

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARDA SİGARA
BIRAKMA BAŞARISINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

Dr. Ayşe Özge ALTIN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2019

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARDA SİGARA
BIRAKMA BAŞARISINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

Dr. Ayşe Özge ALTIN

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI:
Prof. Dr. Vildan MEVSİM**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
ÖZET	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ ve AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi	7
2.1.1. Dünya'da Tütünün Tarihçesi	7
2.1.2. Türkiye'de Tütünün Tarihçesi	8
2.2. Tütünün Genel Yapısı ve İçeriği	9
2.3. Tütün Kullanım Şekilleri	10
2.3.1. Sigara.....	10
2.3.2. Sarmalık kıyılmış tütün mamülü	10
2.3.3. Pipo.....	11
2.3.4. Puro ve Sigarillo	11
2.3.5. Nargilelik tütün mamulü.....	11
2.3.6. Enfiye	11
2.3.7. Çiğnemelik Tütün	11
2.4. Sigara Epidemiyolojisi	11
2.5. Nikotinin Farmakolojik Özelliği	12
2.6. Nikotin Bağımlılığı	13
2.7. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri	15
2.8. Pasif Sigara Maruziyeti	18
2.9. Sigaranın Ekonomik Etkileri	19
2.10. Tütün Kontrolü	20
2.11. Sigara Bırakma Tedavileri.....	25
2.11.1. Nikotin Replasman Tedavisi.....	28
2.11.2. Bupropion.....	29

2.11.3. Vareniklin	30
2.12. Birinci Basamak Hizmetlerinde Sigara Bırakma	31
3.GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Modeli.....	32
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	33
3.3.1. Sigara Bırakma Polikliniği Veri Formu.....	33
3.3.2. Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT)	33
3.3.3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD).....	33
3.3.4. Hasta İzlem Veri Formu	34
3.4. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri ve Ölçütleri	34
3.4.1. Sosyodemografik özelliklere ilişkin değişken ve ölçütler	34
3.4.2. Sigara kullanımına ilişkin değişken ve ölçütler	34
3.4.3. Diğer değişkenler ve ölçütler.....	35
3.5. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni.....	35
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	35
4.BULGULAR	36
4.1.Tanımlayıcı Bulgular	36
4.2.Analitık Bulgular	49
4.2.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri Açısından Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirmeleri	49
4.2.2.Katılımcıların Sigara Kullanım Öykülerine Göre Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirmesi.....	51
4.2.3.Katılımcıların Kişisel Sosyal Öykülerine Göre Sigara İçme Durumlarının Değerlendirmesi.....	53
4.2.4.Katılımcıların Ölçek Puanlarına Göre Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi	54
4.2.5.Katılımcıların Kullandıkları Sigara Bırakma Tedavisine Göre Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi	55
4.3.İkincil Çıktılar.....	56
4.4. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Bazı Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi.....	58

5. TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
7.KAYNAKLAR.....	68
8. EKLER	81
Ek 1. Etik Kurul İzni	81
Ek 2. Sigara Bırakma Polikliniği Veri Formu.....	83
Ek 3. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi	85
Ek 4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	86
Ek 5. Hasta İzlem Veri Formu	86
Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	87



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Tütün dumanında bulunan bazı karsinojenlerin IARC tarafından sınıflandırılması	10
Tablo 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	14
Tablo 3. Sigaranın neden olduğu hastalıklar	15
Tablo 4. Pasif sigara dumanı etkileniminin neden olduğu hastalıklar.....	18
Tablo 5. 5A (5Ö) Stratejileri	26
Tablo 6. 5R Stratejileri	27
Tablo 7. Nikotin replasman tedavisinde kullanılan formlar	29
Tablo 8. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler	36
Tablo 9. Katılımcıların sigara kullanım öyküleri.....	37
Tablo 10. Sigara öyküsü	39
Tablo 11. Sosyal çevre öyküsü	42
Tablo 12. Katılımcıların Fagerstrom nikotin bağımlılık testi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği sonuçları.....	42
Tablo 13. Aile Öyküsü.....	44
Tablo 14. Sistem Sorgulaması.....	45
Tablo 15. Katılımcıların PAAC ve EKG bulguları	47
Tablo 16. Katılımcılara başlanan tedavile	48
Tablo 17. Katılımcıların sigara bırakma durumları	48
Tablo 18. Katılımcıların sigara bırakma süreleri.....	49
Tablo 19. Katılımcıların cinsiyetlerine göre sigara bırakma durumları	49
Tablo 20. Katılımcıların yaş gruplarına göre sigara bırakma durumları	50
Tablo 21. Katılımcıların yaş ortalamalarına göre sigara bırakma durumları.....	50
Tablo 22. Katılımcıların medeni durumlarına göre sigara bırakma oranları	50
Tablo 23. Katılımcıların eğitim durumlarına göre sigara bırakma oranları	50
Tablo 24. Katılımcıların sigara başlama yaşlarının sigara bırakma durumlarıyla ilişkisi.....	51
Tablo 25. Katılımcıların sigara içme sürelerinin sigara bırakma durumlarıyla ilişkisi.....	51
Tablo 26. Katılımcıların günde tükettikleri sigara miktarının sigara bırakma durumlarıyla ilişkisi	52

Tablo 27. Katılımcıların sigarayı bıraktıklarında yaşadıkları zorluklarla (baş ağrısı) sigara bırakma durumları arasındaki ilişki	52
Tablo 28. Katılımcıların sigarayı bıraktıklarında yaşadıkları zorluklarla (uyku bozukluğu) sigara bırakma durumları arasındaki ilişki	52
Tablo 29. Katılımcıların zaman içinde kullandıkları sigara miktarındaki değişimlerin sigara bırakma durumuna etkisi	53
Tablo 30. Katılımcıların evinde kendisinden başka sigara içen kişi durumu ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişki	53
Tablo 31. Katılımcıların iş yerinde sigara içen kişi durumu ile sigara bırakma durumu arasındaki.....	53
Tablo 32. Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi sonuçları ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki	54
Tablo 33. Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Test skorlarının sigara bırakma durumlarıyla ilişkisi.....	54
Tablo 34. Katılımcıların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçek sonuçları ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki	55
Tablo 35. Katılımcıların vareniklin kullanma durumları ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki	55
Tablo 36. Katılımcıların bupropion kullanma durumları ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki	56
Tablo 37. Katılımcıların bupropion kullanım süreleri ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki	56
Tablo 38. Katılımcıların nikotin replasman tedavisi kullanma durumları.....	56
Tablo 39. Katılımcıların içtikleri sigara miktarının laboratuvar değerleri üzerine Etkisi.....	57
Tablo 40. Katılımcıların sigara içme miktarının PAAC üzerine etkisi.....	58
Tablo 41. Sigara bırakma başarısını etkileyen lojistik regresyon modeline alınan parametreler	58
Tablo 42. Sigara bırakma başarısını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon Analizi.....	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sigara başlama yaşı.....	37
Şekil 2. Günde içilen sigara miktarı.....	38
Şekil 3. Sigaraya başlama nedenleri.....	38
Şekil 4. Sigarayı bırakmayı isteme nedenleri	40
Şekil 5. Sigara miktarındaki değişiklikler	40
Şekil 6. Sigarayı bıraktınca yaşanan zorluklar	41
Şekil 7. Sigara içme isteğini arttıran nedenler.....	41
Şekil 8. Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi	43
Şekil 9. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği.....	43
Şekil 10. Katılımcıların PAAC ve EKG bulguları	47
Şekil 11. Katılımcılara başlanan tedaviler	48

KISALTMALAR

DALY: Disability Adjusted Life Years

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

IARC: The International Agency for Research on Cancer

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

TTM: Transteorik Model

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığımı üstlenerek süreci doğru ve etkin yönetmemde her türlü katkısı sağlayan, uzmanlık eğitimimin başından beri bilgi ve deneyimlerini bana aktaran, desteğini hiç esirgemeyen, en zor zamanlarımda motivasyonumu arttıran, farklı bakış açılarıyla her konuda vizyonumu genişleten değerli ve sevgili hocam Prof. Dr. Vildan MEVSİM'e,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca eğitim sürecime katkıda bulunan Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Dilek GÜLDAL başta olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'a, Prof. Dr. Mehtap KARTAL'a, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a, Uzm. Dr. Neslişah TAN'a ve Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM'a,

Tez konusu belirleme aşamasından başlayarak, tez süresince karşılaştığım tüm zorluklarda desteklerini esirgemeyen, fikirleriyle engelleri aşmamda basamak olan, süreci detaylarıyla paylaşarak yolumu aydınlatan Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan uzmanlığını alan ve hala uzmanlık eğitimlerine devam eden tüm meslektaşlarıma,

Değerli vakitlerinden ayırıp çalışmaya katılan, olumlu geri bildirimleriyle veri toplama aşamasında motivasyonumu arttıran tüm katılımcılara,

Son olarak yaşamımın her aşamasında olduğu gibi tüm tez sürecinde yanımda olan, uzmanlık süresince karşılaştığım zorluklarla başa çıkmam için azim ve kuvvet aşılayan canım annem, babam ve kız kardeşime teşekkür ederim.

Dr. Ayşe Özge ALTIN

ÖZET

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA SİGARA BIRAKMA BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN SAPTANMASI

Dr. Ayşe Özge ALTIN

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Vildan MEVSİM

E-posta: altinayseozge@gmail.com.tr

Amaç: Sigara kullanımının tüm toplumu ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olması; sigara ile yoğun mücadele edilmesine rağmen halen bırakma oranlarının düşük olması, sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarda da başarı oranının düşük olması nedeniyle bırakma başarısını etkileyen faktörleri tespit etmek ve tedavi sürecini bu faktörlere göre şekillendirmek, sigara bırakma başarısını arttırmak açısından önemlidir. Bu araştırmanın amacı; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne 2014 - 2017 yılları arasında başvurmuş olan hastaların sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri saptamaktır.

Yöntem: Kesitsel analitik çalışma modelinde planlanmış olan bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği AD Sigara Bırakma Polikliniği'ne Ocak 2014 - Ağustos 2017 tarihleri arasında başvurmuş 630 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik özellikler, sigara öyküsü, kişisel sosyal öykü, geçmiş tıbbi öykü, şimdiki sağlık durumu ve kullandıkları ilaçlar ile ilgili bilgi içeren Sigara Bırakma Polikliniği Veri Formu; nikotin bağımlılık düzeyini saptamak için Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT); anksiyete ve depresyon düzeyinin belirlenmesi için Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) ve hastaların sigara bırakma durumları, hangi tedavi yöntemini ne kadar süreyle kullandıkları, ilaç

tedavisi alan hastalarda yan etki olup olmadığı, sigarayı bıraktıktan sonra kaçak olup olmadığı bilgilerini içeren Hasta İzlem Veri Formu uygulanmıştır. Çalışmanın verileri IBM SPSS (statistical package for social sciences) 22.0 paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; tanımlayıcı analizler (ortalama, standart sapma ve yüzde), khi kare analizi, student t testi, ANOVA ve lojistik regresyon kullanılmıştır.

Bulgular: Sigara bırakma polikliniğimize başvuran 630 hastanın sigara bırakma oranı %24,4 olarak saptandı. Hastaların; yaş ($p=0,041$), eğitim durumu ($p=0,038$), sigaraya başlama yaşı ($p=0,004$), günde içtikleri sigara miktarı ($p=0,040$), evde kendisinden başka sigara içen birinin bulunması ($p=0,000$), nikotin bağımlılık düzeyinin yüksek olması ($p=0,014$), vareniklin kullanımı ($p=0,015$) ve bupropionun 3 ay üzerinde kullanımı ($p=0,000$) sigara bırakma başarısı üzerine anlamlı etkiye sahipken; cinsiyet, medeni durum, sigara içme süresi, anksiyete ve depresyonu olma gibi özelliklerinin sigara bırakmalarında anlamlı etkiye neden olmadığı görüldü. Polikliniğimizde farmakoterapi başlanan hastalarda vareniklin kullananlarda sigara bırakma oranı %31,6 ($p=0,015$), bupropion kullananlarda %25,0, NRT alanlarda ise %25,0 olarak saptandı. Yapılan lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre; sigara bırakma başarısını en çok etkileyen faktör bupropion kullanımının süresi olarak bulunmuştur. Bupropion tedavisini üç aydan uzun süre kullanan kişilerde sigarayı bırakma olasılığı, bir aydan az kullanan kişilere göre 16,3 kat fazladır ($p<0,001$).

Sonuç: Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre gençlerde, sigaraya erken yaşta başlayanlarda, sosyal çevresinde sigara içen kişiler bulunanlarda, nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olanlarda sigarayı bırakmanın daha zor olacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kişiler uygun farmakoterapi ajanıyla, yeterli süre desteklenmeli, aynı zamanda kişinin bırakma başarısını etkileyen faktörlere yönelik hasta ile işbirliği içerisinde farklı stratejiler geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sigara kullanımı, sigara bırakma, sigara bırakma polikliniği, başarı oranları

ABSTRACT

DETERMINATION OF FACTORS AFFECTING SMOKING CESSATION SUCCESS IN PATIENTS WHO APPLIED TO SMOKING CESSATION CLINIC

Ayşe Özge ALTIN, M.D.

Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine

Supervisor: Prof. Dr. Vildan MEVSİM

E-Posta: altinayseozge@gmail.com.tr

Objective: Smoking is a public health concern for the whole society; Although it is intensely struggling with smoking, it is important to determine the factors affecting the success of cessation and to shape the treatment process according to these factors, and to increase the cessation success. The aim of this study was to determine the factors affecting the success of smoking cessation in patients who applied to Dokuz Eylül University, Department of Family Medicine, Smoking Cessation Outpatient Clinic between 2014 and 2017.

Methods: This study, which was planned in a cross-sectional analytical study model, was carried out with 630 patients who applied to Dokuz Eylül University, Department of Family Medicine, Smoking Cessation Outpatient Clinic between January 2014 and August 2017. Smoking Cessation Polyclinic Data Form including information about sociodemographic characteristics, smoking history, personal social history, past medical history, current health status and the drugs they use; Fagerstrom Nicotine Dependence Test (FNBT) to determine nicotine dependence; In order to determine the level of anxiety and depression, the Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) and Patient Follow-up Data Form were applied, including information about the patients' smoking cessation status, how long they used the treatment method, the side effects of drug treatment, and whether there was a leak

after quitting smoking. The data of the study were analyzed by IBM SPSS (statistical package for social sciences) 22.0 package program. In the statistical evaluation of the data; Descriptive analyzes (mean, standard deviation and percentage), chi square analysis, student t test, ANOVA and logistic regression were used.

Results: The smoking cessation rate of 630 patients who applied to our smoking cessation clinic was 24.4%. Patients'; age ($p = 0.041$), educational status ($p = 0.038$), smoking age ($p = 0.004$), the amount of cigarettes per day ($p = 0.040$), the presence of someone who smokes at home ($p = 0.000$), the level of nicotine addiction high use ($p = 0.014$), use of varenicline ($p = 0.015$) and use of bupropion over 3 months (0.000) had a significant effect on smoking cessation success; gender, marital status, duration of smoking, anxiety and depression did not have a significant effect on smoking cessation. The rate of smoking cessation in patients with varenicline use was 31.6% ($p = 0.015$), 25.0% in bupropion users and 25.0% in patients with NRT.

Conclusion: According to the results of this study, it should be considered that it is more difficult to stop smoking in young people, those who start smoking at an early age, those who smoke in their social environment and those with high levels of nicotine addiction. These people should be encouraged with adequate pharmacotherapy, while at the same time, different strategies should be developed in cooperation with the patient for the factors affecting the success of the cessation of the person.

Keywords: Smoking, smoking cessation, smoking cessation clinic, success rates

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün kullanımı önemli bir sağlık sorunu olup, bilinen en önemli önlenabilir hastalık ve erken ölüm nedenidir (1). Tütün kullanımı dünyadaki en sık sekiz ölüm nedeninden altı tanesi için önemli bir risk faktörüdür. Bu hastalıklar iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tüberküloz ve akciğer kanseridir. Sigara ile ilişkili diğer hastalıklar ağız ve orofarinks kanseri, özofagus kanseri, mide kanseri, karaciğer kanseri, diğer kanserler ile iskemik kalp hastalığı dışındaki kardiyovasküler hastalıkları kapsar. Bu nedenle dünyadaki prematüre ölümlerin başlıca sebebidir (2).

Tütün kullanımının neden olduğu ölümler nadiren gündemde olmasına rağmen, tütün kullanımı altı saniyede bir kişiyi öldürür (2). Tütün kullanımı sebebiyle 20. yüzyılda 100 milyon kişi hayatını kaybetmiştir ve 21. yüzyılda bu rakamın 1 milyar kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir (3). Tütün kullanımı, tütün kullanan her üç kişiden birini ortalama 15 yıl önce öldürür (4,5,6). Acil önlem alınmadığı takdirde, 2030'da tütün kullanımından ölenlerin sayısı sekiz milyondan fazla olacaktır (2,7).

Standart sigaralar en yaygın olarak kullanılan tütün çeşidi olmasına karşın, farklı tütün ürünleri de kullanılmakta ve çoğu kez sağlık için daha az tehlikeli oldukları yanılgısı bulunmaktadır. Ancak, tüm tütün çeşitleri öldürücüdür (8). Herhangi bir çeşidi içilen tütün ürünleri, tüm akciğer kanserlerinin % 90'ına neden olur ve inme ve ölümcül kalp hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür (9).

Tütün ürünlerinin öldürdüğü ya da hastalığa neden olduğu kişiler sadece sigara içenler değildir. Pasif duman da ciddi ve genellikle ölümcül sağlık sorunlarına neden olur (10). Küresel olarak, yetişkinlerin yaklaşık üçte biri düzenli olarak pasif tütün dumanına maruz kalmaktadır ve pasif tütün dumanı maruziyeti her yıl 600 000 kişiyi öldürür (11).

Tütün kullanımına bağlı hastalıklar genellikle tütün kullanımının başlangıcından uzun yıllar sonra ortaya çıkmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler hala tütün kullanımının erken aşamalarında oldukları için, geçmiş yüzyılın çoğunda tütün kullanımının yaygın olduğu gelişmiş ülkelerde görülen tütün kullanımına bağlı hastalık ve ölümün tam etkisini yaşamamışlardır. Bu nedenle küresel olarak 2030 yılına kadar gerçekleşecek olan tütünle ilişkili ölümlerin %80'inden fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde

olması beklenmektedir (2). Dünyada sigara içen kişilerin yaklaşık üçte ikisi 10 ülkede yaşamaktadır ve bu ülkelerden birisi de Türkiye'dir (12). Ülkemizde sigara içenlerin yarısından çoğu sigarayı bırakmayı düşünmektedir (13). Bu amaçla hizmet veren sigara bırakma polikliniği sayıları ve bu polikliniklere yapılan başvuru sayıları geçmiş yıllara oranla giderek artmaktadır. Daha önce yapılan çalışmalarda sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma oranları %5 ile %41,9 arasında saptanmış olmasına rağmen bu oranlar hedeflenen düzeylerden uzaktır (14-16).

Sigarayı bırakma başarısını etkileyen pek çok faktör mevcut olup, kişinin günde tükettiği sigara miktarı, sigaraya başlama yaşı ve kaç yıldır sigara kullanıldığı, sigaraya başlama nedeni, sigarayı bırakmayı isteme nedeni, sigara bırakıldığında yaşanan zorluklar, sigara içme isteğini arttıran nedenler, evde ya da iş yerinde kendisinden başka sigara içen kişi varlığı, nikotin bağımlılık düzeyi, anksiyete ya da depresyonu olup olmaması bu faktörlerden bazılarıdır. Bu faktörlerin kişiden kişiye göre değiştiği göz önünde bulundurulması gereken önemli bir noktadır. Kişiye özgü uygulanan tedaviyle hastaların sigara bırakma başarısını arttırmanın mümkün olduğu düşünülmektedir.

Sigara kullanımının küresel ve aynı zamanda pasif sigara dumanı maruziyeti nedeniyle tüm toplumu ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olması; sigara ile yoğun mücadele edilmesine rağmen halen bırakma oranlarının düşük olması, sigara bırakma polikliniklerinde yoğun tedavi alan hastalarda da başarı oranının düşük olması nedeniyle bırakma başarısını etkileyen faktörleri tespit etmek önemlidir. Bu araştırma sonucunda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri saptayarak tedavi sürecini bu faktörlere göre şekillendirmek ve sigara bırakma başarısını arttırmak amacıyla böyle bir çalışmanın gerekliliğini saptadık.

Bu araştırmanın amacı; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne 2014 - 2017 yılları arasında başvurmuş olan hastaların sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Tütün Kullanımının Tarihçesi

2.1.1.Dünya'da Tütünün Tarihçesi

Eski kaynaklar tütün tarımının ilk olarak milattan önce 6000 yılında, Amerika kıtasında başladığını göstermektedir. Tütün kullanımına ise ilk kez milattan önce 1500'lü yıllarda Orta Amerika'da yaşayan Mayalar'da rastlanmıştır. Yerlilerden bazıları tütün yapraklarını sararak ya da ufalayarak yaptıkları ilkel pipolarda, bazıları çiğneyerek, bazıları ise derilerine sürerek tütün kullanmaktaydı. Daha sonraları tütün üretimi ve kullanımı kuzeyde Kızılderililer, güneyde de İnkalar tarafından benimsenmiştir (17).

Christopher Colombus, 1492 yılında Küba'ya ayak basmasıyla yerlilerin 'tobacco' adını verdikleri tütünü içtiklerini ve ağızda çiğnediklerini keşfetmiş ve Avrupalılar bu sayede tütünle tanışmışlardır. 1531 yılında Amerika'ya göç eden Santa Domingo göçmenleri tütün ekimine başlamışlardır (18).

Ticari olarak tütün üretimine ise ilk kez 1612 yılında Amerika'da, daha sonra 1800 yılında ise Kanada'da başlanmıştır. Amerika'da 1881 yılında sigara yapan makinelerin icadı ile tütün üretim hızı artmış, 1913 yılında RJ Reynolds'un Camel markasını tanıtmasıyla modern anlamda sigaranın doğuşu gerçekleşmiştir (18).

Tütün üretimi ve buna bağlı olarak tüketiminin artmasıyla birlikte, tütünün sağlık üzerindeki etkileri araştırılmaya başlanmıştır. 1939 yılında Amerikalı doktor Ochsner tarafından sigara içimi ile akciğer kanseri arasındaki ilk ilişki ortaya konulmuş, 1964 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 'Surgeon General Reports' ile sigaranın erkeklerde akciğer kanseri yaptığı açıklanmıştır (18).

Avrupa'da tütünün hikayesi Türkler'in Mısır'da 1500'lü yıllarda tütünle tanışmasıyla başlamıştır. 1558 yılında tütün fidanı, ekim için Avrupa'ya getirtilmiş ancak ekim başarılı olmamıştır. 1566'da Jacques Nicot tütün tohumlarını Kraliçe Catherine'e migrenini tedavi etmesi için göndermiştir. Fransa'dan diğer Avrupa ülkelerine yayılan tütüne, Jean Nicot'a ithafen 'nicotiana', 1828 yılında bulunan alkaloitine de 'nikotin' ismi verilmiştir (19). 1614 yılına gelindiğindeyse İngiltere'de 7000 tütün dükkanının açılışıyla tütün Avrupa'da da sık kullanılır hale gelmiştir. Avrupa'da tütünün zararlı etkilerine yönelik yapılan ilk çalışma 1761 yılında enfiye

kullanımının nazal kansere neden olduğunu ortaya koymuştur. 1795 yılında Alman Soemmering tarafından pipo kullanımının dudak kanserine yol açtığı da Avrupa'da sigaraya karşı yapılan bir başka çalışmadır (18).

Tütün tüketiminin giderek artış göstermesi üzerine İspanya, Portekiz, İngiltere ve Fransa; Amerika kıtasındaki sömürgelerinde tütün üretimi yaptırarak, tütün ticaretinden gelir sağlama yoluna gitmişlerdir. Hızla Akdeniz ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yayılan tütünü Hindistan ve Çin gibi Doğu ülkelerine götürmüşlerdir (19).

Colombus'un Yeni Dünya'da 'garip yapraklar' bulmasının ardından, 150 yıl içinde tütün tüm dünyada kullanılmaya başlanmıştır. Hızlı yayılması ve yaygınlaşması Nicotina tobacum'a olan bağımlılığı göstermektedir. Yıllar içinde sadece tütünün kullanım şekli değişmiştir. 18. yüzyılda enfiyeler çekilirken, 19. yüzyıl puro çağı olmuştur. 20. yüzyılda ise sigaranın yükselişi ile birlikte çok daha fazla sayıda insan tütün kullanmaya başlamıştır. 21. yüzyılda tütün kullanımına kadınların da dahil olmasıyla dünyadaki yetişkinlerin yaklaşık üçte biri tütün kullanmaya başlamış, tütünün zararlı etkilerini gösteren binlerce çalışma olmasına rağmen tütün kullanımı ve tütün kullanımına bağlı ölümler artmaya devam etmiştir (18).

2.1.2.Türkiye'de Tütünün Tarihçesi

Tütünün ilk defa İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirleri vasıtasıyla İstanbul'a getirildiği düşünülmektedir (19). Osmanlı'da ilk tütün tarımının Makedonya, Yenice ve Kırcalı'de; Anadolu'da ise Ege Bölgesi'nde Ayasuluk tepelerinde yapıldığı kaydedilmektedir (20).

Avrupa ve Amerika'da olduğu gibi Osmanlı'da da tütün kullanımının artmasıyla, tütün kullanımının hem olumlu hem olumsuz yanları tartışılmaya başlanmıştır. 1634 yılında IV. Murat, Cibali'de çıkan yangını bahane ederek kahvehaneleri yıktırması ve tütün yasağı getirmiştir (21). 1640 yılında IV. Murat'ın ölümünden sonra kullanımı tekrar serbest bırakılan tütünden 1678'de gümrük vergisi alınmaya başlanmıştır (19).

Savaşlar nedeniyle hazine üzerinde artan yükü azaltmak üzere 1856 yılında, tütünden alınan vergiler yükseltilmiş, 1861 yılında tütün ithalatı yasaklanmıştır (19, 21). 1874 yılında sigara ve paket tütün üretimi yapan fabrikalar kurulmuş, tütün satış fiyatları kayıt altına alınarak satılmaya başlanmıştır (19). 1883 yılında, bir şartname ile tütün inhisarlarının işletilmesi hakkı 30 sene süreyle "Memaliki Osmaniye

Duhanları Müşterekil Menfaa Reji Şirketi” adlı Fransız anonim şirketine verilmiş ve Reji İdaresi döneminde, Rejinin Anadolu gençlerinden oluşturduğu 7.000 kişilik “Kolcu” teşkilatı tütün kaçakçılığını önlemek adına halka türlü eziyetlerde bulunmuş, girilen silahlı çatışmalarda onbinlerce insan hayatını kaybetmiştir (22, 23).

Kurtuluş Savaşı'nın kazanılmasından sonra ekonomi politikalarını belirlemek için 1923 yılının 17 Şubat ile 4 Mart tarihleri arasında gerçekleştirilen İzmir İktisat Kongresinde, “Reji idare ve usulünün mutlak ilgası”, “İnhisar sisteminin kaldırılması” ismiyle alınan kararlar neticesinde; Cumhuriyet’in ilanı sonrası Mustafa Kemal Atatürk ve arkadaşları, Reji Şirketinin tüm hak ve alacaklarını ödeyerek 1 Mart 1925 tarihinden itibaren İnhisarlar İdaresini devlet inhisarı şekline dönüştürerek millileştirmişlerdir (24, 25).

2.2.Tütünün Genel Yapısı ve İçeriği

Tütün patlıcangiller (solanaceae) familyasının “nicotiana” cinsi içerisinde yer almaktadır. Nicotiana cinsine dahil yaklaşık 65 türden sadece “Nicotiana tabacum” ve “Nicotiana rustica”, sigara, puro, pipo vb. tütün mamullerinin yapımında kullanılır. Dünyada üretilen tütünün yaklaşık %90’ı nicotiana tabacum cinsinden üretilmektedir (26).

Tütün yaprağı, ticari açıdan bitkinin en önemli kısmıdır. Yaprakların kimyasal yapısı, biçimi ve büyüklüğü farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar tütün yaprağının çeşidine, yetiştiği iklime ve toprak yapısına, uygulanan teknik işlemlere ve kurutulma yöntemlerine göre oluşmaktadır. Tütünde esas olan, yaprağın kimyasal yapısında bulunan nikotin, azot ve diğer indirgen maddelerdir. Nikotin kökte sentezlenir ve yapraklarda birikir. Tütün mamullerinin keyif verici, alışkanlık yapıcı etkilerinden sorumlu kısmıdır (26, 27).

Tütün dumanı içerisinde nikotin dışında antijenik, sitotoksik, mutajenik, karsinojenik olan 4000’den fazla madde bulunmaktadır (28). The International Agency for Research on Cancer (IARC) bu maddelerin 81 tanesinin karsinojen olduğunu bildirmiştir. Bu 81 maddenin 11’i Grup1 (kanseri yaptığı bilinen), 14’ü Grup2A (insanda kanser yapması olası), 56’sı Grup2B (insanda kanser yapabilen) karsinojen olduğu saptanmıştır (Tablo 1) (29).

Tablo 1. Tütün dumanında bulunan bazı karsinojenlerin IARC tarafından sınıflandırılması

Grup 1	Grup 2A	Grup 2B
Benzen	Benzoapiren	Asetaldehit
Kadmiyum	N- Nitrozodietilenamin (DEN)	Propilen oksit
Vinil klorid	N- Nitrozodimetilamin (DMN)	Vinil asetat
Radon-222 ve radyoaktif bileşikler	Azot hardalı	Aromatik aminler

2.3.Tütün Kullanım Şekilleri

Tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, burna çekme, emme ya da çiğneme amaçlı tüm ürünler “tütün mamulü” olarak adlandırılmaktadır (30, 31).

Tütün mamulleri, günümüzde çeşitli teknolojik işlemlerden geçirildikten sonra farklı ambalajlarda kullanıma hazır hale getirilerek piyasaya sürülmektedir. Sigara, puro, pipo, nargilede tütünün yanmasından oluşan duman kullanılırken, çiğneme, enfiye, sakız, band, tablet, granül, sprey gibi formlar doğrudan dumansız olarak kullanılan nikotin formlarıdır (32). Tütünün bireysel kullanımı dışında kağıt elde etmek, böcek ilacı, esans, kolonya üretmek gibi amaçlarla sanayide kullanımı da vardır (33).

2.3.1.Sigara

Kıyılmış tütünün ince bir kâğıda sarılmak suretiyle hazırlandığı, genellikle silindirik biçiminde, bir tarafı filtreli ya da filtresiz tütün ürünüdür. Dünyada üretilen sigaralar, genellikle kullanılan tütün tiplerine ve uygulanan fabrikasyon yöntemlerine göre Virginia (İngiliz), Amerikan blend, Şark, Dark (Fransız) ve Kretek olmak üzere 5 tipe ayrılır (30).

2.3.2.Sarmalık kıyılmış tütün mamulü

Tütün yaprağının hammadde olarak kullanılması ile kıyılarak hazırlanan tütün ve yanında 'makaron' ya da 'sigara kağıdı' da içeren tütün mamulüdür (31).

2.3.3.Pipo

Kiraz ya da gül ağacından yapılan, ucunda yakılacak tütünün yerleştirileceği lüle denilen bölümü olan tütün içme aracıdır (34).

2.3.4.Puro ve Sigarillo

“Puro”, parçalanmış veya yaprak halindeki tütünlerin elde veya makineyle sarılması ile elde edilen 3 gram veya 3 gramın üzerinde ağırlığa sahip tütün mamulüdür. 3 gramın altında ağırlığa sahip tütün mamulü ise “sigarillo” olarak tanımlanmaktadır (35).

2.3.5.Nargilelik tütün mamulü

Nargile lüle, ser, şişe ve marpuç adı verilen dört parçadan oluşan, genellikle 'tömbeki' denilen tütünün tüketildiği alettir (21).

2.3.6.Enfiye

Yüksek nikotinli ve toz haline getirilmiş tütünlerin bergamut, karanfil, tarçın ve karbonat gibi maddelerle karıştırılması sonucunda elde edilen ve burna çekilerek kullanılan tütün mamulüdür (30).

2.3.7.Çiğnemelik Tütün

Burley, Virginia ve Hasankeyf tipi tütünlerin soslanarak kalınca kıyılması ve kıyılan tütünlerin preslenmesi yöntemi ile elde edilen tütün mamulüdür (30).

2.4.Sigara Epidemiyolojisi

En sık görülen madde bağımlılığı, kullanımının yasal olması ve kolay temin edilebilmesi nedeniyle sigara bağımlılığıdır (36). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre 20. yüzyılda sigara kullanımı 10 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur ve 21. yüzyılda bu rakamın 1 milyar kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir (37). Dünyada yaklaşık 1,1 milyar kişi sigara kullanmaktadır ve bunların yaklaşık 800 milyonu gelişmekte olan ülkelerdedir (37). Nüfus artış hızlarının yüksek olması, sağlık konusundaki bilgisizlik, sigara ile mücadelenin yetersiz olması ve gelişmiş ülkelerde sigara tüketiminin azalmasıyla sigara şirketlerinin yeni pazar arayışı içinde olmaları gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanım oranlarını arttırmaktadır (38).

Dünya genelinde erkeklerde sigara kullanım oranı gelişmiş ülkelerde %35, gelişmekte olan ülkelere %50; kadınlarda ise gelişmiş ülkelere %7, gelişmekte olan ülkelere %24 düzeyinde olduğu saptanmıştır (39).

Türkiye'de 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonucunda; 15 yaş ve üzeri kişilerde halen tütün kullanan %31,2 kişi olduğu, 2012 yılında tekrarlanan çalışmada bu oranın %27,1'e gerilediği görülmüştür (13). Sigara kullanım oranı erkeklerde %41,5, kadınlarda ise %13,1 bulunmuştur (13). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan TEKHARF çalışmasına göre de erkeklerin %59,4'ü; kadınların %18,9'u sigara içmektedir ve yinelenen çalışmalarda erkeklerde sigara içme sıklığı azalırken, kadınlarda bu oranın giderek arttığı tespit edilmiştir (40, 41).

Gelişmekte olan ülkelere sigaraya başlama yaşının ortalama 14 olduğu bilinmektedir (42). Türkiye'de de yapılan farklı çalışmalarda sigara başlama yaşının 13 ile 17 arasında değiştiği bildirilmiştir (38). Gençlerde sigara kullanımının artması nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü öncelikle tüm ülkelere sigara içmeyenlerin oranının 15 yaş ve altında %100'e yakın olması gerektiğini ifade etmiştir (43).

Araştırmalar, sigara dumanından pasif etkilenimin, sigara içmeyenlerdeki koroner kalp hastalığı riskini %25-30, akciğer kanseri riskini %20-30 arttırdığını ortaya koymaktadır (44). Toplum pasif sigara dumanı etkileniminin zararlarından korumanın tek yolunun sigara kullanımının bütün kapalı alanlarda tam olarak yasaklanması ve yasaların uygulanabilirliğinin yakından takip edilmesi gerektiği Dünya Sağlık Örgütü tarafından ifade edilmektedir (45, 46, 47, 48).

Günümüzde dünyada sigaraya bağlı yıllık ölümlerin %25'i, ülkemizin de içinde bulunduğu Doğu Avrupa bölgesinde görülmektedir ve bu bölgedeki erkekler, dünyada erken ölüm riski en yüksek gruptadır (41).

2.5.Nikotinin Farmakolojik Özelliği

Tütün bağımlılığının temel nedeni nikotindir (49). Nikotin suda iyi çözünen, renksiz bir alkaloiddir (50). Solunum yolları mukozası ve alveollerden intravenöz uygulamaya benzer bir hızla absorbe edilir. Nikotinin absorbe edilme oranı nefes tutma süresine ve inhalasyon derinliğine göre değişir. Nikotin, absorbe edildikten sonra hızla santral sinir sistemi de dahil birçok dokuya yayılır (49, 51, 52). Nöromusküler bileşke, otonomik gangliyonlar, adrenal medulla ve beyinde yer alan

asetilkolin reseptörlerine bağlanır. Lokus sereleusu uyararak dikkat ve kontsantrasyonu artırır. Nörohumoral yolları uyararak asetilkolin, noradrenalin, serotonin, dopamin, vazopressin, endorfin, büyüme hormonu ve ACTH salgısına neden olur (50).

2.6.Nikotin Bağımlılığı

Dünya Sağlık Örgütü nikotin bağımlılığını kronik bir hastalık olarak kabul etmiş ve nikotin mental ve davranışsal bozukluklara yol açan psikoaktif bir madde olduğunu belirtmiştir (53, 54). Nikotin, alındıktan sonra hızla kan beyin bariyerini geçerek nikotinik asetil kolin reseptörlerine bağlanır ve dopamin salınımına neden olur. Dopamin salınımı kişide keyif verici ve rahatlatıcı etkilerinden dolayı bağımlılık döngüsünü başlatır. Sigara içiminden bir süre sonra azalan dopamin miktarıyla, kişi strese girer, dopamin yoksunluğu irritabiliteye neden olur ve kişi nikotin açlığı çekmeye başlar. Bu durum bağımlılığı daha da pekiştiren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (55). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) tanı kriterlerine göre Tütün Kullanım Bozukluğu; on iki aylık süre içerisinde belirtilen maddelerden en az ikisinin görüldüğü, klinik açıdan kişiyi sıkıntıya sokan, işlevsellikte azalmaya neden olan bir tütün kullanım örüntüsü olarak tanımlanmıştır (56). Tütün bağımlılığı için tanımlanan maddeler;

- 1) Çoğu kez planlanandan daha fazla ya da daha uzun süreli tütün alımı
- 2) Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için fazla zaman harcama
- 3) Tütün kullanmayı bırakmak ya da kontrol altında tutmak için sürekli bir istek veya sonuç vermeyen çabalar
- 4) İşte, evde ya da okulda yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan tekrarlayıcı tütün kullanımı
- 5) Tütün kullanmaya karşı çok büyük isteğin olması, kendini zorlanmış hissetme
- 6) Tütün kullanmanın neden olduğu toplumsal ya da kişisel sorunlar olmasına rağmen tütün kullanmayı sürdürme
- 7) Tütün kullanımından dolayı toplumsal veya işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme faaliyetlerinin bırakılması ya da azaltılması
- 8) Tehlikeli durumlarda dahi tütün kullanma

9) Tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği bedensel veya ruhsal bir problemi olduğunu bilmesine rağmen tütün kullanımına devam etme

10) Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine tolerans gelişmesi

a) Aynı ölçüde tütün kullanımına rağmen daha az etki alınması

b) İstenen etkiyi sağlamak için belirgin bir şekilde tütün kullanımının artırılması

11) Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine yoksunluk gelişmiş olması

a) Tütün yoksunluk sendromunun belirtilerinin varlığı

b) Yoksunluktan kurtulmak için tütün alınması (57).

Sigara bağımlılığının şiddetini ölçmek için klinik uygulamalarda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmaktadır (58). Karl Fagerström tarafından sigara bağımlılık düzeyini saptamak için geliştirilmiş olan bu ölçekte hastaya 6 adet soru yöneltilir, bu sorulara alınan yanıtlara göre bağımlılık düzeyi değerlendirilir (59). Testin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmış ve testin güvenirliğinin orta derecede olduğu, klinik uygulamada kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (60, 61).

Tablo 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz? a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan) b. 6- 30 dakika içinde (2 puan) c. 31- 60 dakika (1 puan) d. 1 saatten fazla (0 puan)
Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a. Evet : (1 puan) b. Hayır: (0 puan)
Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir? a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan) b. Diğer herhangi biri (0 puan)
Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? a. 10 adet veya daha az (3 puan) b. 11- 20 (2 puan) c. 21- 30 (1 puan) d. 31 veya daha fazlası (0 puan)

Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
Toplam skor : 0-2: Çok az bağımlılık 3-4: Az bağımlılık 5: Orta derecede bağımlılık 6-7: Yüksek bağımlılık 8-10: Çok yüksek bağımlılık

2.7. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri

Tütün kullanımı dünyada en önemli önlenebilir ölüm nedenidir (1). Tütün kullanımı dünyadaki en sık sekiz ölüm nedeninden altı tanesi için risk faktörüdür. Bunlar; iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tüberküloz ve akciğer kanseridir (2). Sigara kullanımının ve pasif sigara dumanının neden olduğu hastalıklar Tablolarda gösterilmiştir (5, 44).

Tablo 3. Sigaranın neden olduğu hastalıklar

Kanserler	Kronik Hastalıklar
Larinks	Serebrovasküler hastalık
Orofarinks	Körlük, katarakt
Özofagus	Periodontit
Akciğer	Aort anevrizması
Akut miyeloid lösemi	Koroner arter hastalığı
Mide	Pnömoni
Pankreas	Aterosklerotik periferik damar hastalığı
Böbrek, üreter, mesane	KOAH, astım
Kolon	Femur kırığı
Serviks	Kadında reproduktif etkiler

Sigara alt solunum yollarında peribronşiyal inflamasyon, fibrozis, vasküler intimal kalınlaşma, alveoler harabiyet gibi bir çok patolojik değişikliğe yol açmaktadır. Alveol düzeyinde yaptığı bu değişiklikler inhale edilen maddelerin klirensinde bozulma ve vasküler permeabilite artışına neden olarak solunum fonksiyon bozuklukları gelişmesinin temelini oluşturmaktadır. Solunum fonksiyonlarındaki bozulma sonucu sigara içen kişilerde 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm (FEV1) değerleri düşmekte ve bu parametre kronik obstruktif akciğer hastalığının (KOAH) en önemli göstergelerinden birisi olarak kabul edilmektedir (28). En az 2 yıl ardışık 3 ay süreyle balgam çıkarma, öksürük ve dispne gibi semptomlar veren kronik bronşit ile terminal bronşiyollerin distal kısımların genişlemesi ve alveol duvarında fibrozis olmadan hasarlanması anlamına gelen amfizemin beraber bulunması KOAH olarak adlandırılır ve tüm dünyadaki morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerindendir. Sigara, KOAH için bir numaralı risk faktörüdür ve KOAH ile doğrudan doz yanıt ilişkisi bulunmaktadır (62).

Sigara kronik obstruktif akciğer hastalığı dışında mesleki akciğer hastalığı gelişme riskini de artırır. Asbest, radon, arsenik, dizel egsozu, aromatik aminler ve silikaya maruz kalan sigara içen işçilerde içmeyenlere göre kanser gelişme riski daha fazladır (28).

Sigaranın akciğer kanseriyle ilişkisi ilk olarak 1964 yılında 'Surgeon General' raporu ile ortaya konmuş ve daha sonrasında yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (28). Sigara içenlerde akciğer kanseri gelişme riski, içmeyenlere kıyasla 20 kat daha fazladır. Erkeklerde görülen akciğer kanserlerinin %90'ı, kadınlarda ise %80'inden sigara sorumludur (62). Türkiye'de incelenen en büyük veri serisine göre akciğer kanserli olguların %90,4'ü erkek, %9,6'sı kadındır. Bunların %79,5'i küçük hücreli dışı akciğer kanseri, %20,5'i küçük hücreli akciğer kanseridir. Akciğer kanseri tanısı aldığı sırada halen sigara içenler, sigarayı bırakmış veya hiç içmemiş olanlarla karşılaştırıldığında, sigara içen kişilerde mortalite riskinin 1/3 oranında arttığı saptanmıştır (63).

Sigara birçok kalp hastalığı için de risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda sigara kullanan kişilerde koroner arter hastalığı insidansının 2-4 kat arttığı saptanmıştır. Sigara kullanımının miyokard üzerine akut etkileri kan akımında azalma ile oksijen sunumunun azalması sonucu miyokard iskemisi oluşturması; kronik etkileri ise

endotel hasarına yol açarak ateroskleroza neden olmasıdır. Kronik sigara kullanımı ayrıca trombosit adezyonunu ve agregasyonunu arttırarak ani ölümlere sebep olabilmektedir (28).

Sigaranın gastrointestinal sistem üzerine etkilerine bakıldığında neredeyse tüm traktusu etkilediği görülmektedir. Başlıca ağız, özofagus, mide, pankreas ve kolorektal kanserler için risk faktörüdür. Amerika Birleşik Devletleri'nde son yıllarda yapılan çalışmalar viral hepatitler dışında sigaranın da hepatoselüler karsinom açısından önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (64). Mide ve duodenum ülserleri ve Crohn Hastalığı gelişme riski de sigara içenlerde artmaktadır. Sigara içmeyi bırakan hastalarda bu hastalıkların prognozu, bırakmayanlara göre daha iyidir (28).

Kadınlarda sigara kullanımı fertilitiyi olumsuz etkilemektedir. Ayrıca sigara içen kadınların amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz riskleri daha yüksektir. Bu kadınlarda menapoz ortalama olarak 1-2 yıl daha önce görülmektedir (65). Erkeklerde sigara kullanımı sperm sayısı ve hareketinin azalmasına, sperm şekil bozuklukları, ejakulat hacim azalmasının yanı sıra empotans gibi cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır (28).

Gebe kadınlarda sigara kullanımı ise erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili bulunmuştur (5). Bununla birlikte prenatal sigara maruziyeti olan infantlarda birçok majör doğumsal defektin ortaya çıktığı bilinmektedir (65). Ayrıca sigara içen kadınlarda ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski de daha yüksektir (66).

Nikotinin ve tütün dumanındaki karsinojenlerin bir çoğunun plasentadan fetal dolaşıma geçtiği bilinmektedir. Sigara içen lohusalarda tütün dumanında bulunan bu maddelerin ne oranda plasentaya geçtiği ve fetüse hangilerinin ne oranda zarar verdiği kesin olarak bilinmemekle birlikte, prenatal sigara maruziyeti olan infantlarda birçok doğumsal defektin ortaya çıktığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (66).

Sigaranın etkilediği sistemlerden bir diğeri de kas iskelet sistemidir. Sigara içen kişilerde kemik yoğunluğu, hiç içmeyenlere göre daha düşük, kalça kırığı riski ise daha yüksek bulunmuştur (67). Sigara içen kişilerde romatoid artrit görülme sıklığı artmıştır. Romatoid artriti olan kişiler incelendiğindeyse, sigara içen kişilerde içmeyenlere göre akciğer tutulumu daha sık görülmektedir (28).

2.8. Pasif Sigara Maruziyeti

Çevresel sigara dumanı, yan duman ve ikinci el ana dumandan oluşmaktadır. Yan duman sigaranın yanan uç kısmından çıkan dumandır; ana duman ise sigara içme sırasında ortaya çıkan ve doğrudan inhale edilen dumandır (68). Bu dumanı soluyan kişiler ise pasif içicilerdir (69, 70). Sigarada olduğu bilinen 3.850 madde ve bilinen 50 karsinojen madde yan dumanda ana dumandan daha yüksek oranda bulunmaktadır (68). Bu nedenle çevresel sigara dumanı, sigaranın aktif içicilerde oluşturduğu hastalıkların çoğunun pasif içicilerde de oluşmasına neden olur (44). Tabloda pasif içicilerde görülen hastalıklar özetlenmiştir.

Tablo 4. Pasif sigara dumanı etkileniminin neden olduğu hastalıklar

Çocuklar	Yetişkinler
Beyin tümörü	Serebrovasküler hastalık
Orta kulak hastalığı	Nazal sinus kanseri
Lenfoma	Meme kanseri
Astım	Koroner arter hastalığı, arterioskleroz
Ani bebek ölümü sendromu	Akciğer kanseri
Lösemi	KOAH, astım
Alt solunum yolu hastalıkları	Kadında reproduktif etkiler (düşük doğum ağırlığı, erken doğum)

Sigara içmeyen kişilerdeki akciğer kanserlerinin önemli bir kısmı, başkalarının içtiği sigaraların dumanını solumaktan kaynaklanmaktadır. Pasif içicilerde akciğer kanseri riski %20-30, koroner arter hastalığı riski %25 oranında artmaktadır (68). Tüm dünyada akciğer kanseri olan kadınların %53'ünün, erkeklerin ise %15'inin hiç sigara içmediği tahmin edilmektedir. Sigara içmeyenlerde akciğer kanserinin en sık görülen histolojik tipi adenokarsinomdur (71).

Sigara içmeyen kişiler 30 dakikalık pasif içiliğe maruz kaldığında, nikotin endotelden salınan nitrik oksitin koroner vazodilatasyonu inhibe ederek koroner kan akımını sigara içen kişilerle aynı düzeyde düşürmektedir. Nikotinin bu etkisi ortamda bulunan çok küçük dozlarda bile maksimuma ulaştığından, aktif ve pasif sigara içiminin damarlar üzerindeki etkisi birbirine benzerdir (72).

Pasif sigara maruziyetinin en yüksek oranda etkilediği gruplardan biri de anne veya babaları sigara içen çocuklardır. Pasif sigara dumanına maruz kalan çocuklarda öksürük, balgam ve hırıltı daha sık görülür. Pasif sigara maruziyeti çocukların akciğer fonksiyonlarının gelişim hızını düşürür. İçicilerin evlerinde yaşayan çocuklarda bronş duyarlılığı artmıştır (28).

2.9.Sigaranın Ekonomik Etkileri

Tütün endüstrisinin istihdam yaratmak ve vergi geliri sağlamak gibi ülke ekonomisine destek olma iddialarının aksine, tütün endüstrisinin girdiği bütün ülkeler hastalıklar, ölümler ve ekonomik kayıplardan dolayı sıkıntıya girmektedir (73). Tütün kullanımı; hastalık nedeniyle yapılan ödemeler, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların kullanılması, iş gücü kaybı gibi nedenlerle çok büyük sosyal ve ekonomik maliyetlere yol açmaktadır (74).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan 'Global Burden of Disease' adlı raporda dünya genelindeki sakatlığa uyarlanmış yaşam yıllarının (Disability Adjusted Life Years, DALY) 57 milyonuna (tüm DALY'lerin %3,7'si) tütün kullanımının sebep olduğu belirtilmiştir (75). Tütünün neden olduğu mortalite ve morbiditenin Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık 92 milyar dolar ekonomik kayba neden olduğu tahmin edilmektedir (76). Yapılan başka bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ekonomik kaybın 75 milyar dolarının tütün kullanımı nedeniyle ihtiyaç duyulan sağlık harcamaları, 82 milyar dolarının da mortaliteye bağlı iş gücü kaybı nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmiştir (28).

Tütünün ekonomik etkileri gelişmekte olan ülkelerde daha önemlidir. Bu ülkelerde tütüne bağlı ölümler çoğunlukla üretim çağındaki gençlerde olmaktadır. Bu nedenle tütüne bağlı ekonomik kayıplar bu ülkelerde daha belirgin hale gelmektedir (2).

Sigaranın Türkiye'deki ekonomik etkilerine bakıldığında, yıllık kaybın 8-10 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (28). Türkiye'de sigara satın almak için harcanan 20 milyar dolar, Sağlık Bakanlığı bütçesine ayrılan paranın 4 katını oluşturmaktadır (77).

Türkiye'de sakatlığa uyarlanmış yaşam yıllarının (DALY) saptanması amacıyla yapılan 'Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi' isimli çalışmada, tütün kullanımının en sık neden olduğu koroner arter hastalıkları, kronik obstruktif akciğer

hastalığı ve kanserler DALY sıralamasında ilk 10'da bulunmuştur. Her yıl yaklaşık 1 milyon DALY tütün kullanımı nedeniyle oluşmaktadır (78).

Tütün kullananlar dışında pasif içicilik de tütüne bağlı morbidite, mortalite ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır (28). Amerika Birleşik Devletleri'nde pasif sigara dumanı etkileniminin 5 milyon dolarlık sağlık harcamasına neden olduğu tahmin edilmektedir (79). Dünya genelindeki 10,7 milyon DALY ikinci el tütün dumanına bağlı yaşanmıştır ve bunların %61'i çocuklara ait DALY'dir (28).

2.10. Tütün Kontrolü

Türkiye'de uzun yıllar boyunca tütün üretimi, satışı ve pazarlaması 1924 yılında kurulmuş olan TEKEL Genel müdürlüğü tarafından yapılmıştır. 1984 yılında yabancı sigaraların ithal edilmesinin serbest bırakılmasının ardından sigaraların tanıtımı ve buna bağlı olarak sigaraya duyulan ilgi artmıştır (73). O zamana kadar tütün kontrolüyle ilgili herhangi bir programa gerek duyulmazken artan sigara satışları ve toplum sağlığını olumsuz yönde etkilemesiyle tütün kontrolü adına ilk toplantı 1992 yılında Ankara'da yapılmıştır. Sigaranın morbidite ve mortaliteye etkisi, getirdiği ekonomik yük ve iş gücü kayıplarının artışıyla TBMM 7 Kasım 1996 tarihinde , 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun"u kabul etmiştir. Bu kanun gereğince 18 yaşından küçüklere sigara satışının yasaklanması, sigara tanıtımları ve reklamlarına yasak konulması, sigara paketlerinin üzerlerine 'sağlığa zararlı' ibare ve resimlerin koyulması, toplu taşıma araçları, eğitim, sağlık, spor tesisleri gibi toplu alanlarda sigara kullanımının kısıtlanması, radyo ve televizyon kanallarında ayda 90 dakika eğitici yayın yapılması karara bağlanmıştır (28, 81, 82). Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesine dair kanun, Türkiye'deki tütün mücadelesi bakımından dönüm noktası olmuştur. Zaman içinde ülkede tütün karşıtı kamuoyu oluşmuş, tütün kullanımında azalma meydana gelmiştir (83).

Dünyada tütün kontrolü için atılan en büyük adımlardan biri 2001 yılında hazırlanmaya başlanıp 2003 yılında hayata geçirilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) dir (84). Bu sözleşmeyle tütün kullanımıyla mücadele için stratejiler belirlenmiş ve sözleşme 168 ülke tarafından imzalanmıştır (85). Bu ülkelerden biri de Türkiye'dir (84).

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ile vurgulanan önemli noktalar şunlardır (86):

- 18 yaşından küçük bireyler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre çocuk olarak tanımlanır
- Tütün kullanımı bir halk sağlığı sorunudur
- Kadınlarda tütün kullanımı arttığı için cinsiyete özel stratejiler geliştirilmelidir
- Tütün ürünleri bağımlılığa neden olan bir hastalık olarak kabul edilmelidir
- İkinci el sigara dumanına maruz kalanlarla ilgili de önlemler alınmalıdır
- Tütün tanıtımları ve reklamları önlenmelidir
- Tütün endüstrisinin sponsorlukları önlenmelidir
- Tütün endüstrisine karşı kampanyalar düzenlenmelidir
- Sigara paketlerinde uyarı yazıları ve resimleri konulmalı ve bu resimler paketin en az %30'unu kapsayacak şekilde olmalıdır
- Sigaradan alınan vergiler ve sigara fiyatları arttırılmalıdır
- Tütün kaçakçılığı engellenmelidir
- Tütün kontrolü için sektörler arası iş birliği yapılmalıdır

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin imzalanmasının ardından 2008 - 2012 yılları arasında tütün kullanımı ile mücadele için 'Ulusal Eylem Planı' hazırlanmıştır. Ulusal Eylem Planı'ndaki hedefleri gerçekleştirebilmek için 3 Ocak 2008 yılında “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'da Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” (5727 sayılı yasa) ile daha önce kabul edilen 4207 sayılı yasanın kapsamı genişletilmiştir (87). Bu yasaya göre (88);

1) Tütün ürünü tüketiminin yasak olduğu yerler genişletilmiştir:

- a) Kamu hizmet binaların kapalı alanlarında,
- b) Koridorları dâhil olmak üzere her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı özel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği (ikamete mahsus konutlar hariç) binaların kapalı alanlarında,
- c) Toplu taşıma araçlarında,
- d) Okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dâhil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında,
- e) Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün ürünü tüketilemez.

- 2) Açık havada yapılan her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde tütün ürünleri kullanılamaz. Ancak bu tesislerde, tütün ürünlerinin tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilir.
- 3) Tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı ile sponsorluk faaliyetleri yasaklanmıştır. Tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka veya alâmetleri kullanılarak reklam ve tanıtımı yapılamaz. Bu ürünlerin kullanılmasını özendiren veya teşvik eden kampanyalar düzenlenemez. Tütün ürünleri üreten ve pazarlamasını yapan firmalar, hiçbir etkinliğe isimlerini, amblemlerini veya ürünlerinin marka ya da işaretlerini kullanarak destek olamazlar.
- 4) Tütün firmalarının isimleri, amblemleri veya ürünlerinin marka ya da işaretleri veya bunları çağrıştıracak alâmetleri kıyafet, takı, aksesuar olarak taşınamaz.
- 5) Araçlarda tütün firmalarının markası bulunamaz.
- 6) Tütün ürünleri hediye, eşantıyon olarak dağıtılamaz.
- 7) Sağlık, eğitim, spor tesislerinde tütün ürünü satılamaz.
- 8) Televizyonda yayınlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklam ve tanıtım filmlerinde tütün ürünleri kullanılamaz, görüntülerine yer verilemez.
- 9) On sekiz yaşından küçüklere sigara satılamaz, bu çocuklar tütün ürünü işletmelerinde, pazarlanmasında ve satışında çalıştırılmaz.
- 10) Tütün ürünleri, paket açılarak adet şeklinde veya daha küçük paketlere bölünerek satılamaz.
- 11) Tütün ürünleri otomatik makineler ve internet yolu ile satılamaz.
- 12) Radyo ve televizyonlarda yayınlanması gereken eğitici yayınların asgari otuz dakikası 17.00-22.00 saatleri arasında olmak üzere 08.00-22.00 saatleri arasında yapılması gerekmektedir.
- 13) Ceza hükümleri: Yasada belirlenen alanlarda tütün ürünleri tüketenler ile belirtilen yasakların uygulanması ve tedbirlerin alınması ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyen kişilere ve kuruluşlara yönelik çeşitli ceza hükümleri açıkça belirtilmiştir.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini imzalayan ülkelere yol göstermek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2008 yılında Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER paketi hazırlanmıştır. Bu pakette tütün kullanımıyla mücadele etmek için 6 temel strateji geliştirilmiştir (84). Bu stratejiler;

1. *M (Monitor tobacco use and prevention policies)*

(Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izle)

2. P (Protect people from tobacco smoke)

(Toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden koru)

3. O (Offer help to quit tobacco use)

(Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım et)

4. W (Warn about the dangers of tobacco)

(Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyar)

5. E (Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)

(Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasakla)

6. R (Raise taxes on tobacco)

(Vergileri ve fiyatı arttır)

olarak belirlenmiştir (37).

Maddeler detaylı olarak incelendiğinde;

M: Tütün salgınına iyi anlamak ve tersine çevirmek için küresel düzeyde ve ülkeler bazında bilgiye ihtiyaç vardır. Kapsamlı bir izleme ve değerlendirme, tütün salgınının ülkelere ne kadar zarar verdiği konusunda hükümet başkanlarına ve sivil topluma bilgi sağlar, tütün kontrolü ile ilgili olarak hangi konuda en fazla gereksinim olduğu, etkili olduğu ve kaynakları nasıl kullanacakları konusunda yönlendirir. İzleme ve değerlendirme ile politikaların yararlı olup olmadığı ve değişik ülkelere ve bir ülke içindeki değişik gruplarda özel durumlara göre hangi değişikliklerin yapılması gerektiği konusunda da yönlendirir.

P: Temiz hava solunması herkes için çok temel bir haktır. Tütün dumanının olmadığı ortamlar sağlanması hem tütün kullanmayanları koruyan, hem de kullananları bırakmaları konusunda destekleyen bir yaklaşımdır. Dumansız hava sahası uygulamaları kişileri evde de dumansız alanlar oluşturmak konusunda motive eder. Yeme-içme ya da turizm sektörünü olumsuz yönde etkilemez.

O: Tütün kullanıcıların çoğu bağımlılıklarının bir döneminde tütün kullanmayı bırakmak istemektedirler. Ülkelerde sağlık bakım sistemlerini yönetenler bağımlılık tedavisinden birinci derecede sorumludur. Bu tedavi basit bir tavsiyeden davranış eğitime, farmakoterapiye kadar değişik yöntemleri içerir. Bu yöntemlerin her birisi değişik maliyet etkililik düzeylerine sahiptir ve sigara içenlerde farklı seviyelerde

etkililik gösterir. Uygulanacak tedavi yerel koşullara ve kùltùrlere uygun hale getirilmeli ve her kişinin gereksinimine ve tercihlerine göre dùzenlenmelidir.

W: Bugùn tùtùn kullanımının zararlarının kesin olarak biliniyor olmasına rağmen dùnyada tùtùn kullananların az bir bôlümü sağlık risklerinin gerçekten farkındadır. İnsanlar genel olarak tùtùnün zararlı bir şey olduğunu bilir, ancak nadiren bu bağımlılığın gerçek zararının farkındadırlar. Tùtùnün ne kadar gùçlü bir bağımlılık etkeni olduğu ve sağlık risklerinin boyutu hakkında toplum yeteri kadar bilgilendirilmemektedir. Çoğu kişi tùtùnün çok dùřük dozlarda bile tehlikeli olduğunun farkında değildir. Oysaki tùtùn kullanımı için gùvenilir bir doz yoktur. Kişiler tùtùnün yol açtığı birkaç hastalığı sayabilir ancak ne kadar çok hastalığa, sakatlığa ve çok farklı tùrlerde kanserlere yol açacağını bilemezler. Kişiler tùtùnün zararları konusunda yeterince bilgilendirilmeli ve özellikle gençlere tùtùn kullanımının sağlıklarına ve sosyal hayatlarına olan olumsuz etkileri anlatılmalı, tùtùn kullanımının olası olumlu imajı yıkılmalıdır. Tùtùnün zararlarını bùtùn boyutları ile anlatmak için devlet yôneticileri, sivil toplum kuruluşları ile birlikte tùtùn karşıtı tanıtım kampanyaları dùzenlemeli bu kampanyalar ile tùtùnün sahte çekici imajı yıkılmalı, insanların sağlığı üzerindeki zararlı etkileri anlatılmalı, aile ve ùlke ekonomisine zararı ortaya konmalı ve tùtùnsüz bir toplumun olumlu yanları ône çıkarılmalıdır. Tùtùn endùstrisinin ‘hafif’ (light), ‘çok hafif’ (ultra-light), ‘dùřük katranlı’ (low-tar), ‘yumuşak’ (mild) gibi bazı pazarlama ifadelerinin aldatıcılığı açıklanmalı ve bu tùr ùrùnlerin daha az zararlı olmadığı anlatılmalıdır. Sigara paketleri üzerindeki sağlık uyarıları sigara içenlerin sigaranın zararları konusundaki farkındalığını artırmaktadır. Paketler üzerine resimli mesajlar sôzlù mesajlardan daha etkilidir, ayrıca bu yolla okuma bilmeyen çok sayıda kişiye de ulaşılmış olur. Paketler üzerinde sağlık uyarılarının zorunlu hale getirilmesi hùkùmetlere herhangi yùk getirmez. Resimli uyarılara tepkiler toplumdan değil tùtùn endùstrisinden gelmektedir.

E: Tanıtım ve pazarlama tùtùn satışlarını artırır, tùtùn kullananların daha fazla kullanmasına yol açar, tùtùn kullanmayı bırakma isteğini zayıflatır ve sonuç olarak daha fazla insanın ôlùmüne neden olur. Yaygın şekilde reklam yapılması tùtùn kullanımını normalleştirir, diğer tùketim ùrùnleri gibi algılanmasına neden olur. Tùtùn ùreticileri insanların, yetişkin yaşa ulaşıp kendileri hakkında karar verecek çaėa gelmeden tùtùn kullanmaya başladığını bilmektedir. Bu yùzden endùstri reklam

kampanyalarını gençlere yönelik olarak yapar, onlara tütünle olan yaşamın daha cazip olduğunu anlatır ve böylece gençleri ağına düşürerek yaşam boyu bağımlı olmalarına neden olur. Tütün kullanımını azaltmak için yasaklama tam olmalıdır. Kısıtlı yasaklama durumunda dolaylı reklam ve alternatif tanıtım yöntemleri, gençler açısından özellikle çekici olan bazı etkinliklerde sponsorluk yapılması yasak kapsamında olmaz. Kısmi yasaklama tütün endüstrisine henüz tütün kullanmaya başlamamış olan gençlere ve tütün kullanan ve bırakmayı arzu eden yetişkinlere yaklaşmaya yönelik pazarlama yöntemlerini kullanma olanağı verir.

R: Vergi artırımı yolu ile tütün fiyatlarını artırmak tütün kullanımını azaltma müdahalelerinin en etkili olanıdır. Tütün vergisi kabul edilebilir bir vergidir çünkü tütün zorunlu bir tüketim ürünü değildir ve vergi artırımı için doğru bir adrestir. Tütün endüstrisinin propagandalarının aksine vergilerin artırılması devletin gelirlerini azaltmaz. Yüksek vergiler özellikle gençlerin ve yoksulların tütünden vazgeçmeleri bakımından önemlidir. Bu gruplar tütün tüketiminin azaltılmasından en çok yararlanacak olan kişilerdir. Alt sosyoekonomik grupta olanlar fiyat artışlarına daha çok duyarlıdır. Tütün fiyatının yüksek olması bu kişileri bırakma kararı konusunda veya tütün kullanmaya hiç başlamama konusunda destekler. Vergi artışından sağlanan gelirlerin bir kısmı da tütün karşıtı reklam kampanyaları ve tütün kullanmayı bırakmak isteyenlere destek amaçlı olarak kullanılabilir. Tütün endüstrisinin iddialarının aksine vergi artırımı tütün kaçakçılığında artışa neden olmaz.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin imzalanması, Dünya Sağlık Örgütü tarafından MPOWER stratejilerinin geliştirilmesi, tütün kontrolü için meclis tarafından çıkarılan yasalar sonucu Türkiye tütün kontrolü açısından dünyada sayılı ülkeler arasında yer almıştır (89).

2.11.Sigara Bırakma Tedavileri

Tütün kontrol programlarının artmasına paralel olarak sigarayı bırakmayı isteme oranları da artmaktadır. 2008 yılında yapılan Küresel Tütün Araştırması sonuçlarına göre halen tütün kullanmakta olan erişkin tütün kullanıcılarının %53'ü sigarayı bırakmak istediklerini belirtmiş, %45'i de bırakmayı denemiştir. Ancak son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenlerin %15,8'i sigarayı bırakmayı başarmışlardır (90). Araştırmalar sigara içenlerin %40'ının her yıl sigara bırakma girişiminde

bulunduğunu ancak yardım alamazlarsa çoğunun yeniden sigaraya başladığını göstermektedir (91).

Tütün kullanan hastayla karşılaşıldığında, tütün kullanım durumunun sorgulanması ve bırakma için motive edilmesi ilk aşama olarak büyük önem taşımaktadır. Her hastaya etkin tedavilerin varlığı anlatılmalı ve uygun tedavi önerilmelidir. Hasta bırakma konusunda isteksizse mutlaka motivasyonel destek sağlanmalıdır (92). Hekime herhangi bir sebeple başvuran hastalarda 3 dakika gibi kısa süreli bir görüşmenin bile sigarayı bırakma oranlarını anlamlı derecede artırdığı saptanmıştır (93).

Sigarayı bırakacak olan hastanın öncelikle sigarayı bırakmaya hazır olup olmadığı ve sigara bırakma isteği değerlendirilmelidir. Bunun için transteorik model kullanılabilir (94). “Transteorik Model” (TTM), Proshaska ve arkadaşlarının 1983 yılında geliştirdiği kişinin kendi davranışını değiştirmeye yönelik hazırlık düzeyini ortaya koyan bir modeldir. TTM’ye göre birey sigara bırakmaya ilişkin bırakmayı düşünmeme, bırakmayı düşünme, bırakma hazırlığının yapılması, bırakmanın denemesi, bırakmanın sürdürülmesi aşamalarından geçmektedir (95).

Bırakma denemesi konusunda istekli hastalarda 5A, bırakma konusunda isteksiz olan hastalara da 5R stratejilerinin uygulanması önerilmektedir (96).

Tablo 5: 5A (5Ö) Stratejileri

Adım 1	ASK	ÖĞREN
Adım 2	ADVISE	ÖNER
Adım 3	ASSESS	ÖLÇ
Adım 4	ASSIST	ÖNDERLİK ET
Adım 5	ARRANGE	ÖRGÜTLE

ADIM 1: ÖĞREN Her ne sebeple gelirse gelsin, her başvuruda hastanın tütün kullanım durumu mutlaka sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

ADIM 2: ÖNER Her sigara kullanıcısına mutlaka sigarayı bırakması önerilmelidir. Bu öneri açık, net güçlü ve kişiye özel olmalıdır.

ADIM 3: ÖLÇ Her hastanın sigarayı bırakmak isteyip istemediği mutlaka sorgulanmalıdır. Bırakmak istiyorsa destek sağlanmalı, istemiyorsa 5R stratejileri uygulanmalıdır. Hastanın nikotin bağımlılığı ölçülmelidir (Fagerström testi

yapılabiliyorsa tercih edilmelidir). Daha önce bırakma deneyimi varsa bu dönemde yaşananlar, karşılaşılan güçlükler, en uzun bırakılan süre, tedavi kullanılıp kullanılmadığı gözden geçirilmelidir. Bazı gruplarda başarı oranlarının daha düşük olduğu bilinmektedir. Bu gruplardaki hastalar daha dikkatli analiz edilmeli ve daha yakından takip edilmelidir (89).

ADIM 4: ÖNDERLİK ET Hastayla birlikte bir bırakma planı hazırlanmalıdır. Hastanın motivasyonunu artıracığından bırakma günü belirlenmelidir. Bırakma gününün görüşmeden sonraki 2 hafta içerisinde olması idealdir. Bırakma kararı aile, arkadaş ve işyerinde paylaşılmalı ve destek alınmalıdır. İlk birkaç hafta içerisinde yoğun nikotin yoksunluk belirtilerinin yaşanabileceği anlatılmalı ve bunlarla nasıl başa çıkacağı konusunda hasta bilgilendirilmelidir. En çok zorlanılan ve sigaraya yeniden başlanılan zaman ilk birkaç haftadır. Ev, işyeri ve araba gibi kişinin yaşadığı çevreden sigarayı hatırlatacak eşyaların uzaklaştırılması önerilmelidir. Bırakma döneminde mücadele gücünü artıracak yeni günlük aktiviteler geliştirilmelidir (97). Yaşa uygun egzersiz, yürüyüş yapmak, istedikleri hobilere zaman ayrılması önerilmelidir.

ADIM 5: ÖRGÜTLE Hastalar yüz yüze ya da telefon görüşmeleri ile izlenmelidir. İlk görüşme bırakma tarihinden sonraki ilk hafta yapılmalıdır. İkinci görüşme ilk bir ay içerisinde olmalıdır. Bundan sonraki görüşmeler kişinin durumuna göre 15 günde bir, aylık, 3 aylık olarak ayarlanabilir (89).

Bırakma konusunda isteksiz olan hastalara 5R stratejileri uygulanmalıdır.

Tablo 6: 5R Stratejileri

Adım 1	RELEVANCE	İLİŞKİ
Adım 2	RISKS	RİSKLER
Adım 3	REWARDS	ÖDÜLLER
Adım 4	ROADBLOCKS	ENGELLER
Adım 5	REPETITION	TEKRAR

ADIM 1: İLİŞKİ: Sigara içmenin getireceği zararlar kişinin içinde bulunduğu durumla ilişkilendirilerek bırakmaya cesaretlendirilmelidir. O andaki hastalık durumu, aile, çocuk, ekonomik durum, yaş, cinsiyet, ileride hastalanma endişesi üzerinde durulmalıdır.

ADIM 2: RİSKLER: Hastaya sigara içme sonucu oluşacak kısa ve uzun dönemli riskler üzerinde durulmalıdır. Hastadan sigara içmenin kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri belirtmesi istenip hasta ile ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmelidir.

ADIM 3: ÖDÜLLER: Hastaya sigarayı bıraktığı takdirde ortaya çıkacak potansiyel yararlar anlatılmalıdır. Bıraktığı andan itibaren adım adım sağlık durumunun nasıl düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir.

ADIM 4: ENGELLER: Sigarayı bırakmanın önündeki olası engeller belirlenmeli ve hastaya bu engelleri aşabilecek çözüm önerileri sunulmalıdır.

ADIM 5: TEKRAR: İsteksiz hastaların her klinik başvurularında motivasyonel desteğin tekrar tekrar verilmesi gerekir. Daha önce defalarca denemiş ve başarılı olamamış hastalara bunun bir sonraki denemesinde başarısız olacağı anlamına gelmediği, bırakmanın birkaç denemeden sonra olabileceği anlatılmalıdır (89).

Sigarayı bırakmak isteyen hastaların eyleme hazır olduğu saptandığında farmakolojik yöntemlerle ilgili bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir. Farmakolojik yöntemlerin sigara bırakmadaki başarıları farklı olmakla birlikte amaçları, kişide sigara içimine bağlı gelişen bağımlılığının üstesinden gelmek ve sigaranın bırakılmasıyla ortaya çıkabilecek nikotin yoksunluk belirtilerini önlemektir. Günümüzde sigara bırakma amacı ile kullanılan 3 grup birincil seçenek ilaç ;nikotin yerine koyma tedavileri, bupropion ve vareniklidir (98).

2.11.1. Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin replasman tedavisinin amacı, sigaranın kesilmesini izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmaktır. Böylece sigarayı bırakmak isteyen kişi yoksunluk semptomlarını daha az yaşayacaktır. Nikotin replasman tedavisinden Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre orta ve üzeri düzeyde bağımlılar yarar görebilmektedir. Kişide yüksek veya orta derecede nikotin bağımlılığı saptanırsa, günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmemişse nikotin replasman tedavisi uygulanır. NRT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle 2-8 haftalık aralıklarla azaltılarak kesilir, bu azaltma sırasında nikotin yoksunluk semptomlarının da azalıyor olması önemlidir (98).

Tablo 7: Nikotin replasman tedavisinde kullanılan formlar

Preparatlar	Doz	Kullanım süre ve şekli
Nikotin sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet Günde maksimum 24 adet
Nikotin bandı	21 mg/ 24 saat 14 mg/ 24 saat 7 mg/ 24 saat	4 hafta 2 hafta 2 hafta 10 sigaradan az içiyorsa daha düşük doz başlanır
Nikotin nazal sprey	0.5 mg/puf nikotin 10-40 püskürtme/gün	Saatte 1-2 doz Azami 5 doz
Nikotin sublingual tablet	2 mg'lık tabletler	Saatte 1 tablet Tabletler alındıktan 20 dk sonra atılmalı
Nikotin pastil	1 mg 2 mg 4 mg	Saatte 1 pastil Günde 15 ve üstü pastil Pastil alındıktan 30 dk sonra atılmalıdır
Nikotin inhalatör	Her kartuş 10 mg nikotin içermekte	6 inhalatör kartuş/gün kullanılmalı Her saat, 20 dk kullanılmalı

2.11.2. Bupropion

Bupropion; nontrisiklik, aminoketon bir antidepresan ajan olmakla birlikte sigaranın bırakılma oranını plaseboya göre yükseltmekte ve nikotin replasman tedavileri ile birlikte kullanılabilmektedir (99, 100, 101). Nikotin yoksunluk belirtilerinin azaltılmasında etkilidir. Depresyon anamnezi olan ve olmayan olgularda eşit etkili olması, bu etkisinin antidepresan özelliğinden kaynaklanmadığını desteklemektedir. Bupropion ile yapılan 53 çalışmanın analizinde ilacın tek başına kullanıldığında kişinin sigara bırakma başarısını yaklaşık 2 kat arttırdığı saptanmıştır (102).

Bupropionun 150 mg'lık tablet formu bulunmaktadır. Tedavi bupropion 300mg/gün dozunda kullanılarak 8 hafta sürer ancak 6 ay kadar sürdürülebileceği bildirilmektedir. Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. Olgu tedavi alırken sigarayı bırakır ve

tedavi aynı dozda sürdürülür. Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ve bupropion kombine kullanılabilir (99).

Bupropion genelde iyi tolere edilir fakat ağız kuruluğu ve uykusuzluk en sık bildirilen yan etkileridir. Konvüzyon hastaların yaklaşık %0.1'inde olur; bu risk özgeçmişinde epilepsi öyküsü olanlarda, anorexia nervozada ve bulimiada artar.

Bupropion kullanımının kontrendike olduğu durumlar; konvüzyon ve konvüzyon eşiğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı veya MSS travması öyküsü veren olgularda, kontrolsüz hipertansiyonu, ağır hepatik nekrozu, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlar, 18 yaş altı sigara içenler, hamileler, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlar, santral sinir sistemi tümörü olanlar, bipolar hastalığı olanlar, çok ağır siroz olgularıdır (99).

2.11.3. Vareniklin

Vareniklin doğada bulunan alkaloid sistisin bitkisinin modifikasyonu ile geliştirilmiş, nikotinik reseptörlerin $\alpha 4$, $\beta 2$ subünitelerinin parsiyel agonistidir. Nikotinik reseptörlerden $\alpha 4 \beta 2$ subünitesini içerenler, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara içme isteği gelişiminde anahtar rol oynarlar. Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller (103, 104, 105).

Vareniklin tercih edilecek olgularda, sigara içmeye devam ederken ilk 3 gün günde 0,5 mg dozunda ilaç kullanarak tedaviye başlanır, takiben 4-7. günler arası 0,5 mg sabah akşam, 8-14. günler arası 1 mg gün dozu ile devam edilir. Başlangıçta ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden olgunun 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda 7. gün sigarayı bırakması amaçlanır. Tedavi günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak 12 haftaya tamamlanır.

İlacın en sık bildirilen yan etkisi bulantıdır. Diğer yan etkiler uykusuzluk, anormal düşler, baş ağrısı ve gastrointestinal yakınmalardır. Vareniklinin gebelerde ve süt veren annelerde kullanımı uygun değildir. Vareniklinin nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, ajitasyon, depressif durum, intihar eğilimi ve varolan psikiyatrik durumun kötüleşebileceği hakkında hastalar bilgilendirilmelidir. Sigara bırakma davranışının kendisi de bu tür semptomları arttırabileceğinden , bu tabloların ilaçtan kaynaklanıp kaynaklanmadığı konusu tartışmalıdır. Bu nedenle sigara bırakma

girişiminde bulunan olgular hekimi ve yakınları tarafından bu tür semptomların ve duygulanım farklılıklarının oluşumu açısından yakından gözlenmelidir. Vareniklinin şizofreni, bipolar hastalıklar ve major depresyon geçiren olgularda ilacın yakın takip ile izlenen stabil dönemdeki olgularda kullanımı önerilmektedir(106, 107).

2.12. Birinci Basamak Hizmetlerinde Sigara Bırakma

Sigara bırakma hizmetinin birinci basamak sağlık hizmetleri içine entegre edilmesi, sigara içen kişilere her fırsatta sigaranın hem kendisine hem de çevresindeki pasif sigara dumanına maruz kalan kişilere zararlarını anlatabilme olanağı vermektedir. Her tıbbi muayenede sigara bırakma önerisinin tekrarlanması hastaların motivasyonunu arttırmaktadır (14, 15). Sigara bırakma tavsiyesinin birinci basamakta yapılması, hastanın hekimi daha yakından tanınması ve iyi ilişkiler içinde olması daha nedeniyle de daha etkilidir (16).

Sigara bırakma hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmeti içine yerleştirmek, böyle bir sağlık hizmet sunumu olan ülkeler için son derece uygundur. Sağlık personelinin sigara içen kişilere sigara bırakma konusunda danışmanlık vermesi ve konu ile ilgili farkındalığı arttıracak materyal geliştirilmesi dışında ek bir yatırım gerekmez. Bu nedenle tütün kontrolü açısından verilecek diğer hizmetlere göre, görece olarak daha ucuzdur (108). Yapılan çalışmalarda Türkiye’de sigara bırakma girişimlerinin birinci basamakta yeterince yer almadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle geçmiş yirmi yıl içinde özel sigara bıraktırma poliklinikleri açılmıştır (28). Bu polikliniklere başvuran hastalarla yapılan görüşmelerde hekim hastanın genel sağlık durumunu değerlendirir ve sigara bırakma yöntemleri konusunda hastayı bilgilendirir. Hasta sigarayı bıraktıktan sonra da hekim tarafından yapılan kontrollerle motivasyonu yüksek tutulmaya çalışılır (109). Sigara bıraktırma polikliniğine başvurmadan sigara bırakma olasılığının %3-5 olduğu görülürken poliklinik yardımı alındıktan sonra bu oranın %40'lara yükseldiği görülmektedir (110).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Uzmanlık tez çalışması olarak yürütülen bu araştırma, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 15.02.2018 tarih ve 3732-GOA protokol numaralı 2018/05-22 karar numarası ile alınmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma kesitsel analitik çalışma modelinde planlanmış olup, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne Ocak 2014 - Ağustos 2017 tarihleri arasında başvurmuş 824 hasta oluşturmaktadır. Hastaların en az %85'ine ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırmaya; Sigara Bırakma Polikliniği'ne ilk gelişlerinde elde edilen bilgiler doğrultusunda doldurulan dosyaları incelenerek telefonla ulaşılabilen ve çalışma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 630 hasta dahil edilmiştir.

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde ve belirtilen tarihler arasında dahil edilme şartlarına uygun ve hariç bırakma şartlarını taşımayan 630 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniğine başvurmuş olma
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Hariç bırakma kriterleri

- Telefon ile ulaşılamayan hastalar

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Veri toplama, dosya taranması ve telefonla anket doldurma yöntemi kullanılarak gerçekleştirildi. Veri toplama araçları olarak; Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği ve hastaların sosyodemografik ve sigara kullanım özelliklerinin yer aldığı Sigara Bırakma Polikliniği Veri Formu ve Hasta İzlem Formu kullanılmıştır.

3.3.1. Sigara Bırakma Polikliniği Veri Formu

Veri toplama aracı olarak Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri, tütün kullanım durumu (sigara içme süresi, şu anda tüketilen sigara miktarı, paket yılı olarak sigara tüketimi), sigara öyküsü (sigara başlama yaşı, başlama nedeni, sigara içme miktarındaki değişiklikler, kullanılan sigara markası, sigarayı bırakmayı isteme nedeni, sigara bırakma denemeleri ve kullanılan yöntemler), kişisel sosyal öykü, geçmiş tıbbi öykü, şimdiki sağlık durumu ve kullandıkları ilaçlar ile ilgili bilgi içeren form kullanılmıştır.

3.3.2. Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT)

Karl Fagerström tarafından sigara bağımlılık düzeyini saptamak için geliştirilmiş olan ölçektir. Bu ölçekte hastaya 6 adet soru yöneltilir, bu sorulara alınan yanıtlara göre bağımlılık düzeyi değerlendirilir (22). Testin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (23). Testin Türkçe versiyonunda maddeler arası ilişkinin faktör analizi yapılarak, testin Türkçe versiyonunun sigara bırakma polikliniklerinde nikotin bağımlılığını değerlendirmede ölçüm metodu olarak kullanılabileceği belirlenmiştir (24). Sorulara verilen yanıtlara göre; 0-2 puan çok az bağımlılık, 3-4 puan az bağımlılık, 5 puan orta derece bağımlılık, 6-7 puan yüksek bağımlılık ve 8-10 puan ise çok yüksek bağımlılık belirtisi olarak değerlendirilir.

3.3.3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Anksiyete ve depresyon düzeyinin belirlenmesi için Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen (107). Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan "Hastane Anksiyete Depresyon

Ölçeği" (HAD) kullanılmıştır (108). Hastane anksiyete depresyon ölçeği, anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. HAD, anksiyete ve depresyon belirtilerinin tarandığı, hastanın kendisi tarafından doldurulan ve hastane ortamında sıkça kullanılan bir ölçektir (25). Ölçek, iki alt ölçekten ve toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan sıfır iken en yüksek puan 21'dir (77, 78).

3.3.4. Hasta İzlem Veri Formu

Hastalar 01.10.2017 ile 31.10.2017 tarihleri arasında telefonla aranarak şu anki sigara bırakma durumları, hangi tedavi yöntemini ne kadar süreyle kullandıkları, ilaç tedavisi alan hastalarda yan etki olup olmadığı, sigarayı bıraktıktan sonra içme olup olmadığı bilgilerini içeren hasta izlem veri formu kullanıldı.

3.4. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri ve Ölçütleri

3.4.1. Sosyodemografik özelliklere ilişkin değişken ve ölçütler

Yaş

Cinsiyet

Medeni durum

Eğitim düzeyi

3.4.2. Sigara kullanımına ilişkin değişken ve ölçütler

Sigaraya başlama yaşı

Günlük içilen sigara miktarı

Sigara içme süresi

Sigara tüketimi (paket yıl)

Sigaraya başlama nedeni

Sigara miktarındaki değişiklikler

Sigarayı bırakmayı isteme nedeni

Sigarayı bıraktınca yaşanan zorluklar

Nikotin bağımlılık düzeyi: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile saptanmıştır.

3.4.3. Diğer değişkenler ve ölçütler

Kişisel - sosyal öykü

Aile öyküsü

Sistem sorgulama

Laboratuvar ölçümleri: Hemogram, lipid paneli, karaciğer fonksiyon testleri

Posterior - anterior akciğer filmi

Elektrokardiyografi

Depresyon ve anksiyete düzeyi: HAD Ölçeği ile saptanmıştır.

Uygulanan tedavi

Tedavi süresi

3.5. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

Sigarayı bırakma durumu

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Poliklinik dosyalarından ve telefonla anket doldurma yöntemiyle elde edilen bulgular, IBM SPSS (statistical package for social sciences) 22.0 paket programı aracılığıyla analiz edildi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; tanımlayıcı analizler (ortalama, standart sapma ve yüzde), khi kare analizi, student t testi, ANOVA ve lojistik regresyon kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1.Tanımlayıcı Bulgular

Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne Ocak 2014 - Eylül 2017 tarihleri arasında başvurmuş olan 630 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan katılımcıların yaş ortalamaları $41,41 \pm 12,80$ yıldır.

Araştırmaya dahil edilen 630 katılımcının %39,7'si (250) kadın, %60,3'ü (380) erkek olup, yaş gruplarına göre dağılımları; 15-24 yaş arası %10,3 (65), 25-34 yaş arası %21,7 (137), 35-44 yaş arası %28,4 (178), 45-54 yaş arası %22,2 (140), 55 yaş ve üstü %17,5 (110) kişi olarak bulunmuştur (Tablo 8). Katılımcıların %64,1'i evli iken, %31,7'si bekar ve %4,1'i dul/boşanmış idi. Evli katılımcıların daha fazla olduğu görüldü. Katılımcıların sosyodemografik verilerine ait ayrıntılar Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler

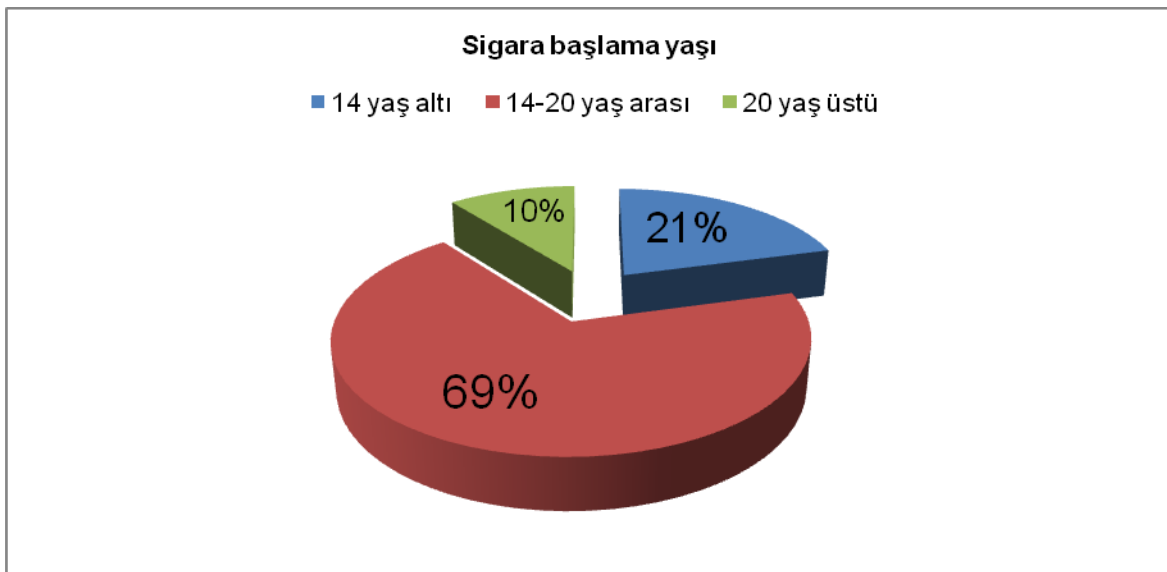
	n	%
Yaş grupları		
15-24 yaş	65	10,3
25-34 yaş	137	21,7
35-44 yaş	178	28,4
45-54 yaş	140	22,2
55 yaş ve üstü	110	17,5
Cinsiyet		
Kadın	250	39,7
Erkek	380	60,3
Medeni Durum		
Evli	404	64,1
Bekar	200	31,7
Dul/boşanmış	26	4,1
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	3	0,5
Okuryazar	7	1,1
İlkokul	95	15,1
Ortaokul	68	10,8
Lise	191	30,3
Üniversite	266	42,2
TOPLAM	630	100

Çalışmaya katılan tüm hastaların ilk kez sigara içmeye başladıkları yaş ortalaması $17,16 \pm 4,36$ idi (min:7, max:46). Katılımcıların %20,8'i (131) 14 yaşından önce sigaraya başlamıştı. Sigaranın en yüksek oranda başlandığı yaş aralığı %68,6 ile 14-20 yaş idi (Şekil 1). Çalışmaya alınan olguların sigara içme süresi ortalama

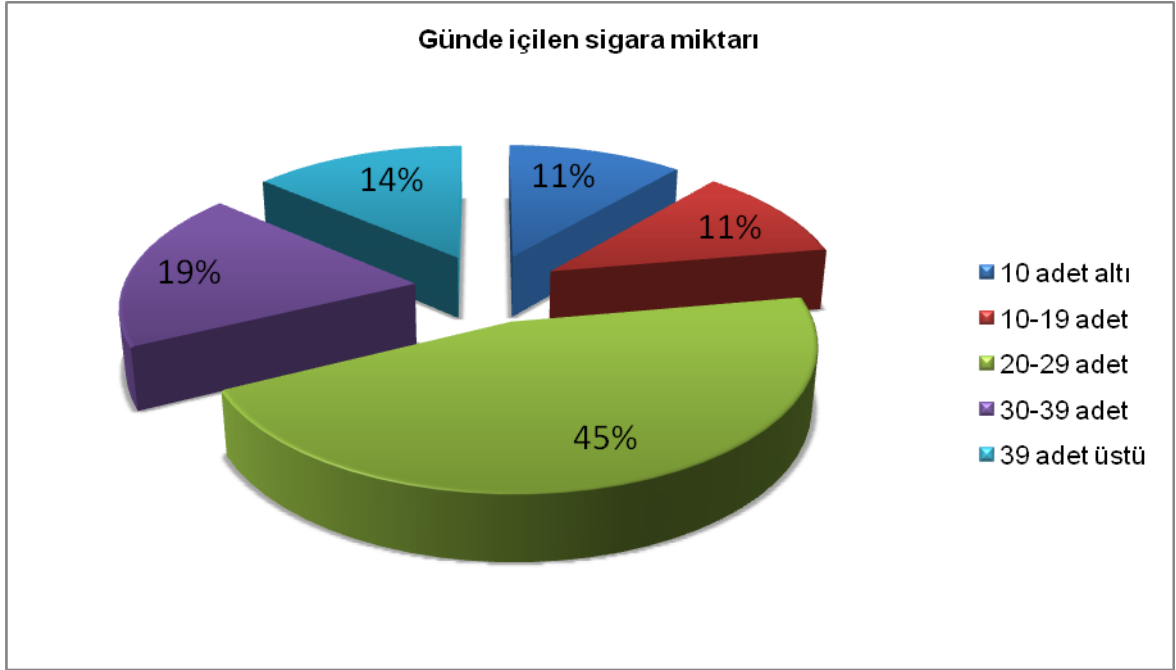
22,03 $\pm$ 12,29 idi. Araştırma kapsamındaki hastaların günde tükettikleri ortalama sigara miktarı 24,0 $\pm$ 11,39 (Şekil 2), sigara tüketimi paket yılı ise 26,94 $\pm$ 21,68 idi. Katılımcıların çoğu (%45,6) günde 20-29 adet sigara tüketmekte idi. Katılımcıların sigara öyküleriyle ilgili bilgileri Tablo 9'da görülmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların sigara kullanım öyküleri

	n	%
Sigara başlama yaşı		
14 yaş altı	131	20,8
14-20 yaş	432	68,6
20 yaş üstü	67	10,6
Sigara içme süresi		
10 yıl altı	133	21,1
10-19 yıl	138	21,9
20-29 yıl	188	29,8
30-39 yıl	102	16,2
39 yıl üstü	69	11,0
Günde içilen sigara miktarı		
10 adet altı	71	11,3
10-19 adet	69	11,0
20-29 adet	287	45,6
30-39 adet	117	18,6
39 adet üstü	86	13,7
Sigara tüketimi paket yılı		
11 paketyıl altı	138	21,9
11-20 paketyıl	155	24,6
21-30 paketyıl	149	23,7
31-40 paketyıl	72	11,4
40 paketyıl üstü	116	18,4
TOPLAM	630	100

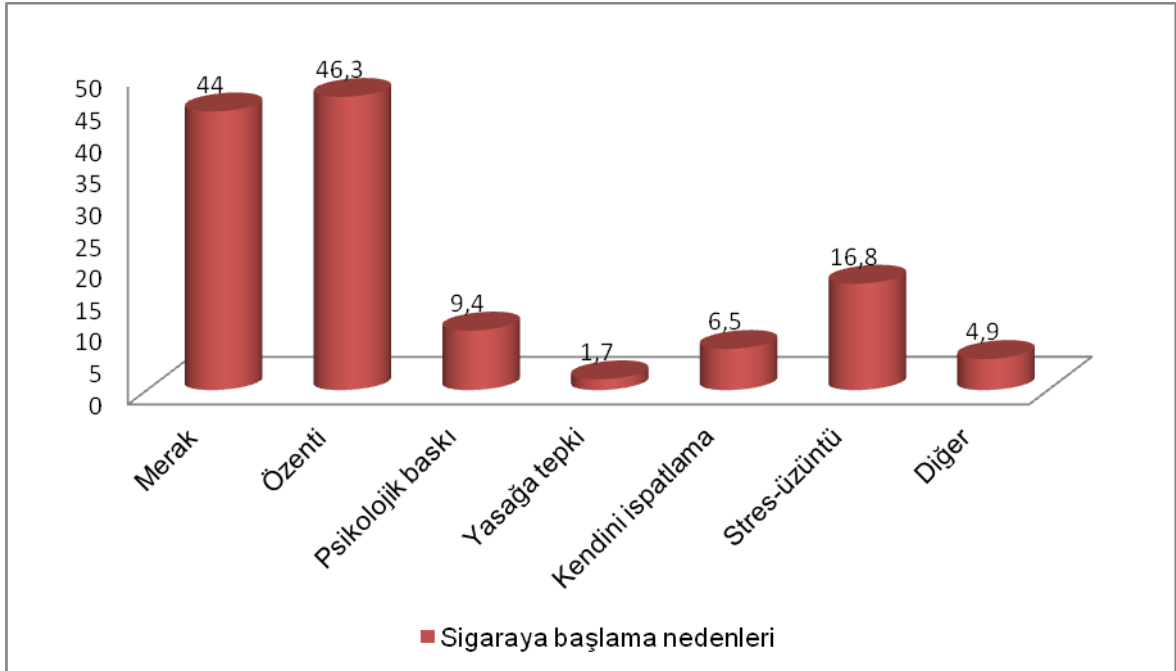


Şekil 1. Sigara başlama yaşı



Şekil 2. Günde içilen sigara miktarı

Katılımcıların sigara başlama nedenleri arasında en sık görülenler; özenti (%46,3), merak (%44), stres ve üzüntü (%16,8) idi. Bu nedenler dışında katılımcılar psikolojik baskı (%9,4), kendini ispatlama(%6,5), yasağa tepki (%1,7) gibi nedenlerle de sigaraya başladıklarını belirtmişlerdi (Tablo 10).

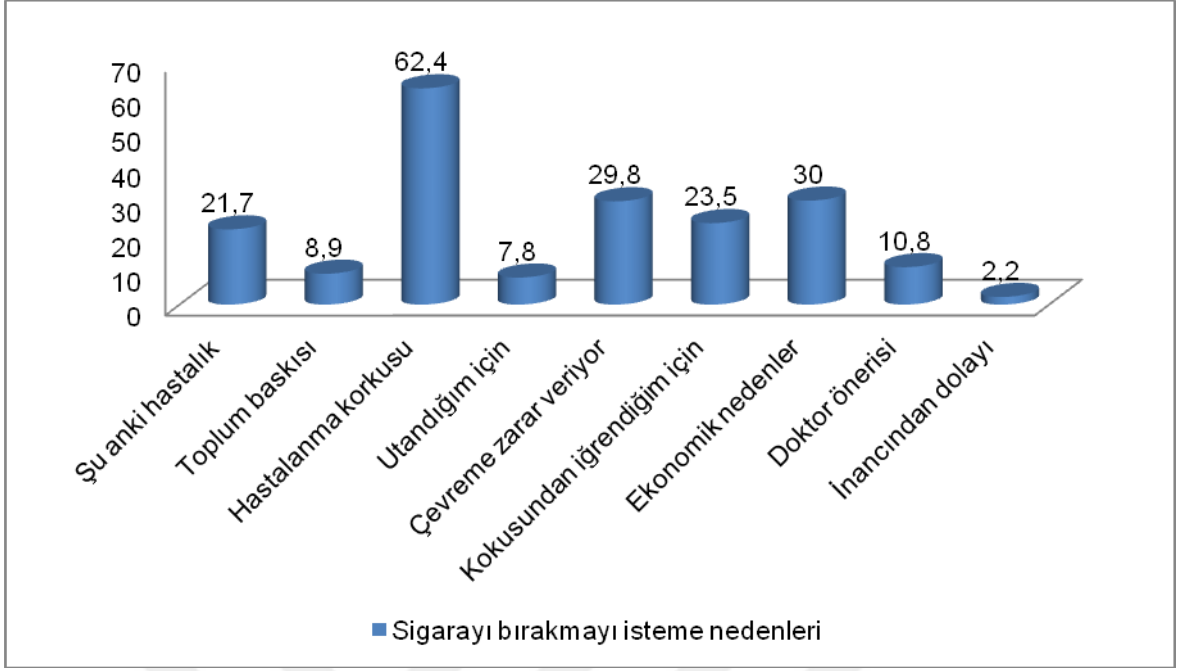


Şekil 3. Sigaraya başlama nedenleri

Tablo 10. Katılımcıların sigara ile ilgili bazı değişkenlere göre dağılımı

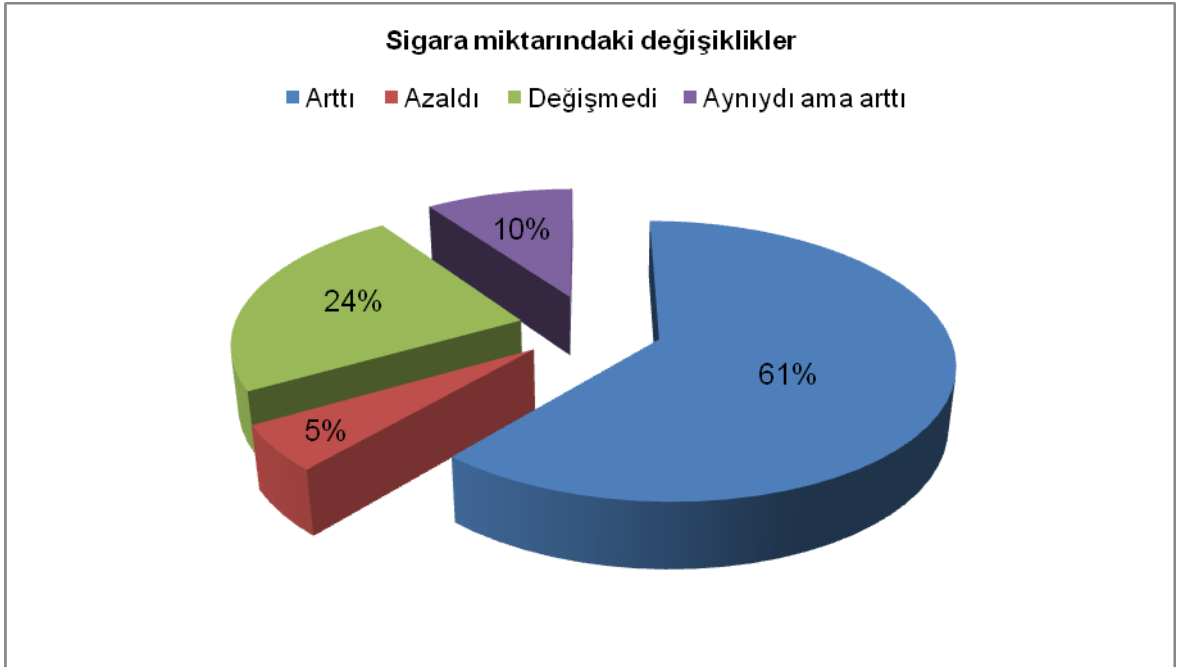
	n	%
Sigara başlama nedeni		
Özenti	292	46,3
Merak	277	44,0
Stres-üzüntü	106	16,8
Psikolojik baskı	59	9,4
Kendini ispatlama	41	6,5
Yasağa tepki	11	1,7
Diğer	31	4,9
Sigara miktarındaki değişiklikler		
Arttı	380	61,3
Değişmedi	146	23,5
Aynıydı ama arttı	61	9,8
Azaldı	33	5,3
Sigarayı bırakmayı isteme nedeni		
İleride hastalanma korkusu	393	62,4
Ekonomik nedenler	189	30,0
Çevreme zarar veriyor	188	29,8
Kokusundan öğrendiğim için	148	23,5
Çevreye iyi örnek olmak için	137	21,7
Şu anki hastalık	137	21,7
Doktor önerisi	68	10,8
Toplum baskısı	56	8,9
Utandığım için	49	7,8
İnancından dolayı	14	2,2
İşyeri baskısı	8	1,3
Diğer	17	2,7
Sigara bırakıldığında yaşanan zorluklar		
Sinirlilik	349	55,4
Aşırı sigara içme isteği	334	53,0
Konsantrasyon bozukluğu	192	30,5
İştah artışı	157	24,9
Baş ağrısı	107	17,0
Uyku bozukluğu	93	14,8
Dengesizlik	72	11,4
Baş ve yüzde uyuşma	60	9,5
Kabızlık	53	8,4
Ağız yaraları	34	5,4
Zorluk yok	23	3,7
Diğer	9	1,4
Sigara içme isteğini arttıran nedenler		
Yemekten sonra	468	74,3
Stres	400	63,5
Çay	347	55,1
Kahve	338	53,7
Alkol	215	34,1
Diğer	35	6,3

Katılımcıların çoğu (%62,4) hastalanma korkusu nedeniyle sigarayı bırakmayı istemekteydi. Ekonomik nedenler (%30,0), çevreye zarar verme (%29,8), kokusundan öğrendikleri için (%23,5) ve şu andaki hastalıkları (%21,7) katılımcılardaki sık görülen sigara bırakmayı isteme nedenleri arasındaydı (Şekil 4).



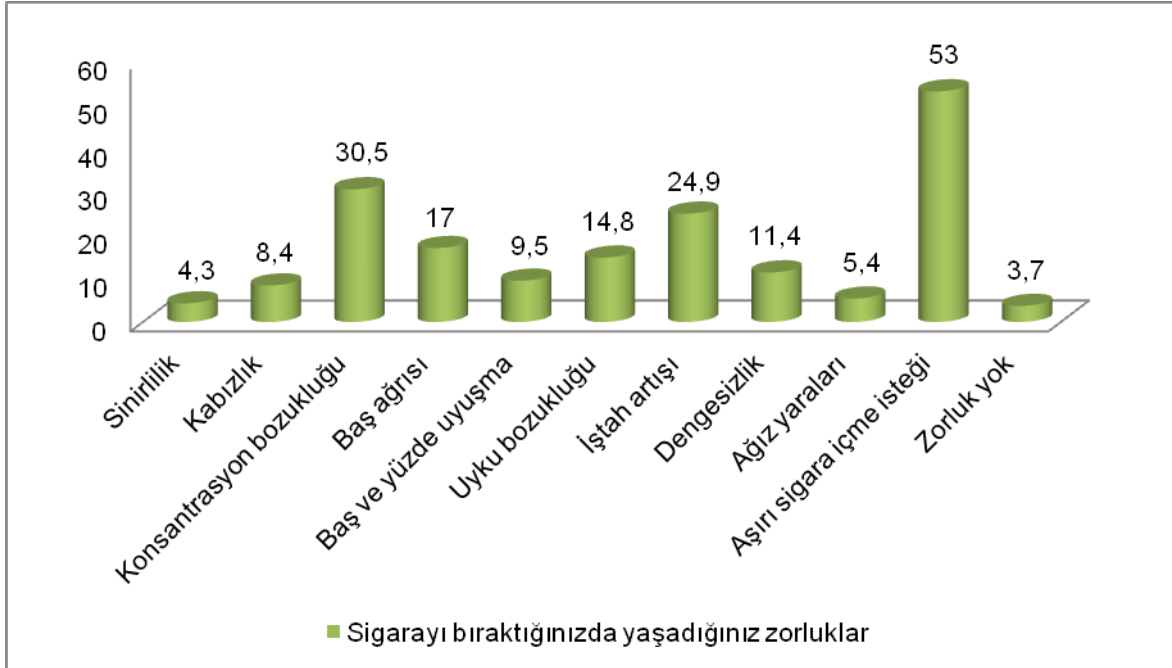
Şekil 4. Sigarayı bırakmayı isteme nedenleri

Katılımcıların %61,3'ü yıllar içinde sigara tüketim miktarlarının arttığını, sadece küçük bir kısmı (%5,3) sigara tüketimlerinin azaldığını belirtti (Şekil 5).



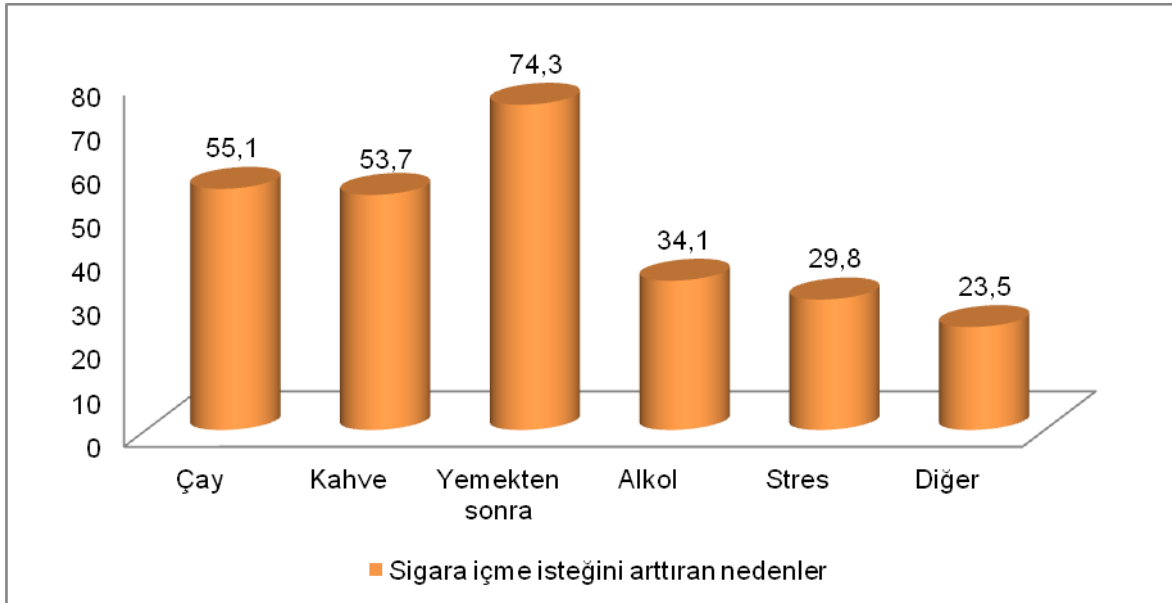
Şekil 5. Sigara miktarındaki değişiklikler

Katılımcılara sigarayı bıraktıklarında yaşadıkları zorluklar sorulduğunda en sık karşılaştıkları zorluğun aşırı sigara içme isteği (%53,0) olduğu saptanmıştır (Şekil 6).



Şekil 6. Sigarayı bırakınca yaşanan zorluklar

Katılımcıların sigara içme isteğini arttıran nedenler sorgulandığında; en çok arttıran nedenler olarak yemeklerden sonra (%74,3), çay (%55,1) ve kahve (%55,1) bulunmuştur. Bunları sırasıyla alkol (%34,1) ve stres (%29,8) izlemektedir (Şekil 7).



Şekil 7. Sigara içme isteğini arttıran nedenler

Araştırma kapsamındaki katılımcılar, kişisel sosyal öykülerinden olan evde kendisinden başka sigara içen var mı sorusuna %54,4 evet, %45,6 hayır olarak yanıt vermişlerdir. Evde sigara içmeyip sigara dumanına maruz kalan kişi sayısı ortalama $1,23 \pm 1,18$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %26,7'sinin (168) evinde sigara içmeyip sigara dumanına maruz kalan herhangi biri bulunmamaktadır. Katılımcılar iş yerinde günde ortalama $12,58 \pm 9,22$ adet sigara tükettiklerini belirtmiştir. Katılımcıların %61,1'i (385) iş yerindekiler sigara içiyor mu sorusunu evet, %22,9'u (144) hayır olarak yanıtlamışlardır. Araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyal çevre öyküleriyle ilgili bulgular Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Sosyal çevre öyküsüne göre dağılımları

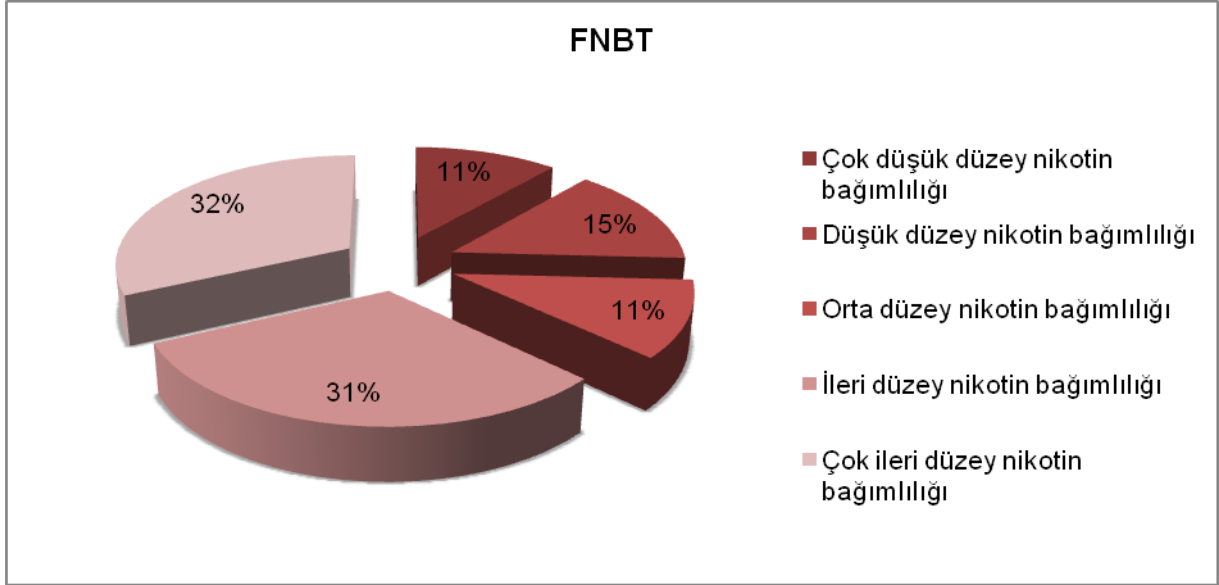
	n	%
Evde kendisinden başka sigara içen var mı?		
Evet	343	54,4
Hayır	287	45,6
İş yerindekiler sigara içiyor mu?		
Evet	385	61,1
Hayır	245	38,9
Toplam	630	100

Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalaması $6,03 \pm 2,53$ olarak bulunmuştur (min:0, max:10). Çok düşük ve düşük düzey nikotin bağımlılığı olan katılımcılar %25,8 iken, ileri düzey ve çok ileri düzey nikotin bağımlılığı olan katılımcıların oranı % 63,0'dır (Tablo 12).

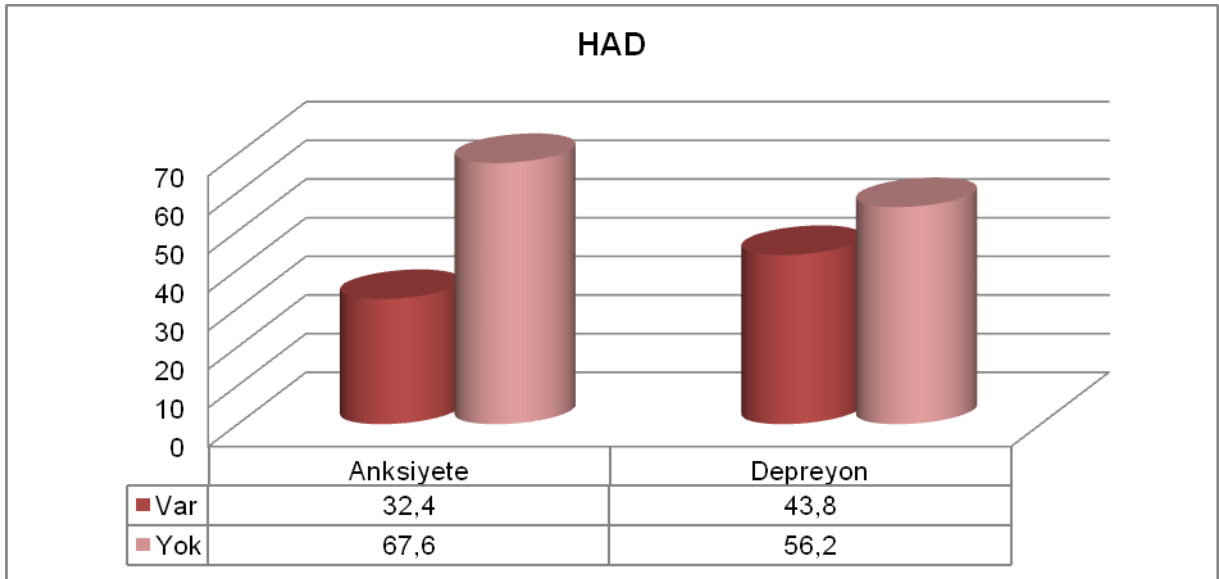
Tablo 12. Katılımcıların Fagerstrom nikotin bağımlılık testi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği sonuçları

	n	%
Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği		
Çok düşük düzey nikotin bağımlılığı	72	11,4
Düşük düzey nikotin bağımlılığı	91	14,4
Orta düzey nikotin bağımlılığı	70	11,1
İleri düzey nikotin bağımlılığı	195	31,1
Çok ileri düzey nikotin bağımlılığı	202	31,9
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği -Anksiyete		
Var	204	32,4
Yok	426	67,6
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği -Depresyon		
Var	276	43,8
Yok	354	56,2
Toplam	630	100

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların anksiyete ve depresyon durumları incelendiğinde; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'ne göre katılımcıların %32,4'ünde anksiyete, %43,8'inde depresyon saptanmıştır (Tablo 12). Katılımcıların ölçek puanlarıyla ilgili ayrıntılar Tablo 12'de özetlenmiştir.



Şekil 8. Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi



Şekil 9. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Katılımcıların aile öyküleri değerlendirildiğinde katılımcıların %35,9'unun (226) 1. ve 2. derece akrabalarında diyabetes mellitus öyküsü vardı. Katılımcıların aile öykülerinde akciğer kanseri % 17,3, infarktüs %21,1, diğer kanserler %24,6, angina %10,0, kronik bronşit %11,6, hipertansiyon %40,5, peptik ulkus %8,1, hiperlipidemi %14,4, damar tıkanıklığı %9,5 oranında görülmekteydi (Tablo 13).

Tablo 13. Aile Öyküsü

	n	%
Diyabetes mellitus		
1. derece	192	30,5
2. derece	34	5,4
Yok	404	64,1
Akciğer kanseri		
1. derece	65	10,3
2. derece	44	7,0
Yok	521	82,7
İnfarktüs		
1. derece	99	15,7
2. derece	34	5,4
Yok	497	78,9
Diğer kanserler		
1. derece	87	13,8
2. derece	68	10,8
Yok	475	75,4
Angina		
1. derece	55	8,7
2. derece	8	1,3
Yok	567	90,0
Kronik bronşit		
1. derece	62	9,8
2. derece	11	1,7
Yok	557	88,4
Hipertansiyon		
1. derece	233	37,0
2. derece	22	3,5
Yok	375	59,5
Peptik ulkus		
1. derece	48	7,6
2. derece	3	0,5
Yok	579	91,9
Hiperlipidemi		
1. derece	85	13,5
2. derece	6	1,0
Yok	539	85,6
Damar tıkanıklığı		
1. derece	42	6,7
2. derece	18	2,9
Yok	570	90,5
Toplam	630	100

Hastaların Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuruları sırasında yapılan sistem sorgulamasında en sık saptanan yakınmaları; dişlerde sararma (%49,2), kötü tat (%44,8), öksürük (%46,5), balgam (%44,0), nefes darlığı (%39,5), çarpıntı (%21,3), midede ekşime yanma (%30,6) dır. Katılımcıların sistem sorgulamasına ait bulguları Tablo 14'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların sistem sorgulamasına göre dağılımları

	n	%
Baş - Boyun		
Baş ağrısı- Baş dönmesi		
Var	170	27,0
Yok	460	73,0
Dişlerde sararma		
Var	310	49,2
Yok	320	50,8
Paslı dil		
Var	180	28,6
Yok	450	71,4
Gözlerde kızarıklık - kanlanma		
Var	85	13,5
Yok	545	86,5
Burun tıkanıklığı		
Var	180	28,6
Yok	450	71,4
Kötü tat		
Var	282	44,8
Yok	348	55,2
Solunum Sistemi		
Öksürük		
Var	293	46,5
Yok	337	53,5
Göğüs ağrısı		
Var	97	15,4
Yok	533	84,6
Kan tükürme		
Var	4	0,6
Yok	626	99,4
Nefes Darlığı		
Var	249	39,5
Yok	381	60,5
Balgam		
Var	277	44,0
Yok	353	56,0
Kardiyovasküler Sistem		
Angina		
Var	48	7,6
Yok	582	92,4
Çarpıntı		
Var	134	21,3
Yok	496	78,7

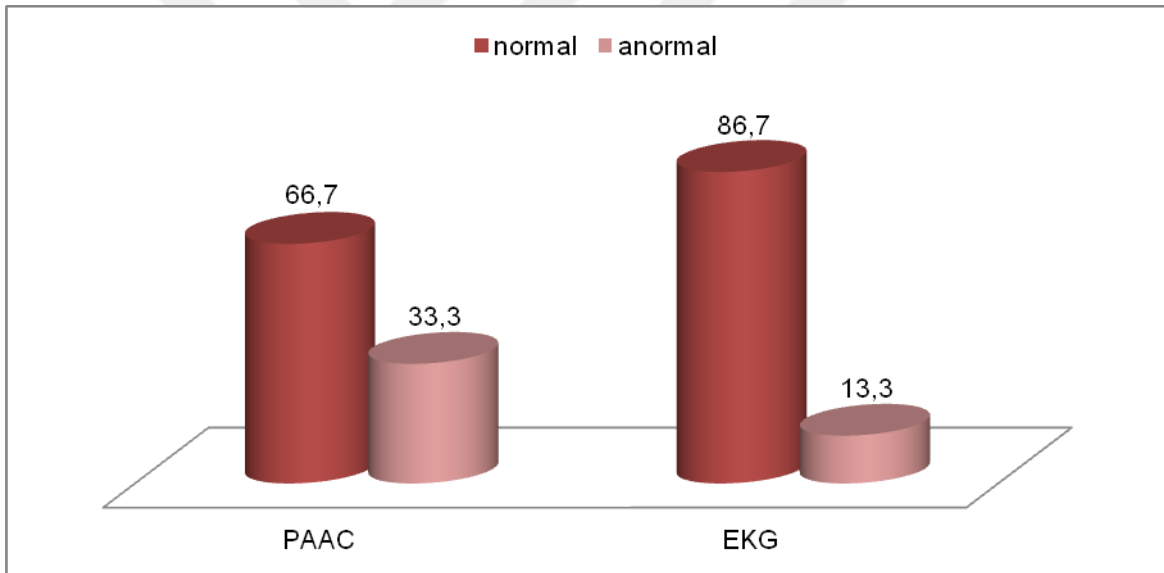
Ortopne		
Var	24	3,8
Yok	606	96,2
PND		
Var	26	4,1
Yok	604	95,9
Gastrointestinal Sistem		
Bulantı - kusma		
Var	36	5,7
Yok	594	94,3
Midede ekşime - yanma		
Var	193	30,6
Yok	437	69,4
Kabızlık		
Var	60	9,5
Yok	570	90,5
İshal		
Var	18	2,9
Yok	612	97,1
Genitoüriner Sistem		
Noktüri		
Var	75	11,9
Yok	555	88,1
Dizüri		
Var	35	5,6
Yok	595	94,4
Libido kaybı		
Var	66	10,5
Yok	564	89,5
Sinir Sistemi		
Konvulsiyon		
Var	2	0,3
Yok	628	99,7
Kafa travması		
Var	8	1,3
Yok	622	98,7
Serebrovasküler cerrahi		
Var	1	0,2
Yok	629	99,8
Epilepsi		
Var	2	0,3
Yok	628	99,7
Toplam	630	100

Katılımcıların laboratuvar değerleri ortalamalarına bakıldığında; hemoglobin 14,30 ± 1,60, hematokrit 43,26 ± 4,55, lökosit 8854,45 ± 2283,28, trombosit 246447,37 ± 57988,82, kolesterol 199,50 ± 50,27, trigliserid 152,27 ± 96,78, HDL 48,79 ± 11,57, LDL 122,25 ± 39,54, AST 21,75 ± 10,56, ALT 23,29 ± 14,14 olarak bulunmuştur. Posterior-anterior akciğer grafisi değerlendirilen 630 hastanın

%66,7'sinin (420) posterior - anterior akciğer grafisi sonucu normal sınırlarda olarak değerlendirilirken, EKG sonucu değerlendirilen hastalardan %86,7'si (546) normal olarak bulunmuştur (Şekil 10). Anormal olarak değerlendirilen posterior - anterior akciğer grafilerinde ana patoloji olarak bronkovasküler gölgelenme artışı saptanırken, EKG'de en sık rastlanan patoloji sinus taşikardisi olarak bulunmuştur.

Tablo 15. Katılımcıların PAAC ve EKG bulguları

	n	%
Posterior-Anterior Akciğer Grafisi		
Normal	420	%66,7
Anormal	210	%33,3
Elektrokardiyografi		
Normal	546	86,7
Anormal	84	13,3
Toplam	630	100

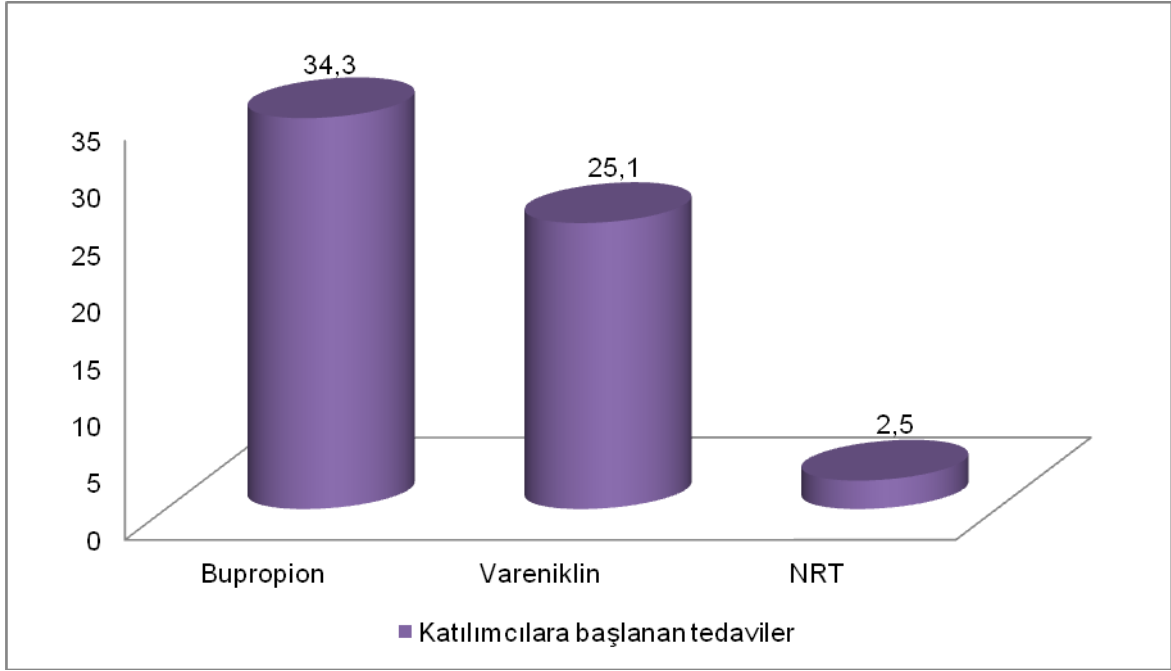


Şekil 10. Katılımcıların PAAC ve EKG bulguları

Katılımcıların sigarayı bırakma sürecinde kullandıkları tedaviler değerlendirildiğinde %34,3 (216) hastaya bupropion, %25,1 (158) hastaya vareniklin, %2,5 (16) hastaya nikotin replasman tedavisi başlandığı saptanmıştır (Tablo 16). Bupropion başlanan hastaların %51,6'sı (111) ilacı 1 aydan daha kısa süre kullandıklarını belirtmişlerdir. Bupropion kullanan hastaların yalnızca %5,1'i (11) ilacı 3 ay ve üzerinde kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 16. Katılımcılara başlanan tedaviler

	n	%
Bupropion	216	%34,3
Vareniklin	158	%25,1
Nikotin replasman tedavisi	16	%2,5
Farmakoterapi başlanmayanlar	240	%38,1
Toplam	630	100



Şekil 11. Katılımcılara başlanan tedaviler

Çalışmaya katılan 630 kişiden %24,4'ü (154) sigara bırakma polikliniğine başvuru sonrası 3 ay ve daha uzun süre ile sigarayı bırakmada başarılı olmuşlardır (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların sigara bırakma durumları

	n	%
Sigarayı bıraktı mı?		
Evet	154	%24,4
Hayır	476	%75,6
Toplam	630	100

Katılımcıların sigara bırakma sürelerine bakıldığında; %42,1'inin (265) sigarayı hiç bırakmadığı, %19,8'inin (125) ise 365 günden uzun süreli sigarayı bıraktığı belirlendi (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların sigara bırakma sürelerine göre dağılımları

	n	%
Sigarayı bırakma süresi		
Hiç bırakamayanlar	265	%42,1
1-6 gün	21	%3,3
7-29 gün	39	%6,2
30-89 gün	64	%10,2
90-179 gün	62	%9,8
180-364 gün	54	%8,6
365 gün ve üzeri	125	%19,8
Toplam	630	100

4.2. Analitik Bulgular

4.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri Açısından Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirmeleri

Katılımcıların cinsiyetlerine göre sigara bırakma oranları değerlendirildiğinde; erkeklerde (%26,1) kadınlara (%22,0) göre sigara bırakma başarısı daha yüksekti, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,247$) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların cinsiyetlerine göre sigara bırakma durumları

Cinsiyet	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Kadın	22,0 (55)	78,0(195)	100,0 (250)	0,247
Erkek	26,1 (99)	73,9(281)	100,0 (380)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Katılımcıların yaş gruplarına göre sigara bırakma oranları değerlendirildiğinde; 15 - 24 yaş arasında %16,9, 25 - 34 yaş arasında %22,6, 35 - 44 yaş arasında %24,2, 45 - 54 yaş arasında %22,9, 55 yaş üzerinde %24,4 olarak saptanmış, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,113$) (Tablo 20). Katılımcıların yaş ortalamaları ile sigara bırakma durumları karşılaştırıldığında sigarayı bırakan grubun yaş ortalaması $43,24 \pm 12,55$, sigarayı bırakamayan grubun yaş ortalaması ise $40,82 \pm 12,84$ olarak saptanmış ve ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,041$).

Tablo 20. Katılımcıların yaş gruplarına göre sigara bırakma durumları

Yaş	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
15-24 yaş	16,9(11)	83,1(54)	100,0 (65)	0,113
25-34 yaş	22,6(31)	77,4(106)	100,0 (137)	
35-44 yaş	24,2(43)	75,8(135)	100,0 (178)	
45-54 yaş	22,9(32)	77,1(108)	100,0 (140)	
55 yaş ve üzeri	33,6(37)	66,4(73)	100,0 (110)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Tablo 21. Katılımcıların yaş ortalamalarına göre sigara bırakma durumları

Yaş	Sigarayı bırakma durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart sapma	p
	Evet	154	43,24	12,55	0,041
	Hayır	476	40,82	12,84	

Katılımcıların medeni durumlarına göre sigara bırakma oranlarına bakıldığında; evli katılımcılarda (%26,2) bekar (%21,0) ve dul/boşanmış (%23,1) katılımcılara göre sigara bırakma oranı daha yüksek bulunmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p= 0,365) (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların medeni durumlarına göre sigara bırakma oranları

Medeni durum	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Evli	26,2(106)	73,8(298)	100,0 (404)	0,365
Bekar	21,0(42)	79,0(158)	100,0 (200)	
Dul/Boşanmış	23,1(6)	76,9(20)	100,0 (26)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Katılımcıların eğitim durumlarına göre sigara bırakma oranları incelendiğinde; ilköğretim ve ortaokul mezunlarında sigara bırakma oranı %17,3 (30) iken, üniversite mezunlarında bu oran %27,4 (73)'e kadar yükselmektedir (p=0,038) (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların eğitim durumlarına göre sigara bırakma oranları

Eğitim durumu	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
İlköğretim ve altı	17,3(30)	82,7(143)	100,0 (173)	0,038
Lise	26,7(51)	73,3(140)	100,0 (191)	
Üniversite	27,4(73)	72,6(193)	100,0 (266)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

4.2.2. Katılımcıların Sigara Kullanım Öykülerine Göre Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirmesi

Katılımcıların sigaraya ilk kez başladıkları yaşlarının ortalamasıyla sigara bırakma durumları karşılaştırıldığında; sigara bırakan grubun sigaraya başlama yaş ortalaması $18,03 \pm 4,41$, sigarayı bırakamayan grubun sigaraya başlama yaş ortalaması ise $16,87 \pm 4,30$ olarak saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$).

Tablo 24. Katılımcıların sigara başlama yaşlarının sigara bırakma durumlarıyla ilişkisi

Sigara başlama yaşı	Sigarayı bırakma durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart sapma	p
	Evet	154	18,03	4,417	0,004
	Hayır	476	16,87	4,307	

Araştırmaya dahil olan katılımcıların sigara içme sürelerine göre sigara bırakma durumları incelendiğinde; 10 yıldan kısa süredir sigara içenlerin sigara bırakma oranı %22,6, 10-19 yıl arası sigara kullananların %23,9, 20-29 yıl arası sigara kullananların % 22,3, 30-39 yıldır sigara kullananların sigara bırakma oranı %28,4, 39 yıldan uzun süredir sigara kullananların sigara bırakma oranı %29,0 olarak bulunmuştur. Yapılan analizlerde sigara içme süresi ile sigara bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,667$).

Tablo 25. Katılımcıların sigara içme sürelerinin sigara bırakma durumlarıyla ilişkisi

Sigara içme süresi	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
10 yıldan az	22,6(30)	77,4(103)	100,0 (133)	0,667
10-19 yıl	23,9(33)	76,1(105)	100,0 (138)	
20-29 yıl	22,3(42)	77,7(146)	100,0 (188)	
30-39 yıl	28,4(29)	71,6(73)	100,0 (102)	
39 yıldan fazla	29,0(20)	71,0(49)	100,0 (69)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Katılımcıların günde tükettiği sigara miktarlarına bakıldığında günde 10 adetten az sigara içenlerin günde 40 adet ve üzeri sigara içenlere göre daha yüksek oranda sigarayı bıraktığı görülmüştür ($p=0,040$) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların günde tükettikleri sigara miktarının sigara bırakma durumlarıyla ilişkisi

Günde sigara içme miktarı	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
10 adetten az	38,0(27)	62,0(44)	100,0 (71)	0,040
10-19 adet	24,6(17)	75,4(52)	100,0 (69)	
20-29 adet	24,4(70)	75,6(217)	100,0 (287)	
30-39 adet	17,9(21)	82,1(96)	100,0 (117)	
39 adetten fazla	22,1(19)	77,9(67)	100,0 (86)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Katılımcılardan sigarayı bıraktıkları zaman baş ağrısı ve uyku bozukluğu yaşayanlar, yaşamayanlara göre daha az oranda sigarayı bırakmışlardı (p=0,044) (Tablo 27) (p=0,011) (Tablo 28).

Tablo 27. Katılımcıların sigarayı bıraktıklarında yaşadıkları zorluklarla (baş ağrısı) sigara bırakma durumları arasındaki ilişki

Sigara bırakıldığında yaşanan zorluklar -Baş ağrısı	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Evet	16,8(18)	83,2(89)	100,0 (107)	0,044
Hayır	26,0(136)	74,0(387)	100,0 (523)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Tablo 28. Katılımcıların sigarayı bıraktıklarında yaşadıkları zorluklarla (uyku bozukluğu) sigara bırakma durumları arasındaki ilişki

Sigara bırakıldığında yaşanan zorluklar -Uyku bozukluğu	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Evet	14,0(13)	86,0(80)	100,0 (93)	0,011
Hayır	26,3(141)	73,7(396)	100,0 (537)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Katılımcıların yıllar içinde kullandıkları sigara miktarındaki değişikliklere göre sigara bırakma durumlarına bakıldığında; yıllar içinde sigara kullanım miktarı azalan (%27,3) ve değişmeyen (%29,5) katılımcılar, sigara miktarı artan (%22,9) ve aynı olup zaman içinde artan (%19,7) katılımcılara göre sigarayı daha yüksek oranda bırakmışlardı ancak sigara bırakma durumundaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,337) (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların zaman içinde kullandıkları sigara miktarındaki değişimlerin sigara bırakma durumuna etkisi

Zaman içerisinde sigara miktarında olan değişiklikler	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Değişmedi	29,5(43)	70,5(103)	100,0 (146)	0,337
Azaldı	27,3(9)	72,7(24)	100,0 (33)	
Arttı	22,9(87)	77,1(293)	100,0 (380)	
Aynıydı ama arttı	19,7(12)	80,3(49)	100,0 (61)	
Toplam	24,4 (151)	75,6(469)	100,0 (630)	

4.2.3.Katılımcıların Kişisel Sosyal Öykülerine Göre Sigara İçme Durumlarının Değerlendirmesi

Katılımcıların kişisel sosyal öyküleri değerlendirildiğinde; evde kendisinden başka sigara içen biri olmayan katılımcılar, olan katılımcılara göre daha yüksek oranda sigarayı bırakmışlardır ($p=0,000$) (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların evinde kendisinden başka sigara içen kişi durumu ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişki

Evde kendisinden başka sigara içen	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Evet	19,0(65)	81,0(278)	100,0 (343)	0,000
Hayır	31,0(89)	69,0(198)	100,0 (287)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Katılımcıların iş yerinde sigara içen kişilerin olması ya da olmamasının sigara bırakma durumu üzerine etkili olmadığı görülmüştür ($p=0,528$) (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların iş yerinde sigara içen kişi durumu ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişki

İş yerinde kendisinden başka sigara içen	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Evet	24,4(94)	75,6(291)	100,0 (385)	0,528
Hayır	24,5(60)	75,5(185)	100,0 (245)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

4.2.4.Katılımcıların Ölçek Puanlarına Göre Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyini saptamak için uygulanan Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi sonuçlarına göre; çok düşük düzey nikotin bağımlılığı saptanan grupta, çok ileri düzey nikotin bağımlılığı saptanan gruba göre sigara bırakma başarısı anlamlı olarak yükseldi ($p=0,014$) (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi sonuçları ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Çok düşük düzey nikotin bağımlılığı	33,8(25)	66,2(49)	100,0 (74)	0,014
Düşük düzey nikotin bağımlılığı	32,3(32)	67,7(67)	100,0 (99)	
Orta düzey nikotin bağımlılığı	24,2(16)	75,8(50)	100,0(66)	
İleri düzey nikotin bağımlılığı	24,2(46)	75,8(144)	100,0(190)	
Çok ileri düzey nikotin bağımlılığı	17,2(34)	82,8(164)	100,0(198)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Çalışmaya dahil olan katılımcılardan sigara bırakan grubun Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Test skoru ortalaması ($5,25 \pm 2,77$), sigarayı bırakamayan grubun test skoru ortalamasına ($6,19 \pm 2,46$) göre düşüktü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştu ($p=0,000$) (Tablo 33).

Tablo 33. Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Test skorlarının sigara bırakma durumlarıyla ilişkisi

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi	Sigarayı bırakma durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart sapma	p
	Evet	154	5,25	2,778	0,000
	Hayır	476	6,19	2,469	

Katılımcılara uygulanan bir diğer ölçek olan Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre anksiyete ya da depresyon saptanmayan grupta sigara bırakma başarısı daha yüksek olmasına rağmen, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcıların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçek sonuçları ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Anksiyetesi olan	21,6(44)	78,4(160)	100,0 (204)	0,245
Anksiyetesi olmayan	25,8(110)	74,2(316)	100,0 (426)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	
Depresyonu olan	21,7(60)	78,3(216)	100,0(276)	0,163
Depresyonu olmayan	26,6(94)	73,4(260)	100,0(354)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

4.2.5.Katılımcıların Kullandıkları Sigara Bırakma Tedavisine Göre Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların sigarayı bırakmak için kullandıkları tedavilere göre sigara bırakma durumlarına bakıldığında; vareniklin kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre daha yüksek oranda sigarayı bıraktığı ve iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,015$) (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcıların vareniklin kullanma durumları ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki

Vareniklin	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Evet	31,6(50)	68,4(108)	100,0 (158)	0,015
Hayır	22,0(104)	78,0(368)	100,0 (472)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Sigara bırakma tedavisinde bupropion kullanan hastalarda sigara bırakma oranı (%25,0) ile bupropion kullanmayan hastalarda sigara bırakma oranı (%24,2) arasında fark bulunamamıştır ($p=0,815$) (Tablo 36). Ancak katılımcıların bupropion kullanım süreleri ile sigara bırakma durumları karşılaştırıldığında 3 ay ve üzeri bupropion kullanan hastaların, 1aydan kısa süreli bupropion kullananlara göre daha yüksek oranda sigarayı bıraktığı görülmüştür ($p=0,000$) (Tablo 37).

Tablo 36. Katılımcıların bupropion kullanma durumları ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki

Bupropion	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Evet	25,0(54)	75,0(162)	100,0 (216)	0,815
Hayır	24,2(100)	75,8(314)	100,0 (414)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Tablo 37. Katılımcıların bupropion kullanım süreleri ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki

Bupropion kullanım süresi	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
1 aydan az	11,7(13)	88,3(98)	100,0 (111)	0,000
1-2 ay arası	29,0(9)	71,0(22)	100,0 (31)	
2-3 ay arası	38,7(24)	61,3(38)	100,0(62)	
3 aydan fazla	72,7(8)	27,3(3)	100,0(11)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

Sigara bırakma tedavisinde nikotin replasman tedavisi kullanan hastalarla, kullanmayan hastaların sigarayı bırakma oranları arasında fark saptanmamıştır ($p=0,958$) (Tablo 38).

Tablo 38. Katılımcıların nikotin replasman tedavisi kullanma durumları

Nikotin replasman tedavisi	Sigarayı bırakan % (n)	Sigarayı bırakamayan % (n)	Toplam % (n)	p
Evet	25,0(4)	75,0(12)	100,0 (16)	0,958
Hayır	24,4(150)	75,6(464)	100,0 (614)	
Toplam	24,4 (154)	75,6(476)	100,0 (630)	

4.3.İkincil Çıktılar

Katılımcıların içtikleri sigara miktarlarının sistem sorgulamasındaki parametreler üzerine etkisine bakıldığında; daha fazla miktarda sigara içen katılımcılarda daha yüksek oranda dişlerde sararma (%64,0), paslı dil (%44,2), öksürük (%61,6), balgam (%55,8), göğüs ağrısı (%27,9), midede yanma (%44,2) ve libido kaybı (%18,6) olduğu görülmüştür.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların içtikleri sigara miktarının incelenen laboratuvar değerleri üzerine etkisine bakıldığında ise; gruplar arasında hemoglobin,

hematokrit, lökosit ve HDL değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 39).

Tablo 39. Katılımcıların içtikleri sigara miktarının laboratuvar değerleri üzerine etkisi

	n	Ortalama	Standart sapma	p
Hemoglobin <10 adet 10-19 adet 20-29 adet 30-39 adet >39 adet Toplam	58	13,231	1,4524	0,000
	59	14,019	1,7675	
	244	14,402	1,5318	
	101	14,680	1,5981	
	70	14,563	1,4724	
	532	14,306	1,6060	
Hematokrit <10 adet 10-19 adet 20-29 adet 30-39 adet >39 adet Toplam	58	40,517	4,4116	0,000
	59	42,378	5,1614	
	244	43,434	4,3322	
	101	44,289	4,4320	
	70	44,220	4,1055	
	532	43,265	4,5521	
Lökosit <10 adet 10-19 adet 20-29 adet 30-39 adet >39 adet Toplam	58	7741,38	2306,059	0,000
	59	8882,88	2441,787	
	244	8757,30	2058,446	
	101	9160,40	2249,226	
	70	9650,00	2570,386	
	532	8854,45	2283,288	
HDL <10 adet 10-19 adet 20-29 adet 30-39 adet >39 adet Toplam	59	54,12	13,579	0,001
	59	49,66	13,850	
	231	48,83	10,270	
	95	47,02	10,103	
	69	45,80	12,318	
	513	48,79	11,577	

Katılımcıların içtikleri sigara miktarıyla posterior anterior akciğer grafisi sonuçları karşılaştırıldığında; daha fazla sigara içen kişilerin akciğer grafileri, daha az sigara içen kişilere göre daha yüksek oranda anormal olarak değerlendirilmiştir ve iki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,045$) (Tablo 40). Aynı zamanda hastaların elektrokardiyografi sonuçları da içtikleri sigara miktarlarıyla karşılaştırılmış ve benzer şekilde daha fazla sigara içen kişilerde, daha az sigara içen kişilere göre daha yüksek oranda patolojik elektrokardiyografi sonucuyla karşılaşılmıştır ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,125$).

Tablo 40. Katılımcıların sigara içme miktarının PAAC üzerine etkisi

		PAAC normal % (n)	PAAC anormal % (n)	Toplam % (n)	p
Sigara içme miktarı	10 adetten az	63,4(45)	36,6(26)	100,0 (71)	0,045
	10-19 adet	73,9(51)	26,1(18)	100,0 (69)	
	20-29 adet	65,2(187)	34,8(100)	100,0(287)	
	30-39 adet	75,2(88)	24,8(29)	100,0(117)	
	39 adetten fazla	57,0(49)	43,0(37)	100,0(86)	
Toplam		66,7(420)	33,3(210)	100,0 (630)	

4.4. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Bazı Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Sigara bırakma başarısına etkili olan faktörler lojistik regresyon modelinde analiz edilmiştir. Modele alınan faktörler Tablo 41’de gösterilmiştir.

Tablo 41. Sigara bırakma başarısını etkileyen lojistik regresyon modeline alınan parametreler

Lojistik Regresyon Modeline Alınan Parametreler	p
Yaş	0,041
Eğitim durumu	0,038
Sigaraya başlama yaşı	0,004
Günde tüketilen sigara miktarı	0,040
Sigara bırakıldığında yaşanan zorluklar	
-Baş ağrısı	0,044
-Uyku bozukluğu	0,011
Evde kendisinden başka sigara içen kişi varlığı	0,000
Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Test skoru	0,014
Vareniklin kullanımı	0,015
Bupropion kullanım süresi	0,000

Bu analiz sonuçlarına göre;

Sigarayı bıraktığı zaman uyku bozukluğu yaşamayan kişilerin yaşayan kişilere göre sigarayı bırakma olasılığı 6,028 kat fazladır (p=0,023).

Evde kendisinden başka sigara içen biri bulunmayan kişilerin bulunanlara göre sigarayı bırakma olasılığı 2,468 kat fazladır (p=0,012).

Farmakoterapi olarak bupropion kullanan hastalarda, bupropion kullanım süresi 3 aydan fazla olanların 1 aydan kısa olanlara göre sigarayı bırakma olasılığı 16,385 kat daha fazladır ($p<0,001$) (Tablo 42).

Tablo 42. Sigara bırakma başarısını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi

Değişkenler	B	S.E	Sig	Exp.	%95 CI for Exp	
					Lower	Upper
Uyku bozukluğu	1,796	0,792	0,023	6,028	1,277	28,454
Evde sigara içen kişi durumu	0,903	0,361	0,012	2,468	1,216	5,009
Bupropion kullanım süresi (<1 ay)			0,000	1		
Bupropion kullanım süresi (>3 ay)	2,796	0,772	0,000	16,385	3,610	74,375

Yapılan lojistik regresyon analizine göre sigara bırakma başarısını en çok etkileyen faktör bupropion kullanımının süresi olarak bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Tütün ürünlerinin kullanılması, hem kullanan kişiler hem de kullanan kişilerin çevresinde pasif sigara dumanına maruz kalan kişiler için ciddi morbidite ve mortalite riski oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 20. yüzyılda sigara kullanımı 100 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur ve 21. yüzyılda bu rakamın 1 milyar kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olması beklenmektedir (37).

Dünyada sigara içenlerin üçte ikisi 10 ülkede yaşamaktadır. Bu ülkeler Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya, Amerika Birleşik Devletleri, Japonya, Brezilya, Bangladeş, Almanya ve son olarak da Türkiye'dir (37). Bu nedenle Türkiye'de tütün kontrol politikaları büyük önem taşımaktadır.

Türkiye'de 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonucunda; 15 yaş ve üzeri kişilerde halen tütün kullanımı %27,1 , sigara kullanım oranı erkeklerde %41,5, kadınlarda ise %13,1 olarak saptanmıştır (13). Son yıllarda sigara kullanım oranları düşmekle beraber hala hedeflenen oranlardan oldukça uzaktır. Sigara, neden olduğu nikotin bağımlılığı ve bırakıldıktan sonraki yoksunluk belirtileri nedeniyle bir hastalık olarak kabul edilmektedir (56). Sigara bırakma, profesyonel destek, farmakolojik ve motivasyonel yöntemlerle gerçekleştirilebilmektedir (109).

Sigara bırakmak isteyen kişilerin profesyonel destek almak için sigara bırakma polikliniklerini kullanması önemlidir. Bu polikliniklerde sağlık uzmanları tarafından yapılacak motivasyonel görüşmeler ve destek, farmakolojik yöntemler hakkında bilgilendirme ve gerekli durumlarda kullanımını önerme sigara bırakma oranlarını arttırmak için büyük önem taşımaktadır.

Sigara bırakma polikliniklerinin birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer alması, gerek ekonomik olarak uygun bir strateji olması gerek hastalar tarafından daha kolay ulaşılabilir olması nedeniyle tercih edilmelidir. Böylece sadece sigara bırakmak isteyen kişiler için değil, halen sigara kullanmakta olup sigara bırakmayı düşünmeyen ya da hazır olmayan kişiler için de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sık temas noktası olması, sigara bırakma eylemine geçişte daha etkili olacaktır. Biz de bu nedenle kliniğimiz bünyesinde faaliyetlerini sürdürmekte olan Sigara Bırakma Polikliniğimize Ocak 2014-Ağustos 2017 tarihleri arasında başvuran hastaları

değerlendirmeye aldık. Bu hastaların sigara bırakma durumlarını belirleyerek ve sigarayı bırakma oranlarını etkileyen faktörleri saptayarak çalışmamız sonrasında sigara bırakma polikliniğine başvuracak hastalar için risk faktörlerini öngörmek, hastaların riskli yönlerini belirleyerek zayıf yönlerini güçlendirmeyi hedefleyen tedaviler ve motivasyonel görüşmeler geliştirmeyi amaçladık. Ayrıca bu çalışma ile sigara bırakma polikliniklerinin önemini vurgulamanın yanı sıra sigara bırakma girişimlerinin tüm topluma yönelik olması konusunda birinci basamakta yaygınlaştırılması gerekliliğinin de ortaya konması amaçlanmaktadır.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalaması $41,41 \pm 12,80$ idi. Polikliniğe başvuran hastalarda en çok başvuru 35-44 yaş arasında (%28,4) olsa da, 25-55 yaş arasındaki katılımcıların oranı %72,3 olması, her yaştan sigara kullanıcısının sigara bırakmak için polikliniğe başvurduğunu göstermektedir. Bu bulgu Kıdık ve arkadaşları (122) ile Sürmeli ve arkadaşlarının (116) yaptıkları çalışmalarla da benzerdi. Argüder ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ile sigara bırakma durumu arasında fark bulunmasa da (113) Salepçi ve arkadaşlarıyla, Fidan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda yaş ilerledikçe sigara bırakma başarısı (114, 115), çalışmamızdaki bulgularla benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,041$). Bu durum, ilerleyen yaşla birlikte sigaranın sağlık üzerindeki etkilerinin daha çok hissedilmesi ve günümüzdeki sigara karşıtı politikaların toplumdaki bilinç düzeyini arttırmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Polikliniğe başvuran hastaların % 39,7'si kadın, %60,3'ü erkekti. Fidan ve arkadaşlarının Afyon'da yaptığı çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran 135 olgunun % 32,7'sinin kadın, % 67,3'ünün erkek olduğu saptandı (115). 2008 yılında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde (116), 2017 yılında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uzmanlık tezi olarak yapılan çalışmalarda (117) ve Uzaslan ve arkadaşlarının Bursa'da (118), Solak ve arkadaşlarının İzmir'de (119), Çan ve arkadaşlarının Trabzon'da (120) yaptığı çalışmalarda bizim çalışmamızla uyumlu olarak sigara bırakma polikliniklerine başvuran erkek hasta sayısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştu. Bu durumun 2008 yılında Türkiye'de yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonucunda sigara kullanım oranının erkeklerde %41,5, kadınlarda %14,1 olarak saptanmasıyla benzer şekilde; toplumda sigara kullanan erkeklerin oranının kadınlara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünüldü

(13). Ancak yapılan son çalışmalarda kadınlarda sigara içme oranlarının giderek yükselmesi nedeniyle sigara bırakma polikliniklerinde hem erkek hem de kadınlar için sigarayı bıraktırma stratejileri geliştirilmesi önemlidir. Cinsiyetin sigara bırakma başarısına olan etkisi incelendiğinde pek çok çalışmada (113, 121) olduğu gibi çalışmamızda da kadın ve erkek katılımcılar arasında sigara bırakma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,247$).

Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların medeni durumlarına bakıldığında birçok araştırmada olduğu gibi (116, 121, 122, 123, 124) evli katılımcıların daha fazla olduğu görüldü (%64,1). Japuntich ve arkadaşlarının, Wee ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada evli olanların sigara bırakmada daha başarılı olduğu görülmüşse de (125, 126), yapılan çoğu çalışmada genellikle medeni durumun sigara bırakma başarısını etkilemediği gözlenmiştir (121, 124). Bizim çalışmamızda da katılımcıların medeni durumlarına göre sigara bırakma oranlarına bakıldığında medeni durum ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p= 0,365$).

Çalışmamızda 3 kişi (%0,5) okur yazar değilken, 7 kişi (%1,1) okur yazardı. 95 kişi (%15,1) ilkokul, 68 kişi (%10,8) ortaokul, 191 kişi (%30,3) lise, 266 kişi ise (%42,2) üniversite mezunu olup lise ve üniversite mezunu olanlar çoğunlukta idi. Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında, lise ve üzerinde eğitim alanların oranı %30,5 ile %65,1 arasında değişmekteydi (114, 116, 120, 127). Eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısında etkili olduğunu ve eğitim düzeyi düşük olan gruplarda sigara bırakma oranının daha düşük olduğunu belirten diğer çalışmalar gibi, bizim çalışmamızda da eğitim durumu yüksek olan kişilerde, eğitim durumu düşük olan kişilere göre sigara bırakma oranları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,038$). Gerek polikliniğe başvurma oranları gerekse sigara bırakma oranlarının eğitim seviyesi yüksek kişilerde daha yüksek bulunması, eğitilmiş kişilerin sigara bırakma konusunda daha bilinçli olduğunu göstermekle birlikte, toplumda her eğitim düzeyinde insanın yüksek oranlarda sigara kullandığı da önemli bir gerçektir (128).

Çalışmamızda katılımcıların sigaraya başlama yaşının ortalama $17,16 \pm 4,35$ olduğu ve sigaranın en yüksek oranda başlandığı yaş aralığının 14-20 yaş (%68,6) olduğu görüldü. Yapılan çeşitli çalışmalarda sigara başlama yaşının 11-20 yaşları arasında olduğu saptanmıştır (122, 128, 129). Bu bulgular, tütün endüstrisinin hedef

aldığı gençlerin daha yüksek oranda sigaraya başladığını ve sigara kullanımını azaltmak için özellikle gençlere yönelik çalışmalar yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır (130).

Sigaraya başlama yaşının sigara bırakma başarısı üzerine etkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (131, 132, 133). Bizim çalışmamızda da sigarayı bırakan grubun sigara başlama yaşı ortalaması ($18,03 \pm 4,41$), sigarayı bırakamayan gruba ($16,87 \pm 4,30$) göre daha yüksekti ($p=0,004$). Saptanan bu bulgu daha erken yaşta sigaraya başlayan kişilerde oluşan sigara bağımlılığının ilerleyen yıllarda sigara bırakma başarısını olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Katılımcıların günde tükettiği sigara miktarlarına bakıldığında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların çoğunun (%45,6) günde 20-29 adet sigara tükettiği görülmüştür. Günde 10 adetten az sigara içenlerin, daha fazla sigara içenlere göre daha yüksek oranda sigarayı bıraktığı saptanmıştır ($p=0,040$). Yaşar ve arkadaşlarının Bolu'da yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde günde tüketilen sigara miktarının sigara bırakma başarısına etkili olduğu ve daha az miktarda sigara tüketenlerin daha yüksek oranda sigarayı bıraktıkları bulunmuştur (134). Nikotin, kimyasal bir nörotransmitter olan asetil kolini taklit ederek Ventral Tegmental Alan (VTA)'da bulunan ve lifleri nükleus accumbense (NAcc) uzanan hücreleri etkileyerek dopamin salınımına neden olması ve sigara içiminden bir süre sonra azalan dopaminin irritabilite ve strese yol açarak kişinin dopamin salınması için nikotin açlığı çekmesine ve nikotin asetilkolinerjik reseptörlere sürekli bağlanması sonucu etkide gecikme, desensitizasyon ve upregülasyona yol açması nedeniyle bu sonucun görüldüğü düşünülmektedir (1,2,3).

Sigaraya başlama nedenlerine bakıldığında en sık görülenler; özentisi (%46,3) ve merak (%44) olarak bulunmuştu. Bu oranlar Bolu'da Yaşar ve arkadaşlarının, Ankara'da Kızık ve arkadaşlarının, Erzurum'da Sağlam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da benzerdi (122, 134, 135). 'Özentisi'nin en sık sigaraya başlama nedeni olarak görülmesinin en önemli sebeplerinden biri insanın sosyal bir varlık olması ve çevresiyle etkileşim içinde oluşudur. Ayrıca tütün endüstrisinin sigara kullanımını özendirmek için yaptığı reklamların, sigaraya başlama açısından son derece etkili olduğu, yapılan çalışmalarda özentisi ile birlikte en sık sigaraya başlama nedeninin merak olmasından da anlaşılmaktadır. Bu da tütün endüstrisinin sigara kullanımını

özendirmek için yaptığı reklamların sigaraya başlama açısından son derece etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda sigaraya başlama nedenleriyle sigara bırakma başarısı arasında ilişki saptanmayışı, her ne sebeple olursa olsun sigaraya başlamanın kişiler üzerinde oluşturduğu nikotin bağımlılığı nedeniyle sigara kullanım davranışını pekiştirdiğini göstermektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü tarafından ortaya çıkarılan MPOWER paketinde de belirtildiği gibi, özellikle gençleri sigaraya özendiren reklam ve tanıtımların kısıtlanması sigara kullanımıyla baş etmede önemli bir stratejidir (23).

Katılımcılara sigara bırakmayı isteme nedenleri sorulduğunda en sık nedenin ileride hastalanma korkusu olduğu görülmüştür (%62,4). Bunun dışında sık görülen nedenler 'ekonomik nedenler', 'çevreme zarar veriyor' ve 'çevreye iyi örnek olmak için' olmakla birlikte, sigara kullanıcılarının çoğu için en temel neden sigaranın sağlıklarını etkilemesinden duydukları endişe olmuştur. Daha önce yapılmış çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (113, 115, 136). Hastalar sigarayı bırakmayı isteme nedeni olarak çok çeşitli gerekçeler sunsalar da 'doktor önerisi' bunlar arasında sık görülen nedenlerden biri olarak saptanmamıştır (%10,8). Bu durum; sigara içen kişilerin doktorlara başvuru sebebinden bağımsız olarak tütün kullanım durumlarının sorgulanmadığı ve sigarayı bırakma yönünde yeterli sıklıkta tavsiyelerde bulunulmadığı sonucunda ortaya çıkmış olabilir. Hastalarla sık temas noktası olması sebebiyle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan doktorlara bu konuda önemli bir görev düşmekte (16), hastaların her vizitte tütün kullanım durumunun tüm hekimler tarafından sorgulanması önem kazanmaktadır.

Kişilerin sigara bırakma süreçlerini etkileyen en önemli parametrelerden biri de sigara bırakıldığında karşılaşılan zorluklardır. 'Sinirlilik' (%55,4), 'aşırı sigara içme isteği' (%53,0) ve 'konsantrasyon bozukluğu' (%30,5) en sık karşılaşılan zorluklar olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, sıralamaları farklı olsa da daha önce yapılan araştırmalarla benzerdir (115,128, 135). Bu araştırmanın belki de en çarpıcı bulgusu 'baş ağrısı' (%17) ve 'uyku bozukluğu'nun (%14,8) sık rastlanan zorluklardan olmayıp, görüldüğü kişilerde sigara bırakma oranlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemesidir ($p=0,044$) ($p=0,011$). Özellikle uyku bozukluğunun verilen farmakoterapiye özgü bir yan etki olması ya da sigara bırakma durumuna özgü görülmesi açısından bir ayırım yapmak mümkün olmasa da bu durum sigara bırakma

polikliniğine başvuran hastalarda sadece sık karşılaşılan zorluklara odaklanmak ve çözüm üretmenin yeterli olmayacağını da bir göstergesidir.

Katılımcıların sigara içme isteğini arttıran nedenler sorgulandığında yemek sonrası, stres, çay, kahve, alkol tüketiminin sık verilen yanıtlar olduğu görülmektedir. Bu nedenler içinde 'yemek sonrası'nın (%74,3), diğer çalışmalarda olduğu gibi sigara içme isteğini en sık arttıran neden olduğu saptanmıştır (115, 135). Ancak sigara içme isteğini arttıran tüm nedenlerin yüksek oranda görülmesi, bu durumun nikotin bağımlılığından ziyade alışkanlıkların bir sonucu olduğu kanısına varılmıştır. Sigara içiminde; fizik ve psikolojik bağımlılık yanı sıra davranış alışkanlığı da rol oynamaktadır (139). Bu nedenle sigara bırakma tedavisi düzenlenirken, motivasyonel görüşme tedavinin önemli bir parçası olmalı, tedavi süresince sık izlemlerle hastalar davranış değiştirme yönünden desteklenmelidir.

Hastaların kişisel sosyal öykülerine bakıldığında; evde kendisinden başka sigara içen kişiler %19,0 oranında sigarayı bırakırken, evde kendisinden başka sigara içen kişi bulunmayanlarda bu oran %31,0'lere yükselmektedir. Yapılan analizler sonucunda evde sigara içen başka birinin bulunmasının, kişilerin sigara bırakma başarısını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır ($p=0,000$). Salepçi ve ark ile Kanatsız ve ark'nın yaptığı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (114, 140). Ayrıca Falba ve ark'nın yaptığı çalışmada partneri sigara içmeyi bırakan kişilerin sigarayı bırakmada daha başarılı olduğunun bulunması da bu sonuçları destekler niteliktedir. Bu durum sosyal yaşantının ve kişiler arası ilişkilerin de sigara bırakma üzerine ne kadar etkili olduğunu göstermektedir.

Sigara bırakma başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biri de nikotin bağımlılık düzeyidir. Daha önce yapılmış bir çok çalışmada (134, 137, 142, 143, 144, 145) bulunmuş olduğu gibi sigarayı bırakan kişilerde Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi kullanarak saptanan nikotin bağımlılık düzeyi, bırakamayanlara göre düşüktü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,014$). Fiziksel bağımlılık sigara bırakma sürecinde desteklenmesi gereken belki de en önemli faktör olarak tedavide kilit rol oynamaktadır. Bu nedenle hastalar farmakolojik tedavi yönünden değerlendirilmeli ve desteklenmelidir.

Son olarak araştırmamıza katılan hastaların sigara bırakma oranı %24,4 olarak bulunmuştur. Sigara bırakma polikliniğimize başvuran tüm hastalara motivasyonel

terapi verilmiş ve gerekli görülen durumlarda hastalar farmakoterapi ile desteklenmiştir. Farmakoterapi için ağırlıklı olarak bupropion (%34,3) tercih edilmekle birlikte, sadece vareniklin kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre daha yüksek oranda sigarayı bıraktığı ve iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,015$). Literatürdeki araştırmaların çoğunda da sigara bırakmada en yüksek başarının vareniklin ile elde edildiği görülmektedir (113, 134, 142, 146, 147, 148, 149). Ancak yapılan analizler sonucunda; sigara bırakma başarı oranlarını etkileyen faktörler göz önüne alındığında, sadece başlanan farmakoterapi değil aynı zamanda ne kadar süre ile farmakoterapiye devam edildiği de önem arz etmektedir. Yapılan benzer çalışmalarda (150, 151) olduğu gibi bu araştırmada da bupropionu 3 ay ve daha uzun süreli kullanan hastaların, daha kısa süreli kullanan hastalara göre daha yüksek oranda sigarayı bıraktığı görülmektedir ($p=0,000$). Bu durum doğru tedavi seçimi kadar, hastanın bu tedaviyi yeterli süre kullanmasını sağlamanın da önemini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda; Ocak 2014 - Ağustos 2017 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvurmuş 630 hastanın sigara bırakma başarısı değerlendirildi. Değerlendirme sonuçlarına göre:

- Sigara bırakma polikliniğimize başvuran 630 hastanın sigara bırakma oranı %24,4 olarak saptandı.
- Polikliniğe başvuran hastaların %34,3'üne bupropion, %25,1'ine vareniklin, %2,5'ine nikotin replasman tedavisi verildi. Sigara bırakma başarısı bupropion başlanan hastalarda %25,0, vareniklin başlanan hastalarda %31,6, NRT başlanan hastalarda %25,0 olarak bulundu. Motivasyonel görüşmenin yanısıra farmakoterapi ile desteklenen hastaların sigara bırakma oranlarının daha yüksek olması, sigara bırakma başarısını arttırmada farmakoterapinin önemini vurgulamaktadır.
- Polikliniğimize başvuran hastalarda; cinsiyet, medeni durum, sigara içme süresi, günde içilen sigara miktarı, iş yerinde kendisinden başka sigara içen birinin bulunma durumu, anksiyete veya depresyon saptanması durumu sigara bırakma başarısı üzerine anlamlı etkisi bulunmadığı saptandı.
- Yaş, eğitim durumu, sigaraya başlama yaşı, evde kendisinden başka sigara içen birinin bulunma durumu, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı bulunma sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler olarak bulundu. Bunların dışında farmakoterapi olarak vareniklin başlanan ve bupropion kullanım süresi 3 aydan uzun olan hastalarda da sigara bırakma oranları anlamlı olarak yüksekti.
- Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda sigaraya daha erken yaşta başlayan, genç hastalarda, sosyal çevresinde sigara içen kişiler bulunan, bağımlılığı yüksek olan kişilerde sigara bırakmanın daha zor olacağı göz önünde bulundurulmalı, tedavide kişinin zorlanacağı noktalara özel tedavi stratejileri geliştirilmelidir. Çalışmanın bir diğer önemli sonucu olan farmakoterapi kullanımının da sigara bırakma oranları üzerine etkisi unutulmamalı ve hastalar uygun farmakoterapi ajanlarıyla desteklenmelidir.

7.KAYNAKLAR

1. World Health Organization: The World Health Report 2003
2. Mathers, CD, Loncar D. Projections of global mortality burden of disease from 2002-2030. *PloS Medicine*, 2006.3(11):e442.
3. Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. *Critical issues in global health*. San Francisco, Wiley (Jossey-Bass), 2001:154–161.
4. Peto R et al. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 1996, 52(1):12–21.
5. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004 (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm, accessed 5 December 2007).
6. Peto R et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992, 339(8804):1268–1278.
7. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1498-1504.
8. World Health Organization. Tobacco: deadly in any form or disguise. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/T_Rapport.pdf, accessed 5 December 2007)
9. World Health Organization. World health report 2002. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf, accessed 5 December 2007).
10. California Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary. Sacramento, California Environmental Protection Agency, June 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3exe.pdf>, accessed 5 December 2007).
11. World Health Organization: Report On The Global Tobacco Epidemic, 2009
12. World Health Organization: Report On The Global Tobacco Epidemic, 2008

13. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu; 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> (Erişim Tarihi: 23 Mart 2017).
14. Solberg LI et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 31(1):62–71.
15. West R, Sohal T. “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*, 2006, 332(7539):458–460.
16. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research*, 2006, 41(6):2114–2135.
17. Barış Yİ Tütün Kullanımının Tarihçesi http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARİHcESil_Baris.pdf. (Erişim tarihi: 23.03.2017).
18. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf> (Erişim tarihi: 23.03.2017).
19. Tütün Eksperleri Yüksek Okulu. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını, 1978: 9-18
20. Nafiz Z. Tütün ziraati ve hastalıkları. 1 inci baskı. İstanbul: Cezri matbaa, 1932: 3-10
21. Yılmaz A. Türkiye’de tömbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi. [Tez]. Ankara: TAPDK; 2006
22. Doğruel F, Doğruel A.S. Osmanlıdan günümüze TEKEL. 1 inci baskı. İstanbul: Tekel yayınları, 2000: 218
23. Gürsoy Naskali E, ed. Tütün kitabı. 1 inci baskı. İstanbul: Kitabevi, 2003:17-33
24. Ökçün A.G. Türkiye iktisat kongresi 1923-İzmir. 4 üncü baskı. Ankara: Sermaye Piyasası Kurulu, 1997: 326
25. Koç Y. Atatürk’ün millileştirmeleri ve devletleştirmeleri, günümüzün özelleştirmeleri. 1 inci baskı. Ankara: TÜRK-İŞ yayınları, 2000: 21
26. Otan H, Apti R. Tütün. 1 inci baskı. İzmir: ETAEM yayını, 1989: 9
27. Aksu S. Tütün kimya ve teknolojisi. 1 inci baskı. İstanbul: Tekel Enstitüleri yayınları, 1967: 4
28. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M. Örsel O. Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006;7(1):51-64.

29. Dilektasli AG. Pharmacological Treatment for Smoking Cessation. *Turkiye Klinikler J Pulm Med-Special Topics* 2012;5(2).
30. Şuben M. Tütün fabrikasyonu. 1 inci baskı. İstanbul: TEYO yayını, 1989: 9-33
31. Resmi Gazete. Tütün Mamullerinin Zararlarından Korumaya Yönelik Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. 06/01/2005: 25692
32. Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Eksperleri Yüksek Okulu Yayınları, 1979: 2-5.
33. M. Onat Çakıt, İsmail Arslan. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2016;7(5):1-4.
34. Tütün ve Tütün Kontrolü, Türk Toraks Derneği Yayınları, 2009
35. Resmi Gazete. Puro ve Sigarillo İthalatı, Fiyatının Belirlenmesi ve Yurt İçinde Pazarlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Karar. 16/04/2008: 26
36. Barış YŞ. Tütün Kullanımının Tarihçesi.
http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/Tutun_Kullaniminin_Tarihcesi-I_Baris.pdf
37. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. 2008.
38. Bilir N. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü Ve Yarını. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu*, 2012.
39. Kaşıkçı M, Ünsal A, Çoban G, Avşar G. Atatürk Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Sigara Kullanma Alışkanlıkları, *Toraks Dergisi*, 2008, 3(9):938.
40. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
41. Şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. In: Tür A; ed. *Sigaranın bilimsel yüzü*. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005.
42. World Bank. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, World Bank. 1999.
43. Çan G. Sigara Epidemiyolojisi. in: Özyardımcı N. (Ed) *Sigara ve Sağlık*, Bursa; 49-58, 2002.
44. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and

Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, accessed 5 December 2007).

45. World Health Organization/International Agency for Research on Cancer IARC. Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation. Geneva, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, 2004 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, accessed 5 December 2007).

46. ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004, Ventilation for acceptable indoor air quality.

47. Office of Environmental Health Hazard Assessment. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento, Environmental Protection Agency, 1997.

48. WHO Tobacco Free Initiative. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/entity/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>, accessed 5 December 2007).

49. Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine. Pharmacol Rep. 2005;57(2):143-53.

50. Kayaalp SO. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji: Hacettepe Tağ Kitapçılık Limited Şti.; 2005.

51. Russell M, Jarvis M, Devitt G, Feyerabend C. Nicotine intake by snuff users. Br Med J (Clin Res Ed). 1981;283(6295):814-7.

52. Svensson CK. Clinical pharmacokinetics of nicotine. Clinical pharmacokinetics. 1987;12(1):30-40.

53. Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: US Public Health Service report. JAMA: Journal of the American Medical Association. 2000.

54. Fletcher C, Peto R, Tinker C, Speizer FE. The natural history of chronic bronchitis and emphysema. An eight-year study of early chronic obstructive lung disease in working men in London: Oxford University Press, 37 Dover Street, London. W1X 4AH; 1976.

55. Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;5(14).
56. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V-TR). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev Köroğlu, E Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2014.
57. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Yazar: Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu, 2013.
58. Demir T. Sigara Bağımlılığı. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:231 -238.
59. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström K. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119–27.
60. Uysal MA., Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG,Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: Reliability İn A Turkish Sample And Factor Analysis. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi 2004; 52(2): 115-121.
61. Gaya I.C.M., Zuardi A.W., Loureiro S.R., Crippa J.A.S., Synhometric Properties of the Fagerström Test for Nicotine Depence.
62. Stephen I Rennard, Daughton DM. Cigarette Smoking and Disease/Alfred P. Fishman (Ed). Fishman's Pulmonary Disease and Disorders. 1997;3. edition:697-707. 40. Öğün D. Neoplazinin Klinik Yönü/Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. Temel Patoloji (Basic Pathology). İstanbul Güneş Yayınları 1995:219-80.
63. Siroux V, Pin I, Oryszczn MP, Le Moual N, Kauffmann F. Relationship of active smoking to asthma and asthma severity in the EGEA study. Epidemiological study on the Genetics and Environment of Asthma. Eur Respir J 2000; 15: 470-477.
64. Hassan MM, Spitz MR, Thomas MB, El-Deeb AS, Glover KY, Nguyen NT, et al. Effect of different types of smoking and synergism with hepatitis C virus on risk of hepatocellular carcinoma in American men and women: Case control study. International journal of cancer. 2008;123(8):1883-91.
65. Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. Am J Respir Crit Care Med;154:1579-80, 1996.
66. Uncu G, Sigaranın fertilitte ve gebelik üzerine etkileri. İn: Özyardımcı N.(Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa; 257-280, 2002.

67. Özkayın N, Aktuğlu K. Sigaranın Kas-İskelet Sistemi Üzerine Etkileri. STED. 2003;12(3):102.
68. Shafey O, Eriksen M, Ross H. et. Al. The Tobacco Atlas. 3rd ed. Georgia: American Cancer Society, 2009.
69. Can G. Pasif İçicilik ve Yetişkinlerdeki Etkileri. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ve ark. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Yayını 2010. p. 379-393.
70. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Gürsoy Ş. Çevresel Tütün Dumanının Önlenmesinde Etkili Tek Strateji: %100 Dumansız Ortamlar. Pamukkale Tıp Dergisi 2009;2(1):45-53.
71. Subramanian J ve Govindan R. Lung cancer in never smokers: A review. J Clin Oncol. 2007; 25:561-70.
72. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90- 8416, 1990.
73. Guindon GE et al. The cost attribuTablo to tobacco use: a critical review of the literature. Geneva, World Health Organization, 2006.
74. Edis EÇ, Karlıkaya C. Türkiye’de akciğer kanserinin maliyeti. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2006; 55(1): 51-8.
75. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
76. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attribuTablo mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 1997–2001. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005, 54(25):625–628.
77. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları. DSÖ Avrupa, 2010.
78. T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara: 2004.
79. Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. Economic effects of environmental tobacco smoke. 2005 ([http://www.soa.org/les/pdf/ETSReportFinalDraft\(Final%203\).pdf](http://www.soa.org/les/pdf/ETSReportFinalDraft(Final%203).pdf), accessed 5 December 2007).

80. Seydioğulları M. (2010). Dünyada ve Türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikalar ı. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörler. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği
81. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2015. Havanı Koru Dumansız Hava Sahası. <http://havanikoru.org.tr>.
82. 1996 yılı 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun”.<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.4207&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>
83. Evrengil E. Türkiye’de tütün ürünü piyasa düzenlemesi: Tütün kontrolü bakış açısından bir değerlendirme. “31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü” Nedeniyle Özel Sayı. 2014:24.
84. Ergüder T. Dünyada Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri (MPOWER). In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ve ark. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Yayını 2010. p. 81-92.
85. Jha P, Chaloupka FJ. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control: World Bank Publications; 1999.
86. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm>
87. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi, Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi.
88. <http://www.resmi-gazete.org/sayi/509/5727-tutun-mamullerinin-zararlarinin-onlenmesine-dair-kanunda-degisiklik-yapilmasi-hakkinda-kanun.html>. Erişim tarihi: 02.03.2011
89. Joossens L, Raw M. (2010). The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. A report of the Association of European Cancer Leagues. <http://www.europeancancerleagues.eu/component/content/article/3highlights/219-tobacco-control-scale-2010.html>.
90. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) Yönetici Özeti: Türkiye. Sağlık Bakanlığı, Mayıs 2010.
91. Pechacek TF, Blair NA., Husten CG, Mariolis P, Starr GB. Best Practices For Comprehensive Tobacco Control Programs. Centers for Disease Control and Prevention. October 2007.

92. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ at all. Treating Tobacco Use and Dependence: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. Chest 2002;121;932-941.
93. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. Akciğer Arşivi 2003; 4:225234.
94. Şimşek H, Akvardar Y, Doğanay S, Pekel Ö, Günay T. Sigara ve Sigara Bırakmaya İlişkin Görüşler: Kalitatif Bir Araştırma. Turk Toraks Derg 2014;15:18-22.
95. Prochaska JO, DiClemente CC, Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice 1982; 19: 276-88
96. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update
97. U.S. Public Health Service Report The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. Am J Prev Med 2008;35(2):158–176.
98. Türk Toraks Derneği Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu, 2014
99. Hurt, RD, Sachs, DPL, Glover, ED, et al. A Comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997; 337:1195
100. Jorenby, DE, Leischow, SJ, Nides, MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 340:685
101. (Simon, JA, Duncan, C, Carmody, TP, Hudes, ES. Bupropion for smoking cessation: a randomized trial. Arch Intern Med 2004; 164:1797
102. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan 24;(1):CD000031
103. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, Watsky EJ, Gong J, Williams KE, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 . 5;296(1):47-55
104. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline,

an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006; 5;296(1):56-63.

105. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, Reeves KR. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. Arch Intern Med. 2006 Aug 14-28;166(15):1561-8.

106. Pachas GN, Cather C, Pratt SA, et al. Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia: Safety and Effectiveness in a 12-Week, Open-Label Trial. J Dual Diagn. 2012;8(2):117-125

107. Cerimele JM, Durango A. Does varenicline worsen psychiatric symptoms in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder? A review of published studies. J Clin Psychiatry. 2012;73(8):e1039-47.

108. Feenstra TL et al. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. Value in Health, 2005, 8(3):178–190.

109. West R, McNeill A, Raw M. Smoking Cessation Guidelines For Health Professionals: an Update. Thorax 2000;55:987-99.

110. Esra Uzaslan, Sigarayı Bırakma Yöntemleri, 2003, cilt 12, sayı 5, 166.

111. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983. Vol. 67, Issue. 6, P: 361-370.

112. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8(4):280-287

113. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Turk Toraks Derg 2013;14:18.

114. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara Bırakma Polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Dergisi, 6(2):151-158, 2005.

115. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. Kocatepe Tıp Dergisi 2005; 6(3):27-34.

116. Sürmeli CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2008, Uzmanlık Tezi.
117. Bulat LA. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2016, Uzmanlık Tezi.
118. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadağ M et al. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Annals of Medical Sciences* 2000; 9: 63-69.
119. Solak ZA, Telli CG, Erdiñç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Toraks Dergisi* 2003; 4: 73-77.
120. Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tuberk Toraks* 2004; 52: 29-74.
121. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı Bırakmada Nikotin Replasman Tedavisi Ve Davranış Eğitimi Yöntemlerinin Karşılaştırılması: Doğal İzlem Çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2005;53(4):354-361.
122. Kılık E., Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların 1-3 Yıllık Süreçteki Sigara Bırakma Durumları. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2017, Uzmanlık Tezi.
123. Hall et al. Treatment for Cigarette Smoking Among Depressed Mental Health Outpatients: A Randomized Clinical Trial *American Journal of Public Health* | October 2006;96:10.
124. Kökten R. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne- 2008, Uzmanlık Tezi.
125. Japuntich SJ, Leventhal AM, Piper ME, Bolt DM, Roberts LJ, Fiore MC ve ark. Smoker characteristics and smoking-cessation milestones. *American Journal of Preventive Medicine*, 2011; 40(3):286-294.
126. Wee LH, West R. Bulgiba A, Shahab L. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop-smoking clinics in Malaysia. *Nicotine & Tobacco Research*, 2011; 13(2):151-6.

127. Balbay Ö, Ali Nihat Annakkaya AN, Aytar G , Bilgin C. Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 3:10-14, 2003.
128. Ceylan E, Yanık M, Gencer M. Harran Üniversitesinde kayıt yaptıran öğrencilerin sigaraya karşı tutumlarını etkileyen faktörler. Toraks Dergisi 2005; 6: 144-150.
129. Öğüş C, Özdemir T, Kara A ve ark. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem I ve VI öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları. Akciğer Arşivi 2004; 5:131-142.
130. Özlü T, Gençlik ve Sigara. İn: Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık, Bursa 2002;74-84.
131. Khuder SA, Dayal HH, Ve. Mutgi AB. Age At Smoking Onset And Its Effect On Smoking Cessation. Addictive Behaviors, 1999; 24 (5):673-677.
132. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. Tobacco Control, 1997; 6(2):57-62.
133. Gaikwad R, Bhowate R, Bajad P, Gadail AR, Gondivkar S, Sarode SC, Sarode GS, Patil S. Potential Predictor of Tobacco Cessation among Factory Workers: A Baseline Data of Worksite Tobacco Cessation Programs in the Central Part of India. The Journal of Contemporary Dental Practice, November 2017;18(11):1071-1077
134. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler. Eurasian J Pulmonol 2014; 16: 99-104
135. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turk J Med Sci, 42(3):515-522, 2012.
136. Eroğlu SA. İstanbul'da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. Istanbul Med J 2013;14:170-4.
137. Hyland A, Borland R, Li Q, Young H-H, McNeill A, Fong GT, O'Connor RJ and Cummings KM. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control Four Country Survey. Tob.Control 15: 83-94, 2006

138. Borland R, Young H-H, Cummings KM, Hyland A, Anderson S and Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Tob Control* 15: 42-50, 2006
139. <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimliliği>
140. Kanatsız B, Başlılar Ş, Şaylan B ve ark. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler ve Medikal Tedavilerin Değerlendirilmesi. *Euras J Fam. Med.* 2017; 6(2):65-71
141. Falba TA, Sindelar JL. Spousal concordance in health behavior change. *Health Services Research* 2008;43:96–116.
142. Pekel Ö. Balçova’da Sigara Bırakma Merkezinde Bir Yıllık Bırakma Hızı ve Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yeniden Başlamaya Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2012.
143. Nordstrom BL, Kinnunen T, Utman CH, et al. Predictors of CONTINUED Smoking Over 25 Years of Follow-Up in the Normative Aging Study. *Am J Public Health* 2000;90(3):404-406.
144. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention., *Tobacco Control*;10:165-9, 2001.
145. Chandola T, Head J, Bartley M. Sociodemographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 1999: 770-777.
146. Cinciripini PM, Robinson JD, Hage MK, et al. The Effects of Varenicline and Bupropion-SR plus Intensive Counseling on Prolonged Abstinence from Smoking, Depression, Negative Affect and Other Symptoms of Nicotine Withdrawal. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(5):522–533.
147. Jiang B, He Y, Zuo F, et al. Effectiveness Of Varenicline And Counselling For Smoking Cessation In An Observational Cohort Study In China. *BMJ Open* 2016;6:1-9.
148. Huesh SC, Huesh KC, Chou MY, et al. A Comparison of the Effectiveness of Varenicline and Transdermal Nicotine Patch in Outpatients Following a Standardized Smoking Cessation Program in Southern Taiwan. *Evaluation & the Health Professions* 2015;38(1):115-125.

149. Kazsa KA, Hyland AJ, Borland R. Effectiveness of Stop-Smoking Medications: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction* 2013;108(1):193-202.
150. Teker AG. Bir Göğüs Hastalıkları Hastanesinin Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların İzlem Sonuçları ve Bu Sonuçlara Etki Eden Faktörler, Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2016.
151. Schnoll RA, Goelz PM, Wilkins AV, et al. Long-term Nicotine Replacement Therapy: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2015;175(4):504-511.



8.EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

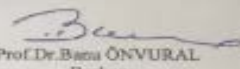
Konu: Karar hk.
Sayı : 169

15.02.2018

Sayın Prof.Dr.Vildan MEVSİM,

Kurulumuz tarafından 15.02.2018 tarih ve 3732-GOA protokol numaralı 2018/05-22 karar numarası ile gönderülen "Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli Kullanarak Saptanması" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Bana ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İçeraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:9 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 - Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İçeraltı-İZMİR	
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58	
FAKS	0 232 412 22 43	
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr	

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3732-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐	YÖKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli Kullanarak Saptanması	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÖN VANI/ADE/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Vildan MEVSİM Aile Hecimliği A.D.	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/01-33	Tarih:18.01.2019				
	Prof.Dr.Vildan MEVSİM 'in sorumlusu olduğu "Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli Kullanarak Saptanması" isimli klinik araştırmaya ait 22.11.2018 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma adının "Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörlerin Saptanması" olarak değiştirilmesi ile ilgili belge incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Can SEVİNÇ (Başkan)	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan Yardımcısı)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	KATILMADI
Doç.Dr.Nül Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Munir BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEÜ Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek 2. Sigara Bırakma Polikliniği Veri Formu

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ VERİ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni Durum:

Eğitim Durumu: 1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite

Telefon Numarası:

Başvuru: 1.Doktor önerisi 2.Kendi isteği 3.Diğer

Sigara Öyküsü

Sigarayı ilk kez kaç yaşında içtiniz?

Sigaraya başlama nedeni: 1.Merak 2.Çevrenin psikolojik baskısı 3.Kendini ispatlama
4.Özenti 5.Yasağa tepki 6.Stres, üzüntü

Sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişiklikler: 1.Değişmedi 2.Azaldı 3.Arttı

Şu anda günde içtiği sigara miktarı:

Sigara tüketimi (paket/yıl):

Sigarayı bırakmayı isteme neden(ler)iniz: 1.Şu andaki hastalık 2.İleride hastalanma korkusu
3.Çevreme zarar veriyor 4.Ekonomik nedenler
5.İnançlarından dolayı 6.Toplum baskısı
7.Utandığım için 8.Kokusundan öğrendiğim için
9.Doktor önerisi 10.Çevreye iyi örnek olmak için
11.İş yeri baskısı 12.Diğer

Daha önce bırakmayı denediniz mi? 1.Evet 2.Hayır

Daha önce bırakmayı denediğinizde karşılaştığınız güçlükler nelerdir?

1.Sinirlilik 2.Konsantrasyon bozukluğu 3.Baş ve yüzde uyuşma 4.Uyku bozukluğu
5.Dengesizlik 6.Aşırı sigara içme isteği 7.Kabızlık 8.Baş ağrısı 9.İştah artışı
10.Ağız yaraları 11.Zorluk yok

Sigara içme isteğini arttıran nedenler: 1.Çay 2.Yemekten sonra 3.Stres 4.Kahve 5.Alkol
6.Diğer

Yakın Çevre Anamnezi

Evde kendinizden başka sigara içen var mı?

İş yerinde birlikte çalıştığınız kişiler sigara içiyor mu?

Özgeçmişi

Geçirdiği hastalıklar:

İlaç öyküsü:

Kaza-operasyon hikayesi:

Soygeçmişi

Diyabet:	Akciğer kanseri:	Diğer kanserler:	Angina:
İnfarktüs:	Kr. bronşit:	Hipertansiyon:	Peptik ülser:
Hiperlipidemi:	Damar tıkanıklığı:		

Sistem Sorgulaması

Baş-boyun:	Baş ağrısı-dönmesi Paslