi çalışmaya dahil edildi.

Her iki gruba da sosyodemografik veri anketi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ) uygulandı. Olguların sosyodemografik verileri, anket sonuçlarına ait veriler kaydedildi. İstatiksel analiz SPSS 23.0 programı kullanılarak gerçekleştirildi.

Kendi isteği ile başvuran kişilerin yaş ortalaması 43, yönlendirilenlerin 49,5 olarak saptandı. Kendi isteği ile başvuran 41 kişi (%43,2), yönlendirilen 21 kişi (%31,8) üçüncü ayda sigarayı bırakmıştı. Her iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0,146$).

Kişilerin kronik hastalık varlığı, daha önce sigara bırakma deneyimlerinde aldıkları destek ve tarafımızca başlanan tedavileri açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık saptandı. Kendi isteği ile başvuranların FNBT ortalama skoru $6,67 \pm 1,86$ iken yönlendirilen bireylerin ortalama FNBT skoru $5,73 \pm 2,27$ idi. Aralarında anlamlı düzeyde farklılık vardı ($p=0,008$). İki grup arasında SBBÖÖ kararlılık ve hazır oluş alt boyutu, SBBÖÖ sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ve SBBÖÖ total değeri arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$). Her iki grup katılımcılarının 3. ayda sigara

bırakma durumu ile FNBT ve SBBÖÖ arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışmamızda yapılan analizlerin sonucunda kendi isteği ile SBP'ne başvuran kişilerin Fagerström nikotin bağımlılık skoru ve SBBÖÖ total ve alt boyut skorları daha yüksektir. Yönlendirilen kişilerle arasındaki fark anlamlıdır. Fakat üçüncü ayda sigara bırakma durumları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Sigara içen tüm bireylerin yanında, sigaranın önemli risk faktörü olduğu kronik hastalıklara sahip olanların ve gebelikte sigara içenlerin bırakma başarılarını etkileyen faktörleri tespit etmek; kişiye yönelik davranışsal destek ve tedavileri vererek bırakma başarıları şansını artırmamızı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği, sigara bırakma.

SUMMARY

Evaluation Of Factors Related To The Smoking Cessation Success Prediction Scale In People Who Applicable And Referred To The Smoking Cessation Polyclinic

Smoking is an important health problem due to the diseases and deaths it causes. In our study, it was aimed to evaluate the smoking cessation status and the factors affecting it with the Smoking Cessation Success Prediction Scale of the people who applied and were referred to the smoking cessation clinic to quit smoking.

The study was determined as descriptive and cross-sectional and was carried out by face-to-face survey method. Between March 2021 and May 2021, smokers who applied to Bursa Uludağ University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Smoking Cessation Polyclinic (SCP), and smoker pregnant women who applied to the Gynecology and Obstetrics Polyclinic, and those who were referred to SCP among smokers with cancer diagnosis who applied to Internal Diseases Medical Oncology and Ear Nose and Throat Polyclinics were examined in two groups. 95 people who applied voluntarily and 66 people who were referred were included in the study.

Sociodemographic data questionnaire, Fagerström Nicotine Dependence Test (FNDT) and Smoking Cessation Success Prediction Scale (SCSPS) were applied to both groups. The sociodemographic data of the cases and the data of the survey results were recorded. Statistical analysis was performed using the SPSS 23.0 program.

The mean age of those who applied voluntarily was 43, and 49.5 for those who were referred. 41 people (43.2%) who applied voluntarily, 21 people (31.8%) who were referred quit smoking in the third month. There was no significant difference between the two groups ($p=0.146$).

There was a significant difference between the two groups in terms of the presence of a chronic disease, the support they received in their

previous smoking cessation experience, and the cessation treatments initiated by us. While the mean FNDT score of those who applied voluntarily was 6.67 ± 1.86 , the mean score of the referred individuals was 5.73 ± 2.27 . There was a major difference between them ($p=0.008$). An important difference was found between the two groups in terms of SBBÖÖ stability and readiness sub-dimension, SCSPS health perception and appropriate environment sub-dimension, and SCSPS total value ($p<0.001$). No significant correlation was found between the smoking cessation status of the participants in both groups at 3 months and FNDT and SCSPS ($p>0.05$).

As a result of the analyzes made in our study, it was observed that the Fagerström nicotine dependence score and total and sub-dimension scores of SCSPS were higher in individuals who voluntarily applied to SCP. The difference between those who applied voluntarily and those who were referred is significant. However, no considerable difference was detected between the smoking cessation statuses at the third month. To determine the factors affecting the quitting success of all smokers, those who have chronic diseases for which smoking is an important risk factor, and those who smoke during pregnancy; it will enable us to increase the chances of smoking cessation success by providing personalized behavioral support and treatments.

Keywords: Smoking Cessation Success Prediction Scale, smoking cessation.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından en tehlikeli ve önlenbilir halk sağlığı tehditlerinden biri olarak gösterilmektedir. Sigara kullanımı tüm dünyada önlenbilir morbidite ve mortalitenin başlıca nedenidir (1). Dünyada her yıl 7 milyondan fazla, ülkemizde de 100.000'den fazla kişi sigara kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (2). Ayrıca ikinci el sigara dumanı da her yıl 1,2 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmaktadır (3).

Günümüzde tüm dünyada her 10 ölümden birinin sigara kullanımı nedeniyle olduğu bilinmektedir. Tüm dünyada sigara içtiği bilinen yaklaşık 1,5 milyar insanın üçte birinin yaşadığı 10 ülkeden birisi de Türkiye'dir (4). Bu nedenle ülkemizde sigara bırakma danışmanlığı oldukça önem arz etmektedir. Bu amaçla hizmet veren sigara bırakma polikliniklerinin sayısı ve bu polikliniklere başvuru oranı giderek artmaktadır.

Sigara, başta kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olmak üzere solunum sistemi hastalıklarına, başta akciğer kanseri olmak üzere birçok kanser türüne, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklara neden olmaktadır (5). Sigara içen kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlere göre yaklaşık 20-25 yıl daha kısadır (6). Ayrıca sigara içenlerde kanser nedeniyle ölümler içmeyenlere göre iki kat daha fazladır (7). Sigarayı bırakmak, sigara ile ilişkili hastalık riskini azaltacak, hasta olanlarda da hastalığın ilerleme hızını yavaşlatıp sağkalım beklentisini artıracaktır.

Sigara, başarısız bir gebelik sonucuna karşı en önemli önlenbilir risk faktörüdür. Sigara bağımlılığı olan kadınların %50-70'i gebelikte de sigara içmeye devam etmektedirler (8). Bu nedenle prekonsepsiyonel yaklaşımda ve gebelikte sigara bırakma danışmanlığı oldukça önem arz etmektedir.

Sigara içen kişilerin %70'i bırakmak istemekte ve yaklaşık 1/3'ü her yıl kendi kendine bırakmaya çalışmaktadır. Fakat %10'dan daha azı uzun süre içmemeyi başarabilmektedir (9). Bırakma girişimlerinin başarısız sonuçlanması ve nüksler sigara içen bireylerin profesyonel yardım alması

gerektiğini ortaya koymaktadır. Davranışsal terapiler ve farmakolojik tedavilerle sigara bırakma başarısı oranları önemli ölçüde artmaktadır.

Sigara bırakma danışmanlığı verilen bireylere özgü tedavi yaklaşımları geliştirmek ve bırakma oranlarını artırmak için çeşitli testler ve ölçekler kullanılmaktadır. Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği, bırakma kararı alan kişilerin başarısını önceden tahmin etmek ve bu sayede kişiye özgü stratejiler geliştirip daha fazla bireyin bırakmasını sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

Bu çalışmada sigara bırakmak amacıyla Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran ve yönlendirilen kişilerin Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ile sigara bırakma durumu ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütünün Tarihçesi ve Kullanımı

Tütün, patlıcangiller (solanaceae) familyasından olup “nicotiana” cinsi içinde yer alır. Bu cins içerisindeki türlerden sadece “Nicotiana tabacum” ve “Nicotiana rustica” tütün ürünlerinin yapımında kullanılır (10).

Nicotiana tabacum ve Nicotiana rustica, Peru/Ekvador çevresindeki And Dağları'nda gelişen Amerika'nın yerli bitkileridir. İnsanlar bu bitkilere yaklaşık 18000 yıl önce Asya'dan Amerika kıtalarına göç ettiklerinde rastladılar. Tütünün MÖ 5000-3000 yıllarından beri yetiştirildiği düşünülmektedir (11).

Tütün kullanım alanları tarihsel süreçte değişim göstermiştir. İlk başlarda dini törenlerde, sonraları hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır. Keyif verici özelliğinin bilinmesiyle beraber kullanımı da giderek yaygınlaşmıştır (10).

Tütün kullanımı başlangıçta pipo ve puro içinde kullanım şeklindeyken, daha sonraları enfiye ve sakız olarak tüketilmiştir. Günümüzde tütünün bu şekillerde kullanımı devam etmekle birlikte tüm dünyada yaygın tüketim ürünü sigaradır (12).

Tütün yetiştiriciliği ticari olarak 1612 yılında Amerika'da başlamıştır. Sigara makinelerinin 1881 yılında Amerika'da icadıyla tütün üretim hızı artmış, modern anlamda sigaranın doğuşu ise 1913 yılında gerçekleşmiştir (13).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşları tütün kullanımının yayılmasında büyük rol oynamıştır (14). Yirmi birinci yüzyılın başında dünyadaki yetişkinlerin yaklaşık üçte biri tütün kullanmaktaydı (13).

Tütün kullanımının hastalıklarla ilişkisini ilk olarak 1761 yılında İngiliz Doktor John Hill ortaya koymuştur ve bu rapor tarihte bilinen ilk tütün-kanser araştırması olmuştur (15). Amerikalı Doktor Ochsner ise 1939 yılında sigara

ile akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi ilk olarak ortaya koymuştur (13). Tütün kullanımı yaygınlaştıkça hastalıklar artmaya başlamış ve bu durum da bilim insanlarının daha fazla araştırma yapmasına, yöneticilerin ise tütün tüketimi ile ilgili tedbirler alıp kısıtlamalar getirmesine neden olmuştur (10).

Ülkemizde ilk sigara fabrikası 1884 yılında kurulmuştur. Uzun süre Fransız Reji şirketi tarafından tütün üretimi gerçekleşmiş, cumhuriyetin kurulmasından sonra Mustafa Kemal Atatürk döneminde Reji satın alınarak devletleştirilmiştir (16).

2.2. Tütünün Yapısı ve İçeriği

Tütün yaprağından elde edilerek kullanılan ürünlere 'tütün mamulü' denilmektedir (17). En yaygın kullanılan tütün mamulü olan sigaranın dumanı, tütün yaprağının yanması sonucu ortaya çıkan heterojen bir aerosoldür (18). Sigara içerisinde yaklaşık 600 farklı madde vardır ve yakıldığında bazıları farmakolojik olarak aktif, sitotoksik, antijenik, karsinojenik, mutajenik 7000'den fazla kimyasal madde üretir (19). Ana akım dumanının %92-95'i gaz fazındadır. Partikül çapı solunabilir seviyede ve ortalama 0,2-0,5 mm'dir (18).

Sigara içen kişinin ağzından çıktığı dumana ana akım dumanı, sigaranın yanan uçlarından gelen dumana ise yan akım dumanı denir. Partikül fazdaki maddeler büyük oranda filtrelendiğinden dolayı partiküler madde konsantrasyonu yan akım dumanında daha fazladır. Bazı toksik maddelerin yan akım dumanında daha fazla olduğu saptanmıştır ve sigaranın pasif içicilik etkileriyle çevreye verdiği zararlardan büyük oranda yan akım dumanının sorumlu olduğu gösterilmiştir (20).

Sigara dumanındaki kimyasal maddelerden bazıları; aseton, asetik asit, amonyak, arsenik, benzen, kadmiyum, formaldehit, naftalin, nikotin, katran, tolüen olarak sıralanabilir (19). Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı (The International Agency for Research on Cancer – IARC) sigara dumanında bulunan bu kimyasal maddelerden 81'inin karsinojen olduğunu bildirmiştir. Bunlardan 11 tanesi Grup 1 (insanlarda karsinojen olduğu

bilinen), 14 tanesi Grup 2A (insanlarda karsinojen etkisi olası), 56 tanesi Grup 2B (insanlarda karsinojen olabilen) olarak sınıflandırılmıştır (21).

Sigara bağımlılığına neden olan esas madde nikotindir. Bir sigarada bulunan nikotin miktarı yaklaşık olarak 9-20 mg'dır ve bunun 1-2 mg'ı vücutta absorbe olmaktadır (22). Sigara dumanından solunan nikotin pulmoner kapiller tarafından hızla emilir ve 10-19 saniye içinde beyne ulaşır. Nikotinin 15-20 dakikalık bir dağılım yarı ömrü ve 1-2 saatlik bir eliminasyon yarı ömrü vardır (23).

2.3. Sigaranın Epidemiyolojisi

Sigara kullanımı önlenabilir hastalık ve ölümlerin başlıca nedenidir (24). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigara bağımlılığını nükslerle seyreden kronik bir hastalık olarak tanımlamaktadır (25). Dünya genelinde sigara kullanımı giderek artmakta ve bu durum halk sağlığı için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Her yıl 8 milyondan fazla insan sigara kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (26). Bunların 7 milyondan fazlası doğrudan sigara kullanımına, yaklaşık 1,2 milyonu ise ikinci el sigara dumanı maruziyetine bağlı nedenlerden kaynaklanmaktadır (3). Amerika'da 1964-2014 yılları arasında 20 milyondan fazla kişinin sigara kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir (20).

DSÖ'nün son verilerine göre dünyada toplam 1,3 milyar sigara kullanmaktadır (3). Toplam 22 ülkeden yaklaşık 3 milyar insanın dahil edilerek yapıldığı bir çalışma olan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Atlası'na göre 721 milyonu erkek ve 158 milyonu kadın olmak üzere 879 milyon insan tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır. Çin, 288 milyon erkek ve 13 milyon kadın ile en fazla tütün kullanıcısına sahiptir ve onu Hindistan izlemektedir (27).

Erkeklerde sigara kullanma prevalansı kadınlara göre çok daha yüksektir. Erkek-kadın oranı en yüksek Mısır'da, en düşük ise Polonya ve Uruguay'dadır (27). Endonezya 15 yaş üstü erkeklerde (%76,2) en yüksek

sigara içme prevalansına sahip ülke iken kadınlarda bir Güney Pasifik ülkesi olan Nauru (%52) en yüksek prevalansa sahiptir (28).

Günlük sigara içmeye başlama yaşı erkekler ve kadınlar arasında farklılık göstermekte olup, kadınlar erkeklerden biraz daha büyük yaşta başlamaktadır. Asya ve Afrika'daki sigara içenler, Avrupa ve Latin Amerika'dakilere kıyasla, günlük sigara içmeye daha geç yaşta başlama eğilimindedirler (27).

DSÖ, 2010 yılında Türkiye nüfusunun yaklaşık %30'unun sigara içtiğini ve tütün kontrolü çabaları aynı yoğunlukta devam ederse 2025 yılında nüfusun yaklaşık bu oranın yaklaşık %19'a gerileyeceğini tahmin etmektedir. Türkiye'de 2010 verilerine göre erkeklerin yaklaşık %46'sı ve kadınların yaklaşık %15'i sigara içmektedir. Bu oranın 2025 yılına kadar erkekler için yaklaşık %31 ve kadınlar için yaklaşık %9 olması öngörülmektedir (24).

Dünya geneline bakıldığında 2000 yılında, 15 yaş üstü nüfusun yaklaşık üçte biri (%33,3) tütün ve tütün ürünü kullanıcısıydı. Bu oran 2015 yılında dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birine (%24,9) düşmüştür. Tütün kontrolüne yönelik mevcut çabaların tüm ülkelerde sürdürüldüğü varsayılırsa bu oranın 2025 yılına kadar dünya nüfusun yaklaşık beşte birine (%20,9) kadar düşeceği tahmin edilmektedir (26).

2.4. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri

Sigara kullanmanın sağlık üzerine olumsuz etkileri oldukça kapsamlıdır. Ağır sigara içicisi olma, sigara içme süresi ve erken başlama yaşı ile sigaraya bağlı hastalık ve ölüm riskinin yüksek olması arasında güçlü bir doz-yanıt ilişkisi vardır (29). Sigara içen kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlere göre yaklaşık 20-25 yıl daha kısadır (6).

2.4.1. Sigaranın Organ ve Sistemler üzerine Etkileri

Sigara kullanımı bilinen en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Sebep olduğu hastalıklar başta kronik obstrüktif akciğer

hastalığı (KOAİ) olmak üzere solunum sistemi hastalıkları, başta akciğer kanseri olmak üzere birçok kanser türü ve kalp damar hastalıklarıdır (30).

Sigara solunum yollarında önemli patolojik değişiklikler meydana getirmektedir. Sigara dumanından solunan toksik maddeler inflamasyona neden olmakta, inflamasyonla birlikte mukozal değişiklikler olmaktadır. Mukozal klerenste azalma, alveolar makrofaj aktivitesinde bozulma, müköz bezlerde hiperplazi, küçük hava yollarında mukus tıkaçları, peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis meydana gelmektedir. Bronş düz kaslarında kasılmaya neden olarak hava yolu direncini arttırmakta ve bunların sonucunda da zaman içerisinde zorlu ekspirasyon hacminde (FEV) azalma meydana gelerek KOAH gelişmektedir. Sigara kullanımı KOAH gelişimi için başlıca risk faktörüdür (6). KOAH'ın yanında astım ve interstisyel akciğer hastalıkları da dahil olmak üzere kronik solunum yolu hastalıkları sigara kullanımı ile ilişkilidir (31).

Dünya genelinde başlıca ölüm nedenleri arasında ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir. Sigara, kalp ve damar hastalıkları için riskleri kanıtlanmış en önemli önlenabilir faktör olması açısından oldukça önemlidir (30). Sigara kaynaklı kardiyovasküler hastalık riskinin artmasının temelinde meydana getirdiği oksidatif stres, sempatik sinir aktivasyonu ve insülin direnci vardır. Oksidatif stresin artmasıyla endotelial disfonksiyon meydana gelmekte ve ateroskleroz oluşmakta, sempatik sinir aktivasyonu ile kan basıncı artmakta ve atriyal fibrilasyon riski oluşmakta, insülin direncinin oluşmasıyla metabolik sendrom ve obezite riski artmaktadır. Tüm bu mekanizmalar koroner arter hastalıkları, inme, akut koroner sendrom, venöz tromboembolizm ve kalp yetmezliği görülme sıklığında artışa neden olmaktadır (32). Ateroskleroz ve arteriyel tromboz patogeneğinde rol oynayan önemli mekanizmalar ise endotel hasarı ve trombosit aktivasyonu ile açıklanmaktadır (33). Hücrelerel süreçler aterosklerotik plakların oluşumu, plak rüptürü, trombus oluşumu ve arterlerdeki kan akışının azalmasıyla birlikte hipoksi ve doku hasarı ile sonuçlanır. Yapılan çalışmalar sigaranın sağlıklı genç erkeklerde erken aterosklerotik lezyonların gelişimi için en önemli risk faktörü olduğunu göstermiştir (34).

Sigara içen kişilerde koroner kalp hastalığı riski 2-4 kat artmaktadır (30). Yine sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla abdominal aort anevrizması riski 5 kat, periferik arter hastalığı riski 3 kat, inme riski ise 2 kat daha fazladır (35).

Sigara içen kişilerde içmeyenlere göre mide ve duodenum ülserleri 2 kat daha fazla görülmektedir (6). Sigara içenlerde kemik mineral yoğunluğu azalmakta ve kırık riski artmaktadır. Özellikle postmenapozal sigara içen kadınlarda osteoporoz riski daha fazladır (36). Sigara, yara iyileşmesinin bozulmasına neden olmakta ve bu durum özellikle opere olacak hastalar açısından önem arz etmektedir (37). Sigara yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve katarakt riskini artırmaktadır. Ayrıca cilt kırışıklıklarında artışa neden olmakta ve deri yaşlanmasını hızlandırmaktadır (6).

2.4.2. Sigara ve Kanser

Sigara kullanımı ile kanser arasındaki ilişki ilk olarak 1964 yılında 'Surgeon General' raporunda belirtilmiştir (6). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı 1985 yılında sigara içimi ile birçok kanser türü arasında nedensel bir ilişki olduğunu açıkladı ve yıllar içerisinde yeni kanser türleri de bu listeye eklendi (38). Sigaranın neden olduğu kanser türleri Tablo-1'de görülmektedir.

Tablo- 1: Sigaranın Neden Olduğu Kanser Türleri

Oral kavite	Akciğer	Mesane
Farenks	Mezotelyoma	Pankreas
Larenks	Karaciğer	Renal pelvis/Üreter
Nazal kavite/sinüsler	Pankreas	Serviks
Özofagus	Mide	Penis
Kolorektal	Böbrek	Miyeloid lösemi

Gelişmiş ülkelerde tüm kanser nedenli ölümlerin üçte biri sigara kullanımı ile ilişkilidir. Sigara içenlerde kanser nedeniyle ölümler içmeyenlere göre iki kat daha fazladır. Ayrıca günde içilen sigara sayısı 20'yi geçen kişilerde ölüm oranları içmeyenlere göre dört kat daha fazladır (7).

2.4.2.1. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri sigara ile nedensellik ilişkisi ortaya koyan ilk kanser türüdür. Dünya çapında her yıl yaklaşık 1,6 milyon insan akciğer kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Sigara içen akciğer kanseri hastalarının prognozu hiç sigara içmemiş hastalardan belirgin şekilde daha düşüktür (39). Hem erkeklerde hem kadınlarda mortalitesi en yüksek kanserdir. Günde içilen sigara miktarı arttıkça ve sigaraya başlama yaşı düştükçe akciğer kanseri riski de artmaktadır (6). Sigara içimi ile akciğer kanseri arasındaki ilişki, geniş kohort çalışmalarıyla kanıtlanmıştır. Sigara içenlerin %20'sinde akciğer kanseri gelişir ve akciğer kanserli hastaların yaklaşık %90'ı sigara içmektedir (7). Akciğer kanserinin tüm alt tiplerinde sigara kullanımı başlıca risk faktörüdür. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK), bu morbid malignitenin en sık teşhis edilen alt tipidir ve dünya çapında 500 milyondan fazla sigara içicisi bu ölümcül malignite için yüksek risk altındadır (39). Akciğer kanseri olgularının büyük çoğunluğunun erkek olmasının yanında, gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda sigara içme alışkanlığındaki artışa paralel olarak akciğer kanseri sıklığı giderek artmaya devam etmektedir (40).

2.4.2.2. Diğer Kanseler

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sigara kullanımının akciğer kanseri dışında oral kavite, farenks, larenks, paranazal sinüsler, özofagus, mide, karaciğer, pankreas, üriner traktus, kolorektal ve serviks kanserleri ile miyeloid lösemiye neden olabileceğini ortaya koymuştur (35). Gelişmiş ülkelerde kanser nedenli ölümlerin üçte biri sigara kaynaklıdır. Bir kişide

sigara kullanımına bağılı malignite meydana geldiğinde ikincil bir sigara ilişkili malignitenin oluşma riski daha fazladır (22).

2.4.3. Sigara ve Gebelik

Gebelikte sigara içmek birçok ülkede, başarısız bir gebelik sonucuna karşı en önemli önlenabilir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (41).

Çocuklarda, gençlerde sigaraya başlamanın önemli sebeplerinden biri ailede sigara kullanan bir bireyin olmasıdır. Ebeveynin sigara kullanması gencin sigara kullanma riskini iki kat artırmaktadır (42). ABD’de yapılan 30 yıllık prospektif bir çalışmada gebelikleri sırasında bir paket veya daha fazla sigara içtiğini belirten annelerin çocuklarının, gebelikleri boyunca hiç sigara içmediğini belirten annelerin çocuklarına göre sigara bağımlılığı ihtimalinin önemli ölçüde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (43).

Sigara bağımlılığı olan kadınların %50-70’i gebelikte de sigara içmeye devam etmektedirler. Prevalans çalışmaları, gelişmiş ülkelerdeki kadınların %20-50’sinin gebeliğin başlangıcında sigara içtiğini bildirdiğini göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların ortalama %20-25’inin gebeliğinde sigara içmeye devam ettiği görülmüştür (8).

2.4.3.1. Gebelikte Sigara Kullanımının Anneye Etkileri

Gebelikte sigara kullanımının fizyolojik etkileri; bronkokonstrüksiyon nedeniyle akciğerlerin daha az havalanması, vazokonstrüksiyon nedeniyle kan basıncının yükselmesi, taşikardi, bulantı ve kusmada artma, tat ve koku duyusunda azalma, iştahsızlık ve çabuk yorulmadır (39).

Sigara kullanımı, gebeliğin ilk trimesterında ektopik gebelik ve spontan abortus görülme riskini artırır. Sigara içen gebelerde ektopik gebelik 1,5-2,5 kat daha fazla sıklıkta görülür. İlerleyen gebelik haftalarında ise, plasenta previa, plasenta dekolmanı, preeklampsi, preterm doğum ağrıları, erken membran rüptürü ve perinatal mortalite riski daha fazladır (36).

2.4.3.2. Gebelikte Sigara Kullanımının Bebeğe Etkileri

Gebelik döneminde sigara içmek, doğum öncesi ve sonrasında fetüsün ve yeni doğan bebeğin gelişimini olumsuz etkilemektedir. Gebelikte sigara kullanımı plasental yetmezlik, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkilidir. Sigara içen annelerin çocuklarında ani bebek ölümü sendromu görülme riski, içmeyen annelerin çocuklarına kıyasla 3 kat daha fazladır. Sigara kullanımı konjenital anomalilerle ilişkilendirilmiş, maruz kalan bebeklerde yarık damak dudak riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (40). Doğum sonrasında bebekte pnömoni riski artmakta, çocukluk çağında astım daha fazla görülmektedir (39). Ayrıca gebelikte sigara kullanımı, çocuklarda davranışsal ve psikiyatrik sorunlar ile de ilişkilendirilmiştir (40).

2.4.3.3. Sigaranın Gebelik Oluşumuna Etkisi

Üreme çağındaki sigara içen kadınlarda infertilite oranı, sigara içmeyenlerin 2 katıdır. Sigara dumanında bulunan toksik kimyasallar reproduktif toksisiteye neden olmaktadır. Nikotin, karbonmonoksit ve siyanür vazokonstriksiyona ve hücre büyüme geriliğine neden olarak plasental yetmezliğe, embriyonik ve fetal büyüme kısıtlamasına ve nihayetinde fetal ölüme neden olabilir. Overler için toksik olduğu bilinen bir ağır metal olan kadmiyum, sigara içenlerin foliküler sıvısında sigara içmeyenlere göre daha yüksek konsantrasyonlarda bulunmuştur (41).

Sigarayı bırakmak, doğurganlığı artırır. Bu durum sigara içen infertil kadınlar için sigarayı bırakmaya güçlü bir teşvik olabilecek önemli bir araştırma bulgusudur (41).

2.5. Pasif Sigara Maruziyeti

Sigara içen kişinin ortama verdiği ana akım dumanı ile sigaranın yanan ucundan çıkan yan akım dumanının solunması ikinci el sigara maruziyetidir. Bununla birlikte sigara içilen ortamlardaki eşyalara, yüzeylere

yerleşen sigara dumanı bileşenlerinin solunması ya da dermal emilimi sonucu oluşan maruziyete ise üçüncü el sigara maruziyeti denir. Yan akım dumanı, ana akım dumanından kimyasal olarak farklıdır ve karsinojen maddeleri içerisinde daha yoğun bulundurulur (42,43).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013'te yayınladığı rapora göre dünya nüfusunun üçte birinden fazlası pasif sigara maruziyeti altındadır. 15-49 yaş doğurganlık çağındaki kadınların yarısı evde pasif içici konumundadır (44). Pasif sigara maruziyeti her yıl tahmini 166 000'i çocuk 600 000 ölümden sorumludur (45).

Pasif sigara maruziyeti erişkinlerde akciğer kanseri ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (22). Yapılan bir metaanalizde evde sigara içen biriyle yaşayan sigara içmeyen kişilerde, hiç sigara içilmeyen bir evdeki kişiye göre akciğer kanseri görülme riski %24 daha fazladır (46). Çocuklarda pasif sigara maruziyeti, hırıltılı solunum, astım, astım atak nedenli hastaneye yatışlarda artış, efüzyonlu akut otitis media ve meningokok hastalığı ile ilişkilidir ve bu riskler gebelik sırasında annenin sigara içmesinden bağımsızdır (45).

2.6. Sigara Bırakma Tedavileri

2.6.1. Sigara Bırakmaya Yaklaşım

Hekimler günlük pratiklerinde herhangi bir nedenle kendilerine başvuran her hastaya sigara içip içmediğini, içiyorsa kaç adet içtiğini, bırakmayı düşünüp düşünmediğini sormalı, bırakmak istiyorsa destek sağlamalı, düşünmüyorsa motivasyonel görüşme yapmalıdır. Yapılan çalışmalar hekimlerin sadece sigara içme sorgulaması yapıp uyarılarda bulunmasının bile kişilere sigara bırakmayı düşündürüp, %1-3 oranında bırakma konusunda başarılı olunduğunu ortaya koymuştur (44).

Sigara bağımlılığı olan bir kişide sigara bırakma davranışının oluşmasında bazı motivasyonel aşamalar vardır. Bu aşamalar bırakmayı düşünmeme, düşünme, hazırlanma, bırakmayı deneme ve bırakmayı

sürdürme evreleridir. Sigarayı bırakmak isteyen kişilere 5A modeli, bırakma konusunda isteksiz olan kişilere ise 5R modelini uygulamak gerekir (44).

5A modeli, Türkçe hali ile 5Ö modeli sigarayı bırakmayı düşünen kişilere uygulanacak stratejilerdir. Bunlar;

- Ask (Öğren): Her ziyarette sigara kullanım durumu sorgulanmalı ve kaydedilmelidir.
- Advise (Öner): Her ziyarette tavsiyelerde bulunulmalıdır. Öneriler açık, güçlü ve kişiselleştirilerek sigara bırakmak teşvik edilmelidir.
- Assess (Ölç): Kişinin sigara bırakma konusunda isteği değerlendirilmeli, nikotin bağımlılık düzeyi ölçülmelidir.
- Assist (Önderlik et): Bırakma girişiminde istekli hastaya danışmanlık edilmeli veya ek tedaviler sağlanmalı veya sevk edilmelidir.
- Arrange (Örgüt): Bırakma girişiminde bulunmuş hasta düzenli aralıklarla yüz yüze ya da telefon görüşmeleriyle takip edilmeli, nüksün önlenmesi adına destek verilmelidir (44,45).

5R modeli, ziyaret sırasında sigara bırakmayı düşünmeyen kişiler için gelecekte bırakmayı düşünür hale getirmek amacıyla uygulanan stratejilerdir.

- Relevance (İlişki): Hastanın sosyoekonomik durumu, mevcut ve ileride olabilecek sağlık problemleri sigara ile ilişkilendirilerek sigarayı bırakmanın olumlu sonuçları anlatılmalıdır.
- Risks (Riskler): Hastaya sağlığı açısından oluşabilecek riskler anlatılmalıdır.
- Rewards (Ödüller): Sigarayı bırakması durumunda elde edeceği kazanımlardan bahsedilmelidir.
- Roadblocks (Engeller): Hastanın sigarayı bırakmasının önündeki engeller konuşulup bu durumlara karşı öneriler getirilmelidir.
- Repetition (Tekrar): Sigara bırakma konusunda motivasyonu sağlayamamış hastalara her defasında tekrar destek verilmelidir (44).

2.6.2. Tedavi Yaklaşımları

2.6.2.1. Bilişsel Davranışçı Yöntemler

Bilişsel terapi, duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki ilişkileri belirlemeye çalışarak kişinin hayatını daha gerçeğe uygun bir şekilde yorumlamasına çalışır. Yaşanan olaylar, bireyin hayatındaki kişiler, nesneler direkt olarak duygulara neden olmazlar. Onlarla ilgili düşünceler duyguları, duygular da davranışları belirler.

Sigara bağımlılığında kişinin kendi düşüncelerinin değiştirebilmesi önemlidir. Çünkü sigarayla ilgili düşünceleri olumlu olan kişi sigarayı bıraktığında bir eksiklik, güçsüzlük hisseder, kendisini cezalandırılmış olarak görür ve ona özlem duyar. Bu duyguların sonucu olarak da tekrar sigara içme davranışı beklenen bir sonuç olur. Tam tersi durumda, sigarayla ilgili olumsuz düşünceleri olan kişi, davranış olarak sigara içmekten kaçınma yoluna gidecektir.

Kişilere sigara bırakma danışmanlığında verilecek bilişsel davranışsal müdahalelere örnek olarak; sigara bırakma günü belirleme, yakın çevrenin desteğini sağlama, sigarayı bırakmak istemenin sebeplerini ve bırakınca elde edeceği faydaları sıralama, içilen markayı değiştirme, sigaranın yarısını içme, sigara içilen ortamlardan uzak durma, yanında kısıtlı sayıda sigara bulundurma, yeni uğraşlar edinme, bol sıvı tüketme, fiziksel egzersiz yapma verilebilir (46).

Yapılan randomize kontrollü çalışmalar sigarayı bırakmak için yapılan motivasyonel görüşmelerin, kısa tavsiyeler vermekten daha etkili olduğunu ortaya koymuştur (47).

2.6.2.2. Farmakoterapi

2.6.2.2.1. Nikotin Replasman Tedavileri

Nikotin replasman tedavisi (NRT) hem nikotin reseptörlerini uyarmayı, böylece sigara içme isteğini ve yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmayı (bu etki hemen ortaya çıkar) hem de nikotin reseptörlerinin sayısını azaltmayı (bu etki daha yavaştır ve haftalarca devam ederek tütün bağımlılığını giderek azaltır) amaçlar. NRT, kontrollü nikotin uygulamasına dayanır. Kontrollü nikotin uygulaması, daha düşük doz ve daha yavaş farmakokinetik sayesinde sigara içmenin neden olduğu olumlu etkileri azaltır. Nikotin, sigaraya kıyasla daha yavaş emilir, daha düşük ancak uzun süreli kan zirveleri oluşturur. Böylece sinirlilik, kaygı, konsantrasyon güçlüğü, disfori, iştah artışı, kilo alımı ve uyku bozuklukları gibi ödüllendirici etkileri ve yoksunluk semptomlarını azaltır.

Her farklı NRT ürünü, sigarayı bırakmada aynı etkinliği göstermiştir. NRT ürününün seçimi hastanın tercihlerini yansıtmalıdır. Transdermal nikotin bandı, diğer NRT ürünlerinden daha yüksek uyum oranları sağladığı için genellikle ilk tercihtir. Transdermal nikotin bantları nikotini nispeten sabit bir oranda verir, bu nedenle yoksunluk semptomlarını azaltmak için en uygun uygulama yollarıdır (45). En önemli avantajı, tedavi uyumunun kolay olmasıdır. Farklı dozlarda bulunurlar ve 24 saatlik bir süre içinde 5 mg ile 22 mg arasında nikotin emilimini sağlarlar, bu da ağır sigara içicilerinde görülen en düşük seviyelere benzer plazma seviyelerine neden olur. Sabah kalkınca gövde ya da üst kol derisinin kuru, temiz ve kılsız bir bölgesine yapıştırılır. Bant 24 saatin sonunda çıkarıldığında yeni bant farklı bir yere yapıştırılır (44). En sık bildirilen yan etkiler lokal cilt reaksiyonlarıdır. Yirmi dört saatlik bantlarla uyku bozuklukları da yaygın olarak bildirilmiştir (48). Önerilen tedavi süresi 8–10 haftadır (44).

Diğer NRT formları; sakız, nazal sprey, inhaler, pastildir. Türkiye’de bulunan ticari formlar, transdermal bant ve sakızdır. Sakızların 2 ve 4 mg’lık formları bulunmaktadır. Günlük kullanımı en fazla 24 adet olacak şekildedir. Sakızlar yavaş ve aralıklı çiğnenmeli, yaklaşık 30 dakika ağızda tutulmalıdır. Önerilen tedavi süresi 12 haftadır. En sık görülen yan etkiler, aşırı tükürük salgısı ve gastrointestinal şikayetlerdir (44).

2.6.2.2.2. Bupropion

Bupropion, nikotin içermeyen, nontrisiklik antidepresan etkili, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörüdür. Ayrıca nikotinik reseptör antagonisti etkisiyle nikotin yoksunluk semptomlarını azaltır. Depresyon öyküsü olan ve olmayan hastalarda sigarayı bırakmada eşit derecede etkili olduğu bulunmuş ve bu durum nikotin bağımlılığı tedavisindeki etkisinin antidepresan etkisinden bağımsız olduğunu göstermiştir (49,50).

150 mg'lık yavaş salımlı tablet formu 7-12 hafta süreyle günde iki kere (300 mg/gün) kullanılır. Kişi sigara içerken tedaviye başlanır. Hedef bırakma tarihi genellikle tedavinin ilk 2 haftası içinde belirlenmelidir. Bupropion, transdermal nikotin bandı ile birlikte verilebilir. Yapılan çalışmalar beraber kullanımlarının tek başına olan etkinliklerinden daha fazla olduğunu göstermiştir. Tedavi süresi 6 aya kadar uzatılabilir (49,50).

İyi tasarlanmış iki büyük klinik çalışmada 6. ve 12. ay izlemlerde, bupropion kullanan olgularda sigara bırakma başarısı plaseboya göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda nikotin yoksunluk semptomlarını önlemede bupropion daha başarılıdır (49).

En yaygın görülen yan etkiler, ağız kuruluğu ve uykusuzluktur. Kullanımının kontrendike olduğu durumlar; hamileler, emzirenler, epileptik nöbet öyküsü, merkezi sinir sistemi tümörü, kontrolsüz malign hipertansiyon, monoaminooksidaz (MAO) inhibitörü kullanma öyküsü ve 18 yaş altı kişilerdir (51).

2.6.2.2.3. Vareniklin

Vareniklin, nikotinik asetilkolin $\alpha 4\beta 2$ reseptörlerinin parsiyel agonisti ve $\alpha 7$ reseptörlerinin tam agonistidir. $\alpha 4 \beta 2$ subünitesi, nikotin bağımlılığı ve aşırı sigara içme isteği gelişiminde rol alır. Vareniklin, $\alpha 4 \beta 2$ reseptörleri uyararak nikotinik agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar. İlerleyen dönemde kişi vareniklin kullanırken sigara içerek nikotin alsa bile antagonist etki ile dopamin salınımında artış meydana

gelmez. Vareniklin agonist ve antagonist etkileriyle nikotin bağımlılığını azaltıp, yoksunluk semptomlarının oluşmasını önler (52).

Kişi sigara içerken tedaviye başlanır. İlk 3 gün 0,5 mg günde 1 kez olarak başlanır. 4. gün 0,5 mg günde 2 kez, 8. günden itibaren ise günde 2 kez 1 mg olarak tedaviye devam edilir. Tedaviye başladıktan sonra 8-14. günler arasında sigara bırakma günü belirlenir. Önerilen tedavi süresi 12 haftadır. Fakat nüksü önlemek için 6 aya kadar kullanılabilir (44).

En sık bildirilen yan etki bulantıdır. Diğer yan etkiler; uykusuzluk, anormal rüyalar, gastrointestinal şikayetler ve baş ağrısıdır. Özellikle bulantı olmak üzere yan etkilerin şiddeti, ilacın kullanıldığı süre arttıkça azalmaktadır (30). Dikkat azalması ve görme bozukluğu yapabileceğinden uzun süre araç kullananlarda, pilotlarda kullanılmaması gerektiği bildirilmiştir (52).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 2009 yılında vareniklin kullanımının nöropsikiyatrik semptomları artırabileceği uyarısında bulunmuştur. Otuz dokuz randomize çalışmayı içeren bir meta-analizde intihar düşüncesi veya girişimi, depresif ruh hali riskinde artış saptanmamıştır (53).

Vareniklin etkinliğinin NRT ile karşılaştırıldığı çalışmalarda, vareniklin kullanan kişilerin sigara bırakma başarısı anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Yine etkinlik karşılaştırması yapılan 69 çalışmanın meta-analizinde vareniklin etkinliğinin plasebodan 2,4 kat, bupropiondan ise 2,2 kat daha yüksek olduğu görülmüştür (52).

2.6.3. Özel Durumlarda Tedavi Yaklaşımları

Sigara bırakma tedavisinde ilaç kullanımı gebeler ve ergenler için kontrendike olup geri kalan kişilere kılavuzlarda belirtilen şekilde tedavi uygulanması önerilmektedir. Gebeler, ergenler ve kronik hastalığı bulunan bireylerde yaklaşımlar farklılık göstermektedir.

Gebelerde, sigara bırakmada bilişsel davranışsal yöntemler ilk ve en önemli yaklaşımdır. Daha sık ve uzun süreli görüşmeler gebelerde sigara bırakma başarısını artırmaktadır. Motivasyonel görüşmelerle sigarayı

bırakamayan gebelere farmakoterapi önerilmesine rağmen Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA)'ne göre vareniklin ve bupropion gebelik C kategorisi, NRT ise D kategorisidir (44). Vareniklin kullanımına ilişkin veriler yetersizdir ve gebelerde vareniklin kullanmaktan kaçınılmalıdır. Bupropion, sınırlı çalışmalara dayanarak gebelerde etkili gibi görünmektedir, ancak konjenital malformasyon riskinde düşük bir artış ile ilişkili olabileceği bulunmuştur. NRT için çoğu klinik çalışma fayda yönünde olmasına rağmen, sigara bırakmada istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmemiştir. Sigara dumanında nikotine ek olarak çok fazla zararlı madde bulunduğu göz önüne alındığında, NRT'nin gebelikte sigara içmekten daha güvenli olabileceği de öne sürülmüştür.

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSFT), gebelerde sigara bırakmaya yönelik farmakoterapi müdahalelerine ilişkin kanıtların yetersiz olduğu çünkü az sayıda çalışmanın mevcut olduğu ve yarar-zarar dengesinin belirlenemediği sonucuna varmıştır (54).

Sigara içen okul çağındaki çocuklar ve ergenler için bırakma danışmanlığında da psikososyal müdahaleler ve farmakoterapi yer almaktadır. Psikososyal müdahaleler, sosyal ve bilişsel temelli yaklaşımlar ve motivasyon odaklı müdahaleleri içerir. Bilişsel davranışçı yaklaşımlar; kendi kendini izleme, baş etme becerileri, uyarı kontrolü, sigarayı bırakmak için olumlu pekiştirmeleri ve öz-yeterliği artırarak yoksunluk semptomlarını yönetme ve nüksü önleme becerilerini öğretmeye odaklanır (55). USPSTF, bu popülasyonda sigara bırakmaya yönelik kullanılan ilaçlarla ilgili yeterli çalışma olmaması nedeniyle farmakoterapinin yarar ve zararları hakkında kanıtların yetersiz olduğunu bildirdi (56). Bu nedenle günümüzde en güvenilir yöntem bilişsel davranışçı yaklaşımlar olarak devam etmektedir (44).

Başta akciğer kanseri olmak üzere diğer kanserler, kardiyovasküler sistem hastalıkları, astım, KOAH, interstisyel akciğer hastalıkları oluşmasında ve alevlenmelerinde sigaranın rolü yadsınamaz bir durumdur. Bu nedenle bu hastalıklara sahip olan kişilere sigara bırakma danışmanlığı yapmak oldukça önemlidir. Bu kişilere davranışçı yaklaşımlar ve beraberinde farmakoterapi başlamak ve motivasyonel görüşmelerle yakın takip içerisinde olmak olumlu

sonuçlar meydana getirecektir. Kronik hastalığa sahip olan kişilerde depresyon görülme sıklığı da fazla olduğundan hastalar bu yönden de değerlendirilip uygun psikiyatrik destek sağlanmalıdır (44).

Kanser hastalarında sigara kullanımının devam etmesi tedavi etkinliğini azaltmakta, kemoterapi ilaçlarına direnç gelişimini artırmakta, tedaviye bağlı yan etkileri artırmaktadır. Ayrıca tedavi sonrası ölüm oranı artışı, yeni bir primer kanser riski ve artan nüksler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kanser teşhisi sonrası sigarayı bırakmak neredeyse tüm bu olumsuz sonuçları azaltabilir, daha uzun sağkalım ve daha düşük yeni kanser riski sağlayabilmesi açısından oldukça önemlidir (57). Bu nedenle kanser tanısı olan tüm hastalara sigara bırakmanın önemi, devam etmesi durumunda yaşayacağı olumsuzluklar ve bıraktığında elde edeceği kazanımlar mutlaka önemle anlatılmalıdır. Davranışçı yaklaşımlar ve beraberinde farmakoterapi ile yakın takip etmek oldukça yararlı olacaktır (44).

2.7. Sigara Bırakma Sonrası Nüks ve Etkileyen Faktörler

Sigarayı bıraktıktan sonra içmeden geçen sürenin uzunluğu, sigara bırakma başarısının en önemli göstergesidir. Sigarayı bıraktıktan sonra en az bir sigara içilmesi hata (lapse), kişinin önceki gibi sigara içme durumuna geri dönmesine ise nüks (relaps) denir. Bırakma sürecinde ilk haftalarda nüks riski daha fazladır. Fakat uzun bir bırakma döneminin ardından da nüks görülebilir. Nükse neden olan durumlar Tablo-2’de görülmektedir (58).

Tablo- 2: Nükse Neden Olan Faktörler

Yoksunluk belirtileri	Bırakma isteğinin yeterince olmaması
Şiddetli sigara içme isteği	Sigaranın kolay ulaşılabilir olması
Çevrede sigara içen kişi varlığı	Tedavi uyumsuzluğu
Nikotin bağımlılık skoru	Emosyonel stresle baş edememe
Alkol/madde bağımlılığı	İstek uyandıran durumlara direnmeme
Depresif ruh hali, artmış stres	Hatalara izin verme

Nüks gelişen olgulara bakıldığında birçok özelliğin öncelikli olduğu görülmektedir. Bunlar; günlük içilen sigara miktarının fazla olması, genç yaş, sigarayı bırakma süresinin bir yıldan az olması, kilo alımı, alkol tüketiminin fazla olması, diğer tütün ürünlerinin kullanımı, düşük eğitim düzeyi, çay/kahve tüketiminin fazla olması, sağlık endişesinin olmaması/az olmasıdır (58).

Nükslerin çok sık yaşanması, sigara bırakma sürecinde yaşanan en büyük zorluklardandır. Bu nedenle sürecin öncesinde nükse sebep olabilecek faktörler iyice irdelenip, bu durumlara yönelik çözüm önerilerinde bulunulması sigara bırakma başarı şansını artıracaktır (59).

2.8. Birinci Basamak Hizmetlerinde Sigara Bırakma

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPTSF), “klinisyenlerin tüm yetişkinleri tütün kullanımı açısından taramasını ve tütün ürünleri kullananlar için tütünü bırakma müdahaleleri sağlamasını” şiddetle tavsiye etmektedir (A seviye tavsiye). Tarama, kısa davranışsal danışmanlık (3 dakikadan az) ve farmakoterapi dahil olmak üzere kısa sigara bırakma müdahalelerinin, sigarayı bırakan ve bıraktıktan sonra 1 yıl boyunca başarılı bir şekilde bunu devam ettirenlerin oranını artırdığı kanıtlanmıştır (60). Birinci basamak sağlık hizmetleri, hekimin hastayı daha yakından tanıyıp sosyal yaşantıları, hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olması nedeniyle sigara bırakma danışmanlığı açısından oldukça önemli bir yere sahiptir (61).

Sigara bırakma danışmanlığının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, her vizitte sigara kullanan kişilere sigaranın kendisi ve çevresindekilere verdiği zararları ve bıraktıklarında elde edecekleri kazanımları anlatabilme olanağı sağlamaktadır. Ayrıca bu tavsiyelerin her vizitte tekrar edilmesi hastaların motivasyonunu artırmaktadır (60). Sigara içen hastaların %70'i, sigara bırakma konusunda aile hekimlerinden aldıkları sağlam, destekleyici mesajların önemli bir motivasyon olduğunu

bildirmektedir (62). Aile hekimi, sigara bırakma danışmanlığında uzman bir danışmandan daha etkili olabilir. Çünkü aile hekimleri ve hastaları arasında iyi bir iletişim vardır, hekimler hastalarını daha yakından tanır ve bu durum etkili danışmanlık için katkı sağlar (63).

Aile hekimlerinin sigara bırakmayı teşvik etmesi, hastaların hayat kalitesini iyileştirmek ve yaşam sürelerini uzatmak için yapabilecekleri en etkili müdahaledir. Hekimin her hastaya sigara içip içmediğini sorması, içiyorsa bırakması için teşvik etmesi esas müdahaledir. Aile hekimleri, daha fazla sigara içen kişiye ulaşp bırakmaları konusunda destek olabilmek adına sigara ile mücadelede oldukça önemli bir yere sahiptir (64).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Özellikleri

Bu araştırma, anket veri toplama araçlarından yararlanılmış tanımlayıcı kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Sigara Bırakma Polikliniği (SBP)'ne yönlendirilen ve kendi isteğiyle başvuran kişiler arasındaki nikotin bağımlılığı farklılığının, sigara bırakma başarısı öngörüler ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Yönlendirilen grup dört ayrı birimden hastaların SBP'ne yönlendirilmesi ile oluşturulmuştur. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran sigara içen gebeler, İç Hastalıkları Tıbbi Onkoloji ve Kulak Burun ve Boğaz Polikliniklerine başvuran kanser tanısı almış sigara içen bireyler ve Çocuk Onkoloji bölümünde kanser tanısıyla takipli çocukların sigara içen ebeveynleri sigara bırakma polikliniğine yönlendirilmiş ve başvuran hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, gönüllü olanlar araştırmaya dahil edilmişlerdir. Kendi isteğiyle başvuran gruptaki gönüllüler SBP'ne randevu alarak kendisi başvuran kişilerdi. Eş zamanlı iki gruba sosyodemografik veri anketi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ) uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmamız Mart 2021- Mayıs 2021 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniğinde yapılmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.02.2021 tarihinde 2021-4/41 numaralı kurul kararı ile alınmıştır.

3.3. Araştırma Grubu

Araştırma, kendi isteğiyle başvuran gruptan, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne sigara bırakma amacıyla başvuran 95 kişi ve yönlendirilen gruptan Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran sigara içen gebeler ve İç Hastalıkları Tıbbi Onkoloji ile Kulak Burun ve Boğaz Polikliniklerine başvuran kanser tanılı sigara içen bireylerden SBP'ne yönlendirilen 66 kişiden oluşmaktadır. Çocuk Onkolojiden yönlendirilen bireylerden başvuru olmamıştır. Araştırmaya katılan bireylerin ortak özellikleri 18 yaşından büyük olmaları ve sigara kullanıyor olmalarıdır. Katılımcıların gönüllülüğü esas alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik anket formu, Türkçe geçerlilik güvenilirliği olan Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmıştır. Çalışmada yer alan anket ve ölçeklere ait sorular araştırmacı tarafından sorulmuş ve katılımcılar tarafından cevaplanmıştır. Ölçeklerin uygulanması yaklaşık olarak 30 dakika sürmüştür.

3.4.1. Sosyodemografik Form

Sosyodemografik Bilgi formu katılımcılar hakkında bilgi edinmek amacıyla araştırmacı tarafından literatüre uygun şekilde hazırlanmıştır. Form 14 sorudan oluşmaktadır. Bu formda katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni hal, çalışma durumu, mesleği (Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması), aylık ortalama gelir düzeyi, öğrenim durumu, kronik hastalık varlığı, sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi (paket/yıl), evde sigara içen başka birinin varlığı, daha önce sigara bırakma denemesi, sigara bırakma denemelerinde

alınan destek yer almaktadır. Araştırmacı tarafından seçilen bırakma yöntemi ve 3. aydaki bırakma durumu kaydedilmiştir.

3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, nikotin bağımlılığının belirlenmesinde en yaygın kullanılan testtir. Bu test 1991 yılında Heatherton ve ark. tarafından oluşturulmuş, Uysal ve ark. tarafından 2004 yılında Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Kısa ve pratik uygulanabilirliği nedeniyle bilimsel araştırmalarda sıkça kullanılmaktadır (65).

Test toplam 6 sorudan oluşmaktadır. Bağımlılık skorlaması Tablo-3'te görüldüğü gibidir.

Tablo- 3: Fagerström Nikotin Bağımlılığı Puanlaması

0-2 Puan = Çok Az Bağımlılık
3-4 Puan = Az Bağımlılık
5 Puan = Orta Derece Bağımlılık
6-7 Puan = Yüksek Bağımlılık
8-10 Puan = Çok Yüksek Bağımlılık

3.4.3. Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ)

Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği, sigara bırakma kararı alan kişilerin bırakma potansiyellerinin önceden tahmin edilebilir olup tedavi yaklaşımlarında yol gösterici olması beklenen, geçerliği ve güvenirliği gösterilmiş, uygulaması kolay beşli Likert tipi, nicel bir ölçme aracıdır. Geliştirme geçerlik ve güvenirlik çalışması, Aydemir Y. ve ark. tarafından 2018 yılında yapılmıştır (66). Ölçek, 10 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılardan ölçeğe “Çok az”, “Az”, “Orta”, “Biraz çok”, “Çok” şeklinde 1 ile

5 arasında kendilerine en uygun cevabı vermeleri beklenmektedir. Ölçeğin “Kararlılık ve Hazır Oluş” ve “Sağlık Algısı ve Uygun Çevre” olarak iki alt boyutu vardır. 1, 2, 6, 8, 9, 10. maddeler ile “Kararlılık ve Hazır Oluş” alt boyutu, 3, 4, 5, 7. maddeler ile “Sağlık Algısı ve Uygun Çevre” alt boyutu değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 50, en düşük puan 10’dur. Ölçek puanının artması sigara bırakma başarısının yüksek olacağını göstermektedir (66).

3.5. Verilerin Toplanması

Ölçeklerin uygulandığı katılımcılar gönüllülük esas alınarak araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle, hasta mahremiyetine uygun koşullarda, Sigara Bırakma Polikliniği hasta muayene odasında araştırmacının kendisi tarafından toplanmıştır. Hastaların kontrolleri yüz yüze yapılmış, pandemi kısıtlamaları ve başka sebeplerden dolayı kontrole gelemeyen hastalara iletişim numaralarından ulaşılarak telefon görüşmeleri yapılmıştır. Her muayenede hasta ile motivasyonel görüşme yapılmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma veya medyan(minimum-maksimum), nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verinin analizinde Pearson Ki-kare, Fisher-Freeman-Halton ve Fisher’in Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi IBM SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM

SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamızda kendi isteğiyle SBP'ne başvuran (n=95) ve ilgili polikliniklerden yönlendirilen (n=66) gönüllüler demografik özellikler, Fagerström nikotin bağımlılığı testi, sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği açısından karşılaştırıldı.

Çalışmamızda gruplar yaşları açısından değerlendirildiğinde SBP'ne kendi isteği ile başvuran gönüllülerin minimum yaş değeri 30, maksimum yaş değeri 70 idi. Ortalama yaş değeri $44,67 \pm 10,31$ ve ortanca değer 43 idi. Polikliniklerden yönlendirilen gönüllülerin minimum yaş değeri 19, maksimum yaş değeri 72 idi. Ortalama yaş değeri $47,95 \pm 14,27$ ve ortanca değer 49,5 idi. İki grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,129$).

SBP'ne kendi isteği ile başvuran gönüllülerin 33'ü (%50,0) kadın, 33'ü (%50,0) erkek idi. Polikliniklerden yönlendirilen gönüllülerin 40'ı (%42,1) kadın, 55'i (%57,9) erkek idi. Gruplar cinsiyete göre incelendiğinde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,322$).

Katılımcılar medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde SBP'ne kendi isteğiyle başvuranların 72'si (%75,8) evli, 16'sı (%16,8) bekar, 3'ü (%3,2) dul, 4'ü (%4,2) boşanmış idi. Polikliniklerden yönlendirilen katılımcıların ise 57'si (%86,4) evli, 1'i (%1,5) bekar, 3'ü dul (%4,5), 5'i (%7,6) boşanmış idi. Poliklinikten yönlendirilen katılımcılarda evli olma oranı kendi isteğiyle başvuranlara göre daha yüksekti. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,006$).

Katılımcılara "Çalışıyor musunuz?" sorusu yöneltildiğinde SBP'ne kendi isteğiyle başvuran gönüllülerin 63'ü (%66,3) "Evet", 32'si (%33,7) "Hayır" cevabı vermiştir. Yönlendirilen gönüllülerin ise 20'si (%30,3) "Evet", 46'sı (%69,7) "Hayır" cevabı vermiştir. İki grup arasında çalışma durumuna göre anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$).

Çalışmamızda katılımcıların mesleklerine bakıldığında SBP'ne kendi isteğiyle başvuranlardan 20 kişi (%15,0) profesyonel meslek gruplarında, 12 kişi (%9,0) teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslek gruplarında, 7 kişi (%5,3) silahlı kuvvetler mensubu, 5 kişi (%3,8) yönetici, 19 kişi (%14,3) hizmet ve satış elemanı, 9 kişi (%6,8) büro hizmetlerinde çalışan elemanlar, 8 kişi (%6,8) tesis ve makine operatörleri ve montajcıları, 3 kişi (%2,3) sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar, 11 kişi (%8,3) nitelik gerektirmeyen mesleklere sahipti. Yönlendirilen gruptan 9 kişi (%13,6) profesyonel meslek gruplarında, 1 kişi (%1,5) teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslek gruplarında, 2 kişi (%3,0) hizmet ve satış elemanı, 2 kişi (%3,0) büro hizmetlerinde çalışan elemanlar, 1 kişi (%1,5) tesis ve makine operatörleri ve montajcıları, 5 kişi (%7,6) nitelik gerektirmeyen mesleklere sahipti. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$).

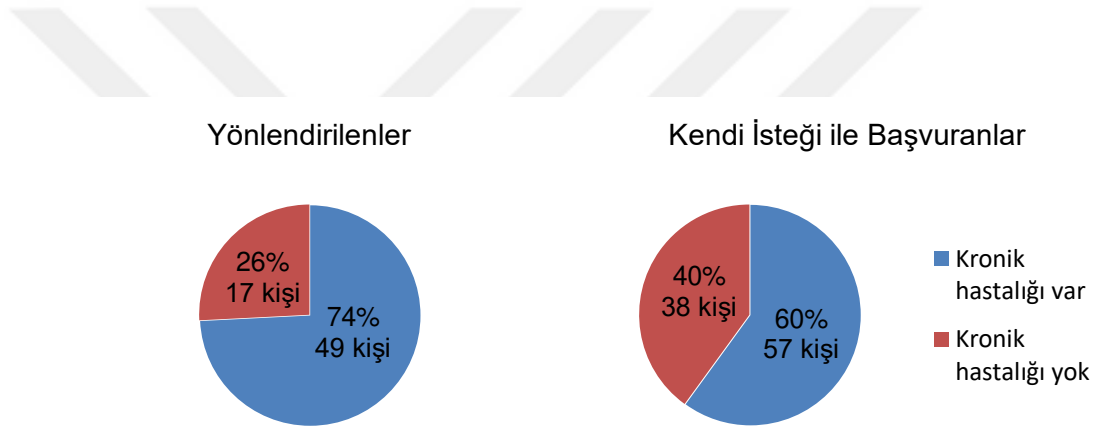
Çalışmamızda her iki grup aylık ortalama gelir düzeylerine göre değerlendirildiğinde ilgili polikliniklerden yönlendirilen gönüllülerin 21'i (%31,8) aylık gelirinin asgari ücret altında, 21'i (%31,8) asgari ücret, 24'ü (%36,4) asgari ücret üstünde olduğunu belirtmiştir. SBP'ne kendi isteğiyle başvuranların ise 26'sı (%27,4) aylık gelirinin asgari ücret altında, 9'u (%9,5) asgari ücret, 60'ı (%63,2) asgari ücret üstünde olduğunu belirtmiştir. Gruplar aylık ortalama gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$).

Katılımcıların öğrenim durumları incelendiğinde polikliniklerden yönlendirilenlerde okur-yazar 1 (%1,5), ilköğretim mezunu 27 (%40,9), lise mezunu 22 (%33,3), yüksekokul ve üstünden mezun 16 (%24,2) kişi bulunmaktadır. SBP'ne başvuranlarda ise okur-yazar olmayan 4 (%4,2), okur-yazar 1 (%1,1), ilköğretim mezunu 31 (%32,6), lise mezunu 29 (30,5), yüksekokul ve üstünden mezun 30 (%31,6) kişi bulunmaktadır. İki grup arasında öğrenim durumu açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,344$) (Tablo-4).

Tablo- 4: Sosyodemografik Veriler

		Yönlendirilen	Kendi İsteğiyle Başvuran	
		Ort. ± SS (medyan)	Ort. ± SS (medyan)	p ^a
Yaş		47,95±14,27 (49,5)	44,67±10,3 (43)	0,129
		n (%)	n (%)	p ^a
Cinsiyet	Kadın	33 (%50,0)	40 (%42,1)	0,322
	Erkek	33 (%50,0)	55 (%57,9)	
Medeni Durum	Evli	57 (%86,4)	72 (%75,8)	0,006
	Bekar	1 (%1,5)	16 (%16,8)	
	Dul	3 (%4,5)	3 (%3,2)	
	Boşanmış	5 (%7,6)	4 (%4,2)	
Öğrenim Durumu	Okur-Yazar Değil	0 (%0,0)	4 (%4,2)	0,344
	Okur-Yazar	1 (%1,5)	1 (%1,1)	
	İlköğretim	27 (%40,9)	31 (%32,6)	
	Lise	22 (%33,3)	29 (%30,5)	
	Yüksekokul ve üstü	16 (%24,2)	30 (%31,6)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	20 (%30,3)	63 (%66,3)	<0,001
	Çalışmıyor	46 (%69,7)	32 (%33,7)	
Meslek	Profesyonel meslek mensupları	9 (%13,6)	20 (%15,0)	<0,001
	Teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	1 (%1,5)	12 (%9,0)	
	Yöneticiler	0 (%0,0)	5 (%3,8)	
	Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	2 (%3,0)	9 (%6,8)	
	Hizmet ve satış elemanı	2 (%3,0)	19 (%14,3)	
	Tesis ve makine operatörleri ve montajcıları	1 (%1,5)	8 (%6,8)	
	Silahlı kuvvetler mensubu	0 (%0,0)	7 (%5,3)	
	Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	0 (%0,0)	3 (%2,3)	
	Nitelik gerektirmeyen meslekler	5 (%7,6)	11 (%8,3)	
Aylık Toplam Gelir Düzeyi	Asgari Ücretin Altında	21 (%31,8)	26 (%27,4)	<0,001
	Asgari Ücret	21 (%31,8)	9 (%9,5)	
	Asgari Ücretin Üzerinde	24 (%36,4)	60 (%63,2)	

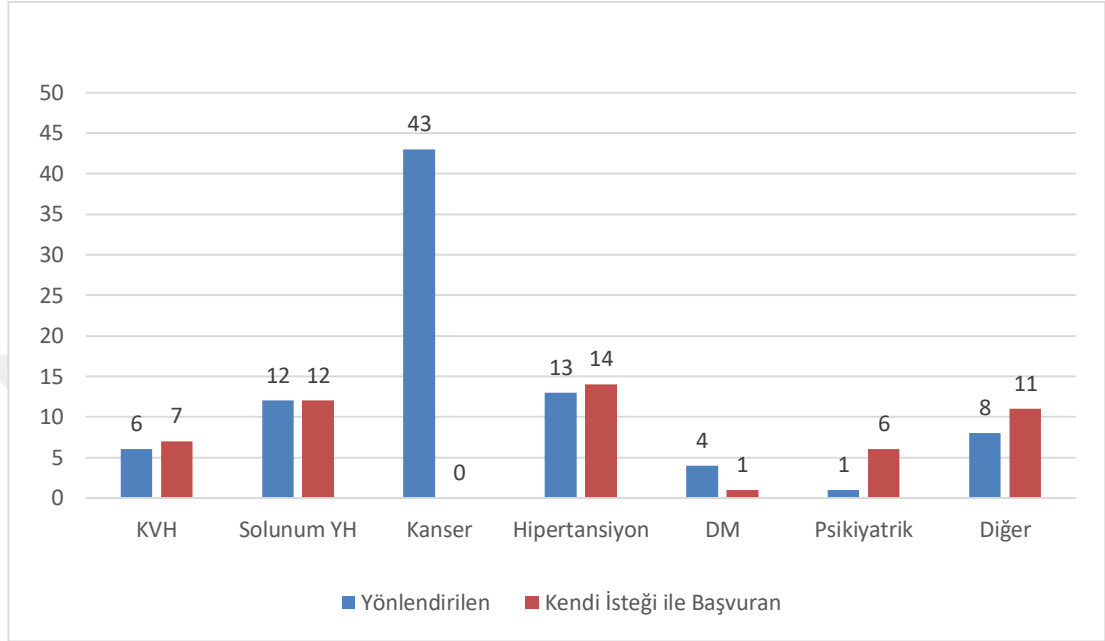
Çalışmamızda her iki grup kronik hastalıklarının olup olmadığına göre değerlendirildiğinde polikliniklerden yönlendirilen kişilerin 49'u (%74,2) kronik hastalığının olduğunu, 17'si (%25,8) olmadığını bildirmiştir. SBP'ne kendi isteğiyle başvuranların ise 38'i (%40,0) kronik hastalığının olduğunu, 57'si (%60,0) olmadığını bildirmiştir (Şekil-1). Poliklinikten yönlendirilen kişilerde kronik hastalık bulunma oranı kendi isteğiyle başvuranlara göre daha yüksekti. Gruplar arasında kronik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$).



Şekil-1: Kronik Hastalık Varlığı

Çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalıkları sorgulandığında poliklinikten yönlendirilenlerde kardiyovasküler sistem hastalığı 6 kişide (%9,1), solunum yolu hastalıkları 12 kişide (%18,2), kanser 43 kişide (%65,2), hipertansiyon 13 kişide (%19,7), diyabet 4 kişide (%6,1), psikiyatrik hastalık 1 kişide (%1,5) görülmekteyken 8 kişi de (%12,1) diğer hastalıklara sahipti. SBP'ne kendi isteğiyle başvuran kişilerin ise 7'sinin (%7,4) kardiyovasküler sistem hastalığı, 12'sinin (%12,6) solunum yolu hastalıkları, 14'ünün (%14,7) hipertansiyon, 1'inin (%1,1) diyabet, 6'sının (%6,3) psikiyatrik hastalık, 11'inin (%11,6) diğer hastalıklara sahip olduğu görüldü (Şekil-2). Her iki grup sahip olduğu kronik hastalıklar açısından

değerlendirildiğinde yalnızca kanser varlığı açısından anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$).



Şekil-2: Katılımcıların Sahip Oldukları Kronik Hastalıklar

4.2. Katılımcıların Sigara Kullanım Özellikleri

Çalışmaya katılan kişilerin sigaraya başlama yaşı SBP'ne kendi isteğiyle başvuranlarda en düşük 7 yaş, en yüksek 40 yaş, ortalaması 17,5 yaştır. Yönlendirilen kişilerde ise en düşük yaş 11, en yüksek 26, ortalaması 17,6 yaştır. Gruplar sigaraya başlama yaşı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,230$).

Sigara içme süresi paket/yıl olarak hesaplanmış olup SBP'ne kendi isteğiyle başvuran kişilerde en düşük 6 paket/yıl, en yüksek 90 paket/yıl, ortalama 29,5 paket/yıldır. Yönlendirilen kişilerde en düşük 2 paket/yıl, en yüksek 120 paket/yıl, ortalama 33,3 paket/yıldır. Polikliniklerden yönlendirilen kişilerde daha yüksek sigara içme süresi olmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,584$).

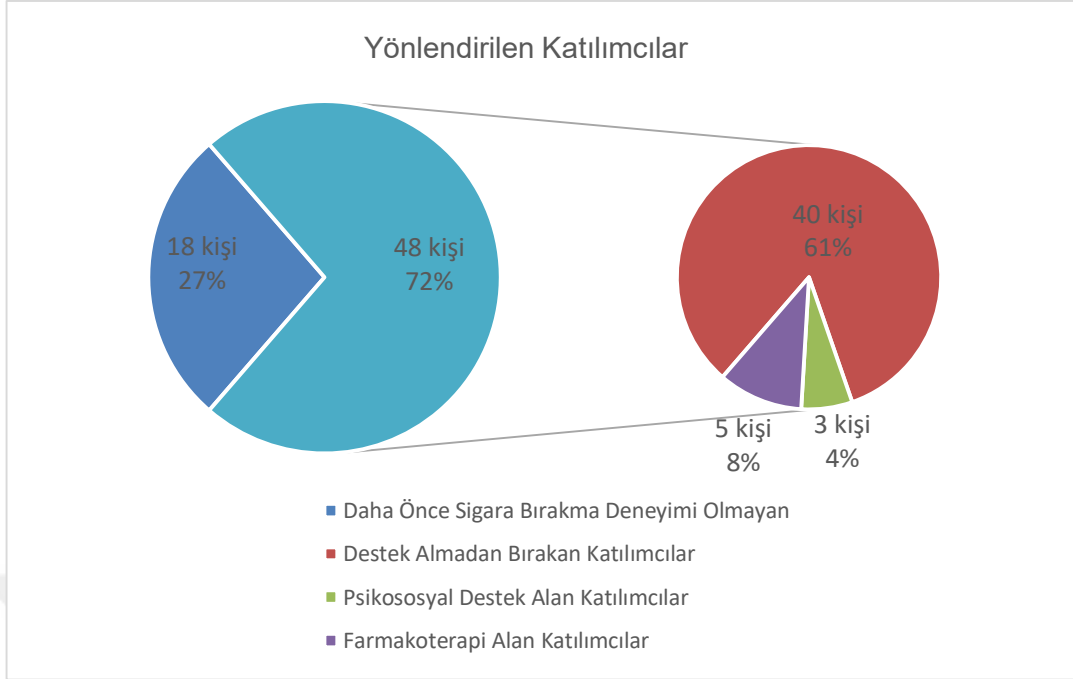
Katılımcılara “Sizden başka evde sigara içen var mı?” sorusu yöneltildiğinde SBP’ne kendi isteğiyle başvuran 43 kişi (%45,3) “Evet”, 52 kişi (%54,7) “Hayır” cevabı vermiştir. Polikliniklerden yönlendirilen kişilerin ise 35’i (%53,0) “Evet”, 31’i (%47,0) “Hayır” cevabı vermiştir. Gruplar arasında evde kendisinden başka sigara içen birinin varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,332$).

Çalışmamızda katılımcılara daha önce sigara bırakmayı deneyip denemedikleri sorulduğunda SBP’ne kendi isteğiyle başvuran 79 kişi (%83,2) bırakma denemesinin olduğunu, 16 kişi (%16,8) olmadığını belirtmiştir. Polikliniklerden yönlendirilen kişilerin ise 48’i (%72,7) daha önce bırakmayı denediğini, 18’i (%27,3) denemediğini bildirmiştir. Kendi isteğiyle başvuran kişilerde bırakma denemesi oranı daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,111$).

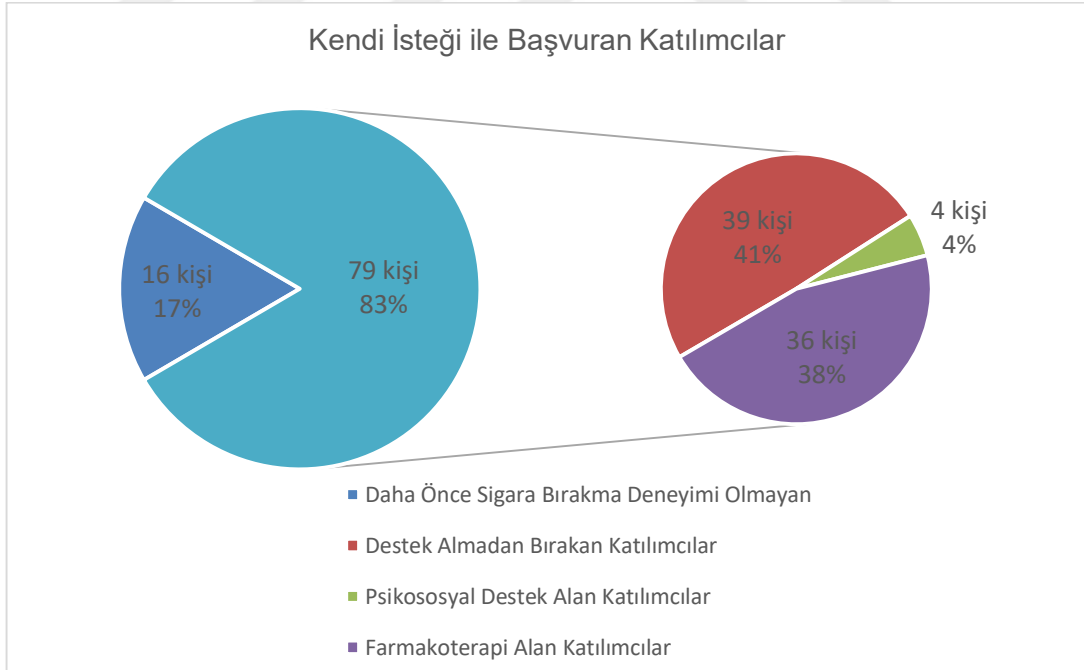
Daha önce sigara bırakmayı deneyen kişilere destek alıp almadığı sorulduğunda SBP’ne kendi isteğiyle başvuran 39 kişi (%49,4) herhangi bir destek almadığını, 4 kişi (%5,1) psikososyal destek aldığını, 36 kişi (%45,6) farmakoterapi aldığını belirtmiştir (Şekil-4). Polikliniklerden yönlendirilen kişilerin ise 40’ı (%83,3) destek almadığını, 3’ü (%6,3) psikososyal destek aldığını, 5’i (%10,4) farmakoterapi aldığını söylemiştir (Şekil-3). Gruplar, daha önce sigara bırakma deneyimi olan bireylerin aldıkları destek açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo-5).

Tablo- 5: Katılımcıların Sigara Kullanım Özellikleri

		Yönlendirilen		Kendi İsteği ile Başvuran	p ^a
		Ort±SS (Medyan)		Ort±SS (Medyan)	
Sigaraya başlama yaşı		17,68±3,42 (17,0)		17,52±5,49 (16,0)	0,230
Sigara İçme Süresi (paket/yıl)		33,38±24,29 (33,5)		29,58±17,03 (25,0)	0,584
		n	(%)	n (%)	
Sizden Başka Sigara İçen Var mı?	Evet	35	(%53,0)	43 (%45,3)	0,322
	Hayır	31	(%47,0)	52 (%54,7)	
Daha Önce Bırakmayı Denediniz mi?	Evet	48	(%72,7)	79 (%83,2)	0,111
	Hayır	18	(%27,3)	16 (%16,8)	
Denediyseniz Destek Aldınız mı?	Destek Almadım	40	(%83,3)	39 (%49,4)	<0,001
	Psikososyal Destek Aldım	3	(%6,3)	4 (%5,1)	
	Farmakoterapi Aldım	5	(%10,4)	36 (%45,6)	



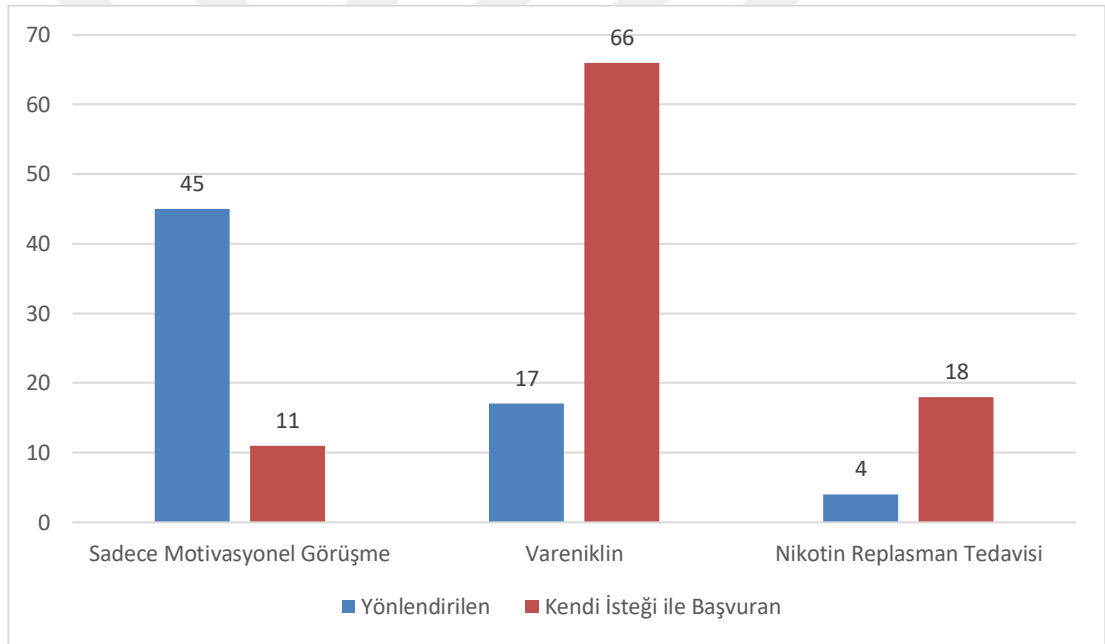
Şekil-3: Yönlendirilen Kişilerin Daha Önce Sigara Bırakıp Bırakmama ve Aldıkları Destek Durumu



Şekil-4: Kendi İsteğiyle Başvuran Kişilerin Daha Önce Sigara Bırakıp Bırakmama ve Aldıkları Destek Durumu

4.3. Katılımcıların Sigara Bırakma Durumu

Çalışmamızda SBP'ye kendi isteğiyle başvuran kişilerin 66'sına (%69,5) vareniklin, 18'ine (%18,9) nikotin replasman tedavisi başlanmıştır. Diğer 11 kişi (%11,6) sadece motivasyonel görüşme ile takip edilmiştir. Polikliniklerden yönlendirilen kişilerin 17'sine (%25,8) vareniklin, 4'üne (%6,1) nikotin replasman tedavisi başlanıp 45'i (%68,2) sadece motivasyonel görüşme ile takip edilmiştir (Şekil-5). Her iki grup arasında başlanan tedaviler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).



Şekil-5: Her İki Grup için Başlanan Tedaviler

Üçüncü ayda sigarayı bırakma durumlarına bakıldığında SBP'ne kendi isteğiyle başvuran kişilerin 41'i (%43,2) sigarayı bırakmış, 54'ü (%56,8) sigara kullanmaya devam etmiştir. Yönlendirilen kişilerin ise 21'i (%31,8) sigarayı bırakmış, 45'i (%68,2) sigara kullanmaya devam etmiştir. Kendi isteğiyle başvuran kişilerde sigara bırakma oranı daha yüksek olmasına

rağmen her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,146$) (Tablo-6).

Tablo- 6: Üçüncü Aydaki Sigara Bırakma Durumu

Yönlendirilen			Kendi İsteği ile Başvuran	
	n	(%)	n	(%)
Bıraktı	21	31,8	41	43,2
Bırakmadı	45	68,2	54	56,8
Total	66	100	95	100

Katılımcılar Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanına göre değerlendirildiğinde SBP'ne kendi isteği ile başvuran bireylerin minimum puanı 2, maksimum puanı 10 idi. Ortalama puan $6,67\pm1,86$ ve ortanca değer 7 idi. Polikliniklerden yönlendirilen bireylerin minimum puanı 1, maksimum puanı 10 idi. Ortalama puan $5,73\pm2,27$ ve ortanca değer 6 idi. İki grup FNBT puanları açısından karşılaştırıldığında nikotin bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,008$).

SBP'ne kendi isteği ile başvuran kişilerde sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ortalama değeri $25,32\pm3,41$, sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ortalama değeri $18,99\pm1,47$ ve sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği total ortalama değeri $44,30\pm4,07$ idi. Polikliniklerden yönlendirilen kişilerde sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ortalama değeri $22,02\pm3,55$, sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ortalama değeri $17,94\pm1,51$ ve sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği total ortalama değeri $39,95\pm4,48$ idi. Her iki grup arasında sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ($p<0,001$), sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ($p<0,001$) ve total skoru ($p<0,001$) açısından anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo-7).

Tablo- 7: Katılımcıların Ölçek Puanları ve Kıyaslanması

	Yönlendirilen	Kendi İsteği ile Başvuran	p ^a
	Ort.±SS	Ort.±SS	
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanı	5,73±2,271	6,67±1,86	0,008
Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği kararlılık ve hazır oluş alt boyutu skoru	17,68±3,42	25,32±3,41	<0,001
Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu skoru	17,94±1,51	18,99±1,47	<0,001
Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği total skoru	39,95±4,48	44,30±4,07	<0,001

4.4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Sigara Bırakma Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen SBP'ne kendi isteğiyle başvuran kişilerin üçüncü aydaki sigara bırakma durumu ve Fagerström nikotin bağımlılık skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,715$). Polikliniklerden yönlendirilen kişilerin üçüncü aydaki sigara bırakma durumu ve Fagerström nikotin bağımlılık skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,523$) (Tablo-8).

Katılımcılardan SBP'ne kendi isteğiyle başvuranların Fagerström nikotin bağımlılık skoru ile sigaraya başlama yaşı arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır ($r=-0,102$; $p=0,242$). Yönlendirilen kişilerin Fagerström nikotin bağımlılık skoru ile sigaraya başlama yaşı arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0,428$; $p<0,001$).

SBP'ne kendi isteğiyle başvuran kişilerin Fagerström nikotin bağımlılık skoru ile sigara içme süresi (paket/yıl) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir korelasyon vardır ($r=0,338$; $p<0,001$). Yönlendirilen kişilerin Fagerström nikotin bağımlılık skoru ile sigara içme süresi (paket/yıl) arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,657$; $p<0,001$).

4.5. Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ile Sigara Bırakma Arasındaki İlişki

SBP'ne kendi isteğiyle başvuran kişilerin üçüncü aydaki sigara bırakma durumu ile sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ($p=0,365$), sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ($p=0,364$), sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği total skoru ($p=0,215$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yönlendirilen kişilerin üçüncü aydaki sigara bırakma durumu ile sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ($p=0,054$), sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ($p=0,751$), sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği total skoru ($p=0,150$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo-8).

SBP'ne kendi isteğiyle başvuran kişilerin sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ile sigara içme süresi (paket/yıl) arasında ($r=0,087$; $p=0,318$), sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ile sigara içme süresi (paket/yıl) arasında ($r=-0,014$; $p=0,875$), sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği total skoru ile sigara içme süresi (paket/yıl) arasında ($r=0,065$; $p=0,456$) anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. Yönlendirilen kişilerin sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ile sigara içme süresi (paket/yıl) arasında ($r=-0,022$; $p=0,860$), sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ile sigara içme süresi (paket/yıl) arasında ($r=-0,097$; $p=0,440$), sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği total

skoru ile sigara içme süresi (paket/yıl) arasında ($r=-0,058$; $p=0,645$) anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

Tablo- 8: Katılımcıların Üçüncü Aydaki Sigara Bırakma Durumu ile Ölçeklerin İlişkisi

	Yönlendirilenler	Kendi İsteği ile Başvuranlar
	p	p
FNBT	0,523	0,715
SBBÖÖ - Kararlılık ve Hazır Oluş Alt Boyutu	0,054	0,365
SBBÖÖ – Sağlık Algısı ve Uygun Çevre	0,751	0,364
SBBÖÖ total	0,150	0,215

4.6. Korelasyon Analizi

Çalışmaya katılan kişilere uygulanan Fagerström nikotin bağımlılık testi ile sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği arasındaki ilişkinin gözlenmesi amacıyla Spearman korelasyon testi yapılmıştır.

Polikliniklerden yönlendirilen kişilerin SBBÖÖ kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ile sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon vardır ($\rho=0,461$; $p<0,001$). SBBÖÖ kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ile total skoru arasında ($\rho=0,947$; $p<0,001$) pozitif yönlü çok yüksek düzeyde korelasyon ve SBBÖÖ sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ile total skoru arasında ($\rho=0,686$; $p<0,001$) pozitif yönlü yüksek düzeyde korelasyon vardır. SBP'ye kendi isteğiyle başvuran kişilerin SBBÖÖ kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ile sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir korelasyon vardır ($\rho=0,220$;

p=0,011). SBBÖÖ kararlılık ve hazır oluş alt boyutu ile total skoru arasında ($\rho=0,923$; $p<0,001$) pozitif yönlü çok yüksek düzeyde korelasyon ve SBBÖÖ sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ile total skoru arasında ($\rho=0,536$; $p<0,001$) pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon vardır. Her iki grupta da FNBT ile SBBÖÖ alt boyutları ve total skoru arasında bir korelasyon yoktur.

Tablo-9: Yönlendirilen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		FNBT	SBBÖÖ - Kararlılık ve Hazır Oluş Alt Boyutu	SBBÖÖ - Sağlık Algısı ve Uygun Çevre	SBBÖÖ total
FNBT	r	1	-0,041	-0,106	-0,055
	p		0,741	0,395	0,659
SBBÖÖ - Kararlılık ve Hazır Oluş Alt Boyutu	r	-0,041	1	0,461**	0,947**
	p	0,741		<i><0,001</i>	<i><0,001</i>
SBBÖÖ – Sağlık Algısı ve Uygun Çevre	r	-0,106	0,461**	1	0,686**
	p	0,395	<i><0,001</i>		<i><0,001</i>
SBBÖÖ total	r	-0,055	0,947**	0,686**	1
	p	0,659	<i><0,001</i>	<i><0,001</i>	

Tablo- 10: SBP'ne Kendi İsteğiyle Başvuran Katılımcıların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		FNBT	SBBÖÖ- Kararlılık ve Hazır Oluş Alt Boyutu	SBBÖÖ- Sağlık Algısı ve Uygun Çevre	SBBÖÖ total
FNBT	r	1	0,023	0,041	0,024
	p		0,792	0,641	0,783
SBBÖÖ- Kararlılık ve Hazır Oluş Alt Boyutu	r	0,023	1	0,220*	0,923*
	p	0,792		0,011	<i><0,001</i>
SBBÖÖ- Sağlık Algısı ve Uygun Çevre	r	0,041	0,220*	1	0,536**
	p	0,641	0,011		<i><0,001</i>
SBBÖÖ total	r	0,024	0,923*	0,536**	1
	p	0,783	<i><0,001</i>	<i><0,001</i>	

5. TARTIŞMA

Gelişmiş ülkelerde tütün kullanım prevalansı azalmasına rağmen, sigara halen dünyada en yaygın önlenabilir hastalık ve ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Sigara içenlerin içmeyenlere göre ortalama yaşam süresi 13-14 yıl daha kısadır. Yaklaşık 35 yaşından sonra, sigara içmeye devam edilen her yıl için ortalama 3 ay kaybedilmektedir. Sigara içenlerin çoğu sigarayı bırakmak istemekte ve yaklaşık %40'ı yılda en az bir kez bırakmaya çalışmaktadır. Bununla birlikte, yarımsız girişimlerin sadece %3-5'i başarılı olmaktadır. Sigara bırakma desteği alan kişilerin ise yaklaşık yarısının ilk bir yıl içinde tekrar eski içme alışkanlığına döndüğü bildirilmiştir (1,67).

Literatürde sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerle ilgili birçok çalışma mevcuttur. Sigara bırakma danışmanlığı alan kişilerde tedaviye yardımcı olmak amacıyla ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan biri de Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeğidir. Aydemir ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geliştirilen ölçek ile sigara bırakma kararı alan kişilerde sigara bırakma başarısının önceden tahmin edilebilirliği amaçlanmıştır (66). Yapılan başvurular sonucunda kişilerin sigara bırakma başarısı oranları farklılık göstermektedir. Bırakma başarısında bağımlılık düzeyi, çevresel faktörler, kişilerin kararlı olma durumu, medikal ve psikiyatrik hastalıkları gibi birçok faktör etkilidir (68). Sigara bırakma potansiyelinin yüksek olduğu kişilerin öngörülebilmesi, verilecek destek ve tedavi hizmetlerinin bu kişilere yönlendirilebilmesi açısından önemli olup hem daha fazla kişinin sigarayı bırakabilmesi hem de kaynakların efektif kullanımı sağlanabilir. Bırakma ihtimali düşük olan kişilerin öngörülebilmesi ise bu kişiler için yardımcı farklı yöntemler üzerinde çalışmalar yapılmasını teşvik edebilir. Aydemir ve arkadaşları geliştirdikleri sigara bırakma başarısı öngörü ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını da yapmışlardır (66).

Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğine kendi isteğiyle başvuran ve diğer polikliniklerden yönlendirilen kişilere ilk değerlendirmede

sosyodemografik veri anketi, FNBT ve SBBÖÖ uygulanmıştır. Her iki gruptaki kişilerin verileri karşılaştırılıp, takiplerinde üçüncü ay sigara bırakma durumuna göre veriler değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda polikliniğe başvuru yaşı kendi isteğiyle başvuranlarda ortalama 43, yönlendirilenlerde ortalama 49,5 idi. Her iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu. TÜİK'in açıkladığı "Türkiye'de Sağlık Araştırması" verilerine göre 25-44 yaş aralığı, sigara içen kişilerin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Polikliniğimizde daha önce yapılan bir çalışmada en fazla başvuru 28-50 yaş arasında olup ortalama yaş 39 idi.

Sigara kullanım sıklığı erkeklerde kadınlara göre daha fazladır. Yapılan birçok çalışmada erkeklerin sigara bırakma polikliniğine daha çok başvurduğu gösterilmiştir (69–71). Çalışmamızda da kendi isteğiyle SBP'ne başvuran kişilerin %57,9'unu erkekler oluşturmaktadır. Fakat ilgili polikliniklerden yönlendirilen kişilerin %50'si erkek, %50'si kadındı. Bunun sebebi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinden gebe kadınların yönlendirilmesi olabilir.

Katılımcılardan SBP'ne kendi isteğiyle başvuranların 72'si (%75,8) evli, 16'sı (%16,8) bekar, 3'ü (%3,2) dul, 4'ü (%4,2) boşanmış idi. Polikliniklerden yönlendirilen katılımcıların ise 57'si (%86,4) evli, 1'i (%1,5) bekar, 3'ü dul (%4,5), 5'i (%7,6) boşanmış idi. Poliklinikten yönlendirilen katılımcılarda evli olma oranı kendi isteğiyle başvuranlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Yapılan birçok çalışmada sigara bırakmak için başvuran kişilerin büyük çoğunluğunun medeni durumu evli idi. Boms ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada evli ya da birlikte yaşadığı bir partneri olan erkeklerin sigara bırakma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (72). Hong ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada evli olmayanların sigara içme oranının evlilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (73).

Çalışmamızda öğrenim durumları açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu. SBP'ne başvuranların %4,2'si okur-yazar değil, %1,1'i okur-yazar, %32,6'sı ilköğretim mezunu, %30,5'i lise mezunu, %31,6 'sı yüksekokul ve üstünden mezun idi. Polikliniklerden yönlendirilenlerin %1,5'i okur-yazar, %40,9'u ilköğretim mezunu, %33,3'ü lise mezunu, %24,2'si

yüksekokul ve üstünden mezunu idi. Çin’de yapılan bir çalışma yüksek eğitilmiş genç yetişkin erkeklerin, sigara içmenin sağlığa zararları konusunda daha fazla bilgiye sahip olduğunu ve sigarayla ilgili tehlikelere karşı daha olumlu tutumlar sergilediğini göstermiştir (74). Wetter ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada lise mezunu olmayan sigara kullanıcılarından sadece %6’sı sigarayı bırakırken, lise diploması olan ancak üniversite diploması olmayanların %17’si ve en az üniversite diploması olanların %28’i sigarayı bırakmıştır (75).

Katılımcıların aylık ortalama gelir düzeyine bakıldığında SBP’ne kendi isteğiyle başvuranların 26’sı (%27,4) aylık gelirinin asgari ücret altında, 9’u (%9,5) asgari ücret, 60’ı (%63,2) asgari ücret üstünde olduğunu belirtmiştir. Polikliniklerden yönlendirilen gönüllülerin 21’i (%31,8) aylık gelirinin asgari ücret altında, 21’i (%31,8) asgari ücret, 24’ü (%36,4) asgari ücret üstünde olduğunu belirtmiştir. İki grup arasında anlamlı farklılık vardır. Yapılan prospektif bir kohort çalışmasında düşük sosyoekonomik durumun sigaraya başlama riskinde önemli derecede artışa sebep olduğu, çocuklukta düşük sosyoekonomik durum içinde olmanın düzenli sigara kullanımına ilerleme riskinde artış ve bırakma olasılığında azalmayla ilişkili olduğu bulunmuştur (76).

Çalışmamızda SBP’ne kendi isteğiyle başvuranların 38’i (%40,0) kronik hastalığının olduğunu, 57’si (%60,0) olmadığını bildirmiştir. En fazla görülen hastalıklar hipertansiyon, solunum yolu hastalıkları (astım, KOAH), psikiyatrik hastalıklar (depresyon, anksiyete bozukluğu) ve kardiyovasküler hastalıklar idi. Polikliniklerden yönlendirilen kişilerin 49’u (%74,2) kronik hastalığının olduğunu, 17’si (%25,8) olmadığını bildirmiştir. Kronik hastalığı olanların 43’ü kanser tanılı iken hipertansiyon, solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet en fazla bildirilen diğer hastalıklardı. Yönlendirilen kanser hastalarının çoğu akciğer ve lareks kanseri tanılı idi. Her iki grup arasında kronik hastalık varlığı açısından anlamlı farklılık vardı. Var olan kronik hastalıklar açısından değerlendirildiğinde de yalnızca malignite varlığı yönünden anlamlı farklılık vardı. Yapılan çalışmalar kronik hastalık varlığının sigara bırakma başarısına etkisi ile ilgili farklı sonuçlar vermektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada olguların ek hastalıklarının olmasının bırakma başarısının etkilemediği bulunmuştur (77). Uzaslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise katılımcıların sağlık problemlerinin bırakma başarısını olumlu etkilediği bulunmuştur (78). ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) tarafından 2006'da yapılan geniş kapsamlı bir çalışmanın sonucunda sigara ile ilişkili kronik hastalığı olan kişilerin, sigara içmeye devam etme oranları, kronik hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek raporlanmıştır (79). KOAH olguları üzerinde yapılan bir çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran KOAH'lı olguların bırakma başarısının sağlıklı kişilere göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (80). Yapılan birçok çalışmada kişilerde psikiyatrik hastalık varlığının bırakma başarısını azalttığı ortaya konmuştur (71,81,82). Cox ve arkadaşları, çeşitli organ kanserlerine sahip hastaların sigara bırakma tutumlarının değerlendirildiği bazı çalışmaları incelemiş ve tanı anında sigara içen hastaların %14-58'inin tanı sonrasında da sigara içmeye devam ettiğini tespit etmiştir (83).

Katılımcıların sigaraya başlama yaşı SBP'ne kendi isteğiyle başvuranlarda ortalama 17,5 yaş, yönlendirilen kişilerde ise ortalama 17,6 yaştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ülkemizde 2012 yılında yapılan 'Küresel Erişkin Tütün Araştırması'na göre 15 yaş altında sigaraya başlayanların oranı %16, 15-18 yaş aralığında %58 olduğu belirlenmiştir (84). Son yıllarda Avrupa'da sigaraya başlama oranlarında azalma olmasına rağmen 11-15 yaş ergenlerde önemli ölçüde artmaktadır. Sigaraya başlama yaşının düşmesi sigara kaynaklı mortalite ve morbiditenin artması ile ilişkilidir. Yapılan çalışmalar erken başlama yaşının daha düşük bırakma oranlarıyla, bıraktıktan sonra daha fazla nüks riskiyle ve daha kısa sürede nikotin bağımlılığı geliştirmeyele ilişkili olduğunu bulmuştur (85). Bizim çalışmamızda da yönlendirilen kişilerde sigara bırakma yaşı ile nikotin bağımlılığı skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Bu sonuçlar gençleri hedef alan tütün kontrol stratejilerini etkin bir şekilde gerçekleştirmenin önemini ortaya koymuştur.

Çalışmamızda sigara içme sürelerine (paket/yıl) bakıldığında kendi isteğiyle başvuran kişilerde ortalama 29,5 paket/yıl, yönlendirilen kişilerde ortalama 33,3 paket/yıl idi. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sigara içme süresi bırakma başarısını etkileyen faktörler arasında gösterilmiştir. Gorecka ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içme süresinin bırakmada anlamlı bir değişken olduğu bulunmuştur (86). Çalışmamızda her iki grupta da Fagerström nikotin bağımlılık skoru ile sigara içme süresi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Janson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı ve artan sigara tüketiminin sigara bırakma oranlarının düşmesiyle ilişkilendirilmiştir (87).

Çalışmamızda katılımcılara evlerinde sigara içen birinin olup olmadığı sorulduğunda her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ülkemizde yapılan iki çalışmada evde sigara içen bir yakının olmasının sigara bırakma başarısını olumsuz etkilemediği saptanmıştır (9,70). Fakat Amerika'da Chung ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içilmeyen bir evde yaşayanların, içilen bir evde yaşayanlara göre başarılı sigara bırakma olasılığı 10 kat daha fazladır (88). Sigara bırakmanın öngörücülerini inceleyen çok değişkenli bir çalışmada, Hymowitz ve arkadaşları evde başka sigara içenlerin olmamasını önemli bir yordayıcı olarak belirlemiştir (89).

SBP'ne kendi isteğiyle başvuran kişilerde daha önce sigarayı bırakma denemesi oranı daha yüksek olmasına rağmen gruplar farklılık saptanmamıştır. Bırakma denemelerinde destek alıp almadıkları sorulduğunda kendi isteğiyle başvuranlardan 40 kişi (%50,7), yönlendirilen kişilerden 8 kişi (%16,7) psikososyal destek ve/veya farmakoterapi aldığını belirtmiştir ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada bırakma denemesi sayısı ile hazır oluşluk değerlendirildiğinde anlamlı ilişki bulunmuştur. Karadağlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2 ve daha fazla sayıda sigara bırakma denemesinin kişinin bırakmaya hazır olma olasılığını 2.6 kat arttırdığı görülmüştür (90). Bu bulgular sigara bırakma deneme girişimlerinin önemini ve desteklenmesinin gereğini göstermektedir.

SBP'ye kendi isteğiyle başvuran katılımcıların 66'sına (%69,5) vareniklin, 18'ine (%18,9) nikotin replasman tedavisi başlanmış, 11 kişi

(%11,6) sadece motivasyonel görüşme ile takip edilmiştir. Polikliniklerden yönlendirilen kişilerin 17'sine (%25,8) vareniklin, 4'üne (%6,1) nikotin replasman tedavisi başlanıp 45'i (%68,2) sadece motivasyonel görüşme ile takip edilmiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık olmasının sebebi, yönlendirilen gruptaki kanser tanılı bireylerin çoğunun aktif kemoterapi ya da radyoterapi alması nedeniyle farmakoterapiye uygun halde olmamaları, yönlendirilen gebelerin de farmakoterapi açısından kontrendike grupta olmaları nedeniyledir. Bu nedenle yönlendirilen gruptaki kişilerin 45'i (%68,2) sadece motivasyonel görüşme ile takip edilmiştir. Bu durum sigara bırakma oranlarında da düşüklüğü sebep olmuş olabilir. Yapılan çalışmalar davranışsal ve farmakolojik tedavilerin her ikisinin de tek başına etkili olduğunu ancak birlikte kullanıldıklarında başarı oranının arttığını göstermektedir.

Çalışmamızda 3. ayda sigarayı bırakma durumlarına bakıldığında SBP'ne kendi isteğiyle başvuran 41 kişi (%43,2), yönlendirilen 21 kişi (%31,8) sigarayı bırakmıştır. Kendi isteğiyle başvuranlarda bırakma oranı daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında Argüder ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada SBP'ne başvuran hastaların 3. ayda sigara bırakma oranı %36,5 bulunmuştur (68). Yaşar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 12. ayda bırakma oranı %37,4'tir. Ülkemizde 1. yılın sonunda sigara bırakma başarısının bakıldığı çalışmalarda oran %21-48 arasında değişmektedir (70).

Nikotin bağımlılık düzeyi, sigara bırakma başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. SBP'ne kendi isteğiyle başvuran kişilerin Fagerström nikotin bağımlılık skoru yönlendirilen kişilere göre daha yüksektir ve aradaki fark anlamlıdır. Fakat FNBT ile üçüncü ayda sigara bırakma durumları arasında her iki grup açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. Literatürde FNBT skoru ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişkiyi karşılaştıran çok sayıda çalışma vardır. Birçok çalışmada FNBT skoru yükseldikçe bireylerin sigarayı bırakma olasılığının düştüğü bulunmuştur (91–93). Bunun yanında anlamlı ilişki saptanamayan çalışmalar da vardır (94). Çalışmamızda kendi isteği ile başvuran kişilerin bağımlılık skoru yüksek

olmasına rağmen anlamlı düzeyde fark olmasa da sigara bırakma oranının da yüksek olması yönlendirilen kişilerdeki kronik hastalık varlığının daha yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Her iki grup arasında FNBT ile SBBÖÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum FNBT skorunun bağımlılığı belirlediği fakat sigara bırakma başarısını öngörmeye belirleyici olmadığı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda kendi isteğiyle başvuran kişiler SBBÖÖ kararlılık ve hazır oluş alt boyutu, SBBÖÖ sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ve SBBÖÖ total değerlerinin her biri açısından, yönlendirilen kişilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahiptir. Bu durum kendi isteğiyle başvuranların sigara bırakma başarısının daha yüksek olacağını öngörse de sigara bırakma durumları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır. Gruplar arasında 3. aydaki sigara bırakma durumu ile SBBÖÖ alt boyutları ve total skoru arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri her iki grup için de örneklem büyüklüğünün az olmasıydı. Kendi isteğiyle başvuran kişilerde sayının düşük olmasının nedenleri; Covid-19 pandemisi sebebiyle hastaneye gelmek istememeleri, Alo 171 hattından aldıkları randevu zamanının uzun süreçli olup bu süre zarfında sigara bırakmaktan vazgeçmeleri, randevu tarihini unutmaları idi. Yönlendirilen kişilerin az sayıda olma nedenleri; ilgili polikliniklerden yönlendirilen hastaların SBP'ne ulaşip başvurmamaları, sigarayı kendi kendilerine bırakabileceklerini düşünmeleri, bazı kanser hastalarının yaşam beklentisinin düşük olup sigara içmekten aldıkları zevke devam etmek istemeleri olabilir.

Diğer kısıtlılık, polikliniklerden yönlendirilen kişilerin gebe ve kanser hastalarından oluşması sebebiyle farmakoterapi desteğinin sınırlı kalmasıdır. Bu durum katılımcıların sigara bırakma başarısı oranının düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Bir diğer kısıtlılık, Covid-19 pandemisi sebebiyle karantina tedbirlerinin uygulanmasıyla beraber bazı hastaların takiplerine uyum sağlayamaması idi. Bu durum bırakma motivasyonunu azaltmış ve tedavi sonucunu etkilemiş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran ve yönlendirilen kişilerde Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ile ilişkili faktörlerin değerlendirildiği çalışmamızda her iki grup katılımcıların da üçüncü ay sigara bırakma durumu literatür ile uyumlu bulunmuştur. Fakat iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Kendi isteği ile SBP'ne başvuran kişilerin Fagerström nikotin bağımlılık skoru ve SBBÖÖ total ve alt boyut skorları daha yüksek bulunmuştur. Yönlendirilen kişilerle arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Fakat gruplar arasında üçüncü ayda sigara bırakma durumları ve ölçekler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Her iki gruptaki katılımcıların Fagerström nikotin bağımlılık skoru ile sigara içme süresi (paket/yıl) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yönlendirilen kişilerin Fagerström nikotin bağımlılık skoru ile sigaraya başlama yaşı arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Her iki gruptaki katılımcıların SBBÖÖ kararlılık ve hazır oluş alt boyutu, SBBÖÖ sağlık algısı ve uygun çevre alt boyutu ve SBBÖÖ total değerleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Toplumun her kesimini ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olan sigarayı bırakmak, toplum temelli bir yaklaşım benimseyen birinci basamak sağlık hizmetleri yönüyle oldukça önemlidir. Aile hekimleri sigara bırakma hizmetlerinde önemli bir yere sahiptir. Başvuran her hastada sigara kullanımını sorgulamak ve kısa bırakma tavsiyeleri ile daha fazla sayıda kişiye bırakma danışmanlığı yapabilmek birinci basamak hizmetlerinin ne kadar önemli bir konumda olduğunu göstermektedir. Biyopsikososyal yaklaşım ile hastayı bütüncül değerlendirerek bireye özgü davranışsal destek ve tedaviler ile sigara bırakma başarısının artması sağlanacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Chandler MA, Rennard SI. Smoking Cessation. Chest. 2010;137(2):428–35.
2. Ekerbiçer HÇ, Berberoğlu U, İnci MB. Dumansız Bir Çevre Mücadelesi: Düünden Bugüne. Sakarya Tıp Dergisi 2018, 8(3): 470-74.
3. Reynolds L A, Tansey E M. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Wellcome Witnesses to twentieth Century medicine, vol. 43. london: Queen mary, University of london; 2012.
4. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008 : The MPOWER Package. 2008;342.
5. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General; 2010.
6. Karlikaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, et al. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7(1): 51-64.
7. Özlü T, Bülbül Y. Smoking and lung cancer. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2005; 53(2): 200-9.
8. Kublay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve Sigara. Birinci basım; Şubat 2008.
9. Solak ZA, Telli CG, Erdiñç E. Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları. Toraks Dergisi, 2003;4(1):73-7.
10. Seydioğulları M. Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. Tütün ve tütün kontrolü. 2009;3–20.
11. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. Respirology (2003); 8: 286–90.
12. Çalışkan Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım). Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2015, 8/2.
13. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization 2002.
14. Nikotin (Sigara) bağımlılığı. Türkiye Psikiyatri Derneği [Internet] Erişim Tarihi: 18.09.2021.
15. Aslan D. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kontrolünde Yeni Bir Dönem Başladı : Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. 2005;(5):19–21.
16. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, et al. Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları. Dnya Sağlık Örgütü Avrupa, 2010.
17. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün (Nicotiana tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. Doğu Coğrafya Dergisi- 30.
18. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. Eur Respir Mon, 2002, 21, 161–79.
19. What’s In a Cigarette? American Lung Association [Internet] Erişim Tarihi: 20.09.2021.
20. Summary E. The Health Consequences of Smoking- 50 Years of Progress A Report of the Surgeon General. U.S. Department of

- Health and Human Services, 2014.
21. Smith CJ, Perfetti TA, Garg R, Hansch C. IARC carcinogens reported in cigarette mainstream smoke and their calculated log P values. *Food Chem Toxicol.* 2003;41(6):807–17.
 22. Güzel A. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri; Gerçekten Şeytan Otu Mu? *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2016; 4 (1): 22-26.
 23. Malaiyandi V, Sellers EM, Tyndale RF. Implications of CYP2A6 genetic variation for smoking behaviors and nicotine dependence. *Clin Pharmacol Ther.* 2005;77(3):145–58.
 24. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015.
 25. Reynolds L A, Tansey E M. WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Wellcome Witnesses to twentieth Century medicine*, vol. 43. london: Queen mary, University of london; 2012.
 26. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019.
 27. Hassan MM, Abbruzzese JL, Bondy ML, et al. Passive smoking and the use of noncigarette tobacco products in association with risk for pancreatic cancer: A case-control study. *Cancer* 2007; 2547- 56.
 28. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs. World Health Organization.
 29. Edwards R. ABC of smoking cessation The problem of tobacco smoking. *BMJ Volume* 328 24 January 2004.
 30. Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin), 2010.
 31. Chang SS. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. *Journal of Urology.* 2020;204(2):384.
 32. Kondo T, Nakano Y, Adachi S, Murohara T. Effects of tobacco smoking on cardiovascular disease. *Circ J.* 2019;83(10):1980–5.
 33. Davis JW. Some Acute Effects of Smoking on Endothelial Cells and Platelets. *Adv Exp Med Biol.* 1990;273:107-18.
 34. Bernhard D, Pfister G, Huck CW, et al. Disruption of vascular endothelial homeostasis by tobacco smoke- impact on atherosclerosis. *FASEB J.* 2003;17(15):2302-4.
 35. Türk H, Akı M, Karaca M. Sigaraya Bağlı Artan Kardiyovasküler Hastalık Riskini Düşürme. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, Haziran 2021, 2(2): 111-18.
 36. Taşoğlu Ö, Özdemir O, Kutsal YG. Osteoporozlu Hastalarda Gözardı Edilen Bir Risk Faktörü: Sigara Kullanımı. *Turk J Osteoporos* 2011;17(2):0-0.
 37. Baykan A, Baykan H. Sigaranın Yara İyileşmesi Üzerine Zararlı Etkileri. 2017;7(3):187–90.
 38. Gandini S, Botteri E, Iodice S, et al. Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *Int J Cancer.* 2008;122(1):155–64.
 39. Rahal Z, El Nemr S, Sinjab A, et al. Smoking and Lung Cancer: A Geo-Regional Perspective. *Front Oncol.* 2017;0(SEP):194.
 40. Akciğer kanseri,Türk Toraks Derneği [Internet] Erişim Tarihi: 08.10.2021
 41. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy

- outcomes. *Nicotine & Tobacco Research* Volume 6, Supplement 2 (April 2004) 125–40.
42. Özcebe H, Doğan BG, İnal E, et al. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları ve İlişkili Sosyodemografik Özellikleri. *Türk Toraks Derg* 2014; 15: 42-8.
 43. Buka SL, Shenassa ED, Niaura R. Elevated Risk of Tobacco Dependence Among Offspring of Mothers Who Smoked During Pregnancy: A 30-Year Prospective Study. *The American Journal of Psychiatry* 160:11, November 2003.
 44. Göğüs Hastalıkları Bölüm 14: Tütün Kontrolü. Bölüm Editörü; Karalezli A.
 45. Giulietti F, Filipponi A, Rosettani G, et al. Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated Review for Daily Clinical Practice. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention* (2020) 27:349–62.
 46. Göğüs G. Tütün Bağımlılığında Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri / Cognitive-Behavioral Therapy Methods in Tobacco Addiction. *Hast Serisi*. 2016; 4 :97-103.
 47. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*;2015(3).
 48. Wadgave U, Nagesh L. Nicotine Replacement Therapy: An Overview. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2016; 10: 425-35.
 49. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion A Review of its Use in the Management of Smoking Cessation. *Drugs* 2000 Apr; 59(4): 1007-24.
 50. Hezer H. Pharmacological Treatment In Smoking Cessation: Bupropion. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2017;4(1):108–13.
 51. Henningfield JE, Fant RV., Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for Nicotine Dependence. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(5):281–99.
 52. Uzaslan E. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Vareniklin. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2016;4(1):114–7.
 53. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, et al. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015.
 54. Force UPST, Krist AH, Davidson KW, et al. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325(3):265–79.
 55. Simon P, Kong G, Cavallo DA, Krishnan-Sarin S. Update of Adolescent Smoking Cessation Interventions: 2009–2014. *Curr Addict Reports* 2015 21. 2015;2(1):15–23.
 56. Force UPST, Owens DK, Davidson KW, et al. Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2020;323(16):1590–8.
 57. Croyle R, Morgan G, Fiore M. Addressing a Core Gap in Cancer Care: The NCI Cancer MoonshotSM Initiative to Help Oncology Patients Stop Smoking. *N Engl J Med*. 2019;380(6):512.

58. Aytemur ZA. Smoking Cessation: Relapse and Therapy. Güncel Göğüs Hast Serisi. 2017;4(1):152–5.
59. Le Foll B, Melihan-Cheinin P, Rostoker G, Lagrue G. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. Eur Psychiatry. 2005;20(5–6):431–41.
60. Solberg LI, Maciosek MV., Edwards NM, Khanchandani HS, Goodman MJ. Repeated Tobacco-Use Screening and Intervention in Clinical Practice: Health Impact and Cost Effectiveness. Am J Prev Med. 2006;31(1):62-71.
61. Eldein HN, Mansour NM, Mohamed SF. Knowledge, Attitude and Practice of Family Physicians Regarding Smoking Cessation Counseling in Family Practice Centers, Suez Canal University, Egypt. J Fam Med Prim Care. 2013;2(2):159-63.
62. Castel OC, Karkabi S, Dahan R, et al. A review of the evidence based smoking cessation interventions delivered by the family physician. Harefuah. 2005;144(10):724-8.
63. Chung YH, Chang HH , Lu CW, et al. Addition of one session with a specialist counselor did not increase efficacy of a family physician-led smoking cessation program. J Int Med Res. 2018; 46(9): 3809–18.
64. McIvor A, Kayser J, Assaad JM, et al. Best practices for smoking cessation interventions in primary care. Can Respir J 2009; 16(4): 129-34.
65. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, et al. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52(2): 115-121.
66. Aydemir Y, Doğu Ö, Dede C, Cinar N. Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği: Geliştirme ve geçerlik, güvenirlik çalışması. ADDICTA: THE TURKISH JOURNAL ON ADDICTIONS. 2019; 6(2); 387–402.
67. Zwar NA, Mendelsohn CP, Richmond RL. Supporting smoking cessation. BMJ 2014;348-56.
68. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, et al. Factors affecting the success of smoking cessation. Turk Toraks Derg. 2013;14(3):81–7.
69. Üzer F, Uzun R. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Genel Sağlık Durumları ve Sigara Bırakma Oranları. Akd Tıp D/ 2020; 6(1): 100-5.
70. Yasar Z, Kar Kurt O, Talay F, Kargi A. One-Year Follow-up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic: Factors Affecting the Cessation of Smoking. Eurasian J Pulmonol. 2014;16(2):99–104.
71. Berkeşoğlu Ç, Sercan Özgür E, Demir AU. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg. 2018;11(3).
72. Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: The contribution of smoking behavior and family background. Nicotine Tob Res. 2004;6(3):447–55.
73. Cho HJ, Khang YH, Jun HJ, Kawachi I. Marital status and smoking in Korea: The influence of gender and age. Soc Sci Med. 2008;66(3):609–19.

74. Xu X, Liu L, Sharma M, Zhao Y. Smoking-Related Knowledge, Attitudes, Behaviors, Smoking Cessation Idea and Education Level among Young Adult Male Smokers in Chongqing, China. *Int J Environ Res Public Heal* 2015;12(2): 2135–49.
75. Wetter DW, Cofta-Gunn L, Irvin JE, et al. What accounts for the association of education and smoking cessation? *Prev Med (Baltim)*. 2005;40(4):452–60.
76. Gilman SE, Abrams DB, Gilman SE. Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use: initiation, regular use, and cessation. *J Epidemiol Community Heal*. 2003;57:802–8.
77. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, et al. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler. *Toraks Dergisi*, 2005;6(2):151-8.
78. Uzaslan EK, Ozyardimci N, Karadag M, et al. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci*. 2000;9(2):63–9.
79. Cigarette Smoking Among Adults- United States, 2007. *MMWR Weekly* November 14, 2008 / 57(45);1221-6.
80. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdiñç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Derg*. 2006;54(1):43–50.
81. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*. 2004;29(6):1067–83.
82. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: A follow-up study. *Lancet*. 2001;357(9272):1929–32.
83. Cox LS, Africano NL, Tercyak KP, Taylor KL. Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Cancer*. 2003;98(3):632–44.
84. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ankara 2014.
85. Pesce G, Marcon A, Calciano L, et al. Time and age trends in smoking cessation in Europe. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211976.
86. Gó Recka D, Bednarek M, Nowin'ski A, et al. Diagnosis of Airflow Limitation Combined With Smoking Cessation Advice Increases Stop-Smoking Rate*. *Chest*. 2003;123:1916–23.
87. Janson C, Künzli N, de Marco R, et al. Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J*. 2006;27(3):517–24.
88. Lee CW, Kahende J. Factors associated with successful smoking cessation in the United States, 2000. *Am J Public Health*. 2007;97(8):1503–9.
89. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, et al. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control*. 1997;6(suppl 2):S57.
90. Karadağlı F, Özet NN. Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu İle İlişkili Faktörler 2012;5(1):8–15.
91. Ho KS, Choi BWC, Chan HCH, Ching KW. Evaluation of biological, psychosocial, and interventional predictors for success of a smoking

- cessation programme in Hong Kong. Hong Kong Med J 2016; 22:158-64.
92. Dale LC, Glover ED, Sachs DPL, et al. Bupropion for Smoking Cessation: Predictors of Successful Outcome. Chest. 2001; 119(5): 1357–64.
 93. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? Addiction. 2004;99(6):770–7.
 94. Baspınar MM, Basat O. The Relationship between Smoking Cessation Fatigue and Nicotine Dependence Severity. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 6(4), 157-67.



8. EKLER

EK-1: Araştırma İzni



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2011-KAEK-26/463
Konu : Etik Kurul kararı

01 / 03 / 2021

Sayın Prof.Dr.Yeşim UNCU
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz “*Sigara bırakma polikliniğine başvuran ve yönlendirilen kişilerde sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi*” başlıklı araştırmanız ile ilgili kurulumuzun 24 Şubat 2021 tarih, 2021-4/41 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Araştırmanın tamamlanma bildiriminin ve özet sonuç raporunun kurulumuza iletilmesi için bilgilerinize sunulur.



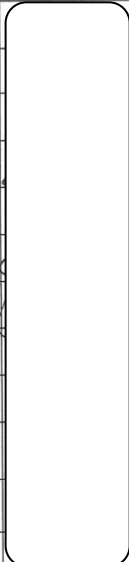
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL
Kurul Başkan Vek.

EKLER:

- 1-Karar (1 adet)
- 2-BGO formu (1 adet)
- 3-Anket formu (1 adet)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029
e-posta: uukaek@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.uludag.edu.tr

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran ve Yönlendirilen Kişilerde Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021-4/41		Tarih: 24 Şubat 2021					
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi. 1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna, 2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
	ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU							
ÜYELER								
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı/Başkan Vek.	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Doç.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıkları Endokr.ve Metab.	BUÜ.Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	Bursa UÜ.Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		

*:Toplantıda Bulunma

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran ve Yönlendirilen Kişilerde Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi
------------------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Yeşim Uncu
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Araş.Gör.Dr.Meryem Betül Erdal
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Uzmanlık tez çalışması
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	01.03.2021 / 3 ay
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	200
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	15.02.2021	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (hasta grubu)	-	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (kontrol grubu)	-	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	☒ Tarih: 15.02.2021
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	☒ Tarih: 15.02.2021
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	☐
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	☒ Tarih:15.02.2021
	SONUÇ ÖZET RAPORU	☐
	DİĞER:	☒ Araştırma ilk başvuru ön yazısı (Tarih: 15.02.2021), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacı tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür

EK-2: Anket Formu

Sigara Bırakma Polikliniği'ne Başvuran ve Yönlendirilen Kişilerde Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Anket Çalışması

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın ☐ Erkek ☐
3. Medeni hali: Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐ Boşanmış ☐
4. Çalışıyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐
5. Çalışıyorsanız mesleğiniz nedir?
6. Aylık ortalama gelir düzeyi:
 - ☐ Asgari ücretin altında
 - ☐ Asgari ücret
 - ☐ Asgari ücretin üstünde
7. Öğrenim durumunuz:
 - ☐ Okur-yazar değil
 - ☐ Okur-yazar
 - ☐ İlköğretim
 - ☐ Lise
 - ☐ Yüksekokul ve üstü
8. Hangi birimden yönlendirildiniz?
 - ☐ Kadın hastalıkları ve doğum
 - ☐ Çocuk onkoloji
 - ☐ İç hastalıkları tıbbi onkoloji
9. Bilinen kronik bir hastalığınız var mı? ☐ Yok ☐ Var (.....)
10. Sigaraya başlama yaşı:
11. Sigara içme süresi (paket/yıl):
12. Evinizde sizden başka sigara içen var mı?
 - ☐ Evet ☐ Hayır
13. Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi?

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.02.2021
Karar No : 2021-4/41

☐ Evet ☐ Hayır

14. Daha önce sigarayı bırakmayı denediyseniz bunun için destek aldınız mı?

☐ Destek almadım

☐ Psikososyal destek aldım

☐ Farmakoterapi aldım (nikotin bandı, nikotin sakızı, champix, zyban)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.02.2024
Karar No : 2024-4/41

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

- a. En çok 10 tane (0 puan)
- b. 11-20 tane (1 puan)
- c. 21-30 tane (2 puan)
- d. >31 tane (3 puan)

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

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

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

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

4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

- a. Günün ilk sigarası (1 puan)
- b. Diğer herhangi biri (0 puan)

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

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

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

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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 24.02.2021
Karar No : 2021-4/41 p

Sigarayı Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği

	Bu anket, sizin sigarayı bırakma konusundaki görüşlerinizi değerlendirerek size ve sağlık çalışanına yardımcı olacaktır. Cevaplarınız, size sigarayı bırakma tedavisinde en fazla faydayı elde etmek için kullanılabilir. Bilgileriniz sigara bırakma tedavilerinin geliştirilmesi dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacak ve adınız hiçbir şekilde paylaşılmayacaktır. Aşağıdaki her soru için, şu anki fikrinizi en iyi tanımlayan kutucuğa (X) işareti koyunuz.	Çok	Biraz Çok	Orta	Az	Çok Az
1	Kendimi sigarayı bırakmaya hazır hissediyorum					
2	Sigarayı bırakmayı yeterince düşündüm					
3	Sigara içmeyi önemli bir sorun olarak görüyorum					
4	Sigaranın sağlığını olumsuz etkilediğini düşünüyorum					
5	Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almaya hazırım					
6	Sigarayı bırakma ile ilgili tüm önerilere uyarım					
7	Sigarayı bırakmamı ailem ve yakın çevrem destekleyeceğini düşünüyorum					
8	İstersem sigarayı bırakabileceğime inanıyorum					
9	Sigarayı bırakırken çok zorlanacağımı düşünüyorum					
10	Sigarayı bırakma yönündeki çabalarımın boşa gitmeyeceğini düşünüyorum					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.02.2021
Karar No : 2021-4/41

EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları

	UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			
	(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)			
Dok.Kodu	: FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi	: 04 Ocak 2010	Sayfa 1 / 2
Rev. No	: 02	Rev.Tarihi	: 26 Şubat 2014	

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ
ÇALIŞMA GRUBU

Sizi Prof.Dr. Yeşim UNCU tarafından yürütülen “Sigara Bırakma Polikliniği’ne Başvuran ve Yönlendirilen Kişilerde Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bizesorunuz. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmza)
Prof.Dr. Yeşim UNCU

Araştırmanın Amacı:

Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişiler ile ilgili birimlerden sigara bırakma polikliniğine yönlendirilen sigara içen gebeler, kanser tanısı alanlar ve kanser tanısı alan hastaların ebeveynleri arasındaki nikotin bağımlılığı farklılığını değerlendirmek, sigara bırakma başarıları öngörülerini ve ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran sigara içen gebeler, iç hastalıkları tıbbi onkoloji bölümünde kanser tanısı almış sigara içen gönüllüler ve çocuk onkoloji bölümünde kanser tanısıyla takipli çocukların sigara içen anne/babaları belirlenmiş olup bu birimlerden sigara bırakma polikliniğine yönlendirilen bireyler çalışma grubunu oluşturacaktır. Anket soruları mesai saatleri içinde doldurulmak üzere çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan gönüllülere dağıtılacak ve anketi doldurma işlemi bittikten sonra toplanacaktır. Sonrasında kişilerle sigara bırakma konusunda yaklaşık 30 dakika motivasyonel görüşme yapılacaktır. Anketin doldurulma süresi yaklaşık 10 dakikadır. Anket başlıca 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümünde sosyo-demografik bilgiler ile ilgili 15 soru, ikinci bölümde nikotin bağımlılığı ile ilişkili yanıtlamanız gereken 6 soru, üçüncü bölümde sigara bırakma başarıları öngörüsü ile ilgili 10 maddelik bir ölçek bulunmaktadır. Araştırmada doğru ve güvenilir bir sonuca ulaşabilmek açısından anket sorularının tam olarak cevaplanması çok önemlidir; istenen bilgilerin anket üzerinde eksik girilmesi geçersiz olmasına neden olacağından dolayı tüm önermelerin yanıtlanması gerekmektedir.

Araştırmanın Süresi: 3 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 200

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.02.2021
Karar No : 2021-4/41



**UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)**

Dok.Kodu : FR-HYH-22

İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010

Sayfa

Rev. No : 02

Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014

1 / 2

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ
KONTROL GRUBU**

Sizi Prof. Dr. Yeşim UNCU tarafından yürütülen “Sigara Bırakma Polikliniği’ne Başvuran ve Yönlendirilen Kişilerde Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı, Soyadı-Ünvanı-İmza)
Prof.Dr. Yeşim UNCU



Araştırmanın Amacı:

Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişiler ile ilgili birimlerden sigara bırakma polikliniğine yönlendirilen sigara içen gebeler, kanser tanısı alanlar ve kanser tanısı alan hastaların ebeveynleri arasındaki nikotin bağımlılığı farklılığını değerlendirmek, sigara bırakma başarısı öngörülerini ve ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Sigara Bırakma Polikliniği’ne başvuran bireyler kontrol grubunu oluşturacaktır. Anket soruları mesai saatleri içinde doldurulmak üzere çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan kişilere dağıtılacak ve anketi doldurma işlemi bittikten sonra toplanacaktır. Anketin doldurulma süresi yaklaşık 10 dakikadır. Anket başlıca 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümünde sosyo-demografik bilgiler ile ilgili 15 soru, ikinci bölümde nikotin bağımlılığı ile ilişkili yanıtlamanız gereken 6 soru, üçüncü bölümde sigara bırakma başarısı öngörüsü ile ilgili 10 maddelik bir ölçek bulunmaktadır. Araştırmada doğru ve güvenilir bir sonuca ulaşabilmek açısından anket sorularının tam olarak cevaplanması çok önemlidir; istenen bilgilerin anket üzerinde eksik girilmesi geçersiz olmasına neden olacağından dolayı tüm önermelerin yanıtlanması gerekmektedir.

Araştırmanın Süresi: 3 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 200

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Sigara Bırakma Polikliniği

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.02.2024
Karar No : 2021-4/41

9. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmalarımı yürütürken her konuda bana anlayışla yardımcı olan, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, karşılaştığım zorluklarda tüm yakınlığıyla yol gösteren çok değerli tez danışmanım ve hocam Prof. Dr. Yeşim UNCU'ya,

Öğrenim hayatım boyunca üzerimde emeği olan, bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR ve Prof. Dr. Züleyha ALPER'e,

Her yönüyle örnek aldığım, onu tanımış olmaktan ve onunla çalışmaktan dolayı kendimi çok şanslı hissettiğim, birikim ve tecrübeleriyle yol gösteren, tüm samimiyetiyle her daim yanımda hissettiğim kıymetli Uzm. Dr. Gaye ÇELİKCAN'a,

Tez çalışmam süresince her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen, yakınlığını ve her konuda desteğini her daim hissettiren canım arkadaşım Dr. Rabia RUŞEN TEKİNSOY'a,

Asistanlık eğitimim boyunca dostluklarından mutluluk duyduğum, tanışmış ve beraber vakit geçirmiş olmaktan dolayı kendimi şanslı hissettiğim canım arkadaşlarım Uzm. Dr. Şüheda GÜL, Dr. Celile Gizem SERİNÇAY ve aynı evi paylaşmaktan da mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Ayşen GÖKBEL ASLANKAYA'ya,

Asistanlık süresince beraber çalıştığımız, beraber sevinip beraber üzüldüğümüz, yollarımızın kesişmiş olmasından dolayı kendimi şanslı hissettiğim, hepsinin ismini tek tek yazmak istediğim sevgili asistan ve uzman arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca sevgilerini, desteklerini hep üzerimde hissettiğim, yardımlarını hiçbir zaman eksik etmeyen, bana güç veren canlarım annem, babam, ablam ve kardeşime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

■■■■■ yılında ■■■■■ da doğdum. İlköğretim eğitimimi Özel Gümüş İlköğretim Okulu'nda, lise eğitimimi Özel Mutafoğlu Lisesi'nde tamamladım. Tıp eğitimime 2009 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başlayıp 2015 yılında eğitimimi tamamladım. Gaziantep Nurdağı Toplum Sağlığı Merkezi'nde mecburi hizmet görevime başladım. Görev sürem 9 ayında Nurdağı İlçe Sağlık Müdürü olarak çalışıp mecburi hizmetimi tamamladım. 2018 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalında asistan hekimlik görevime başladım.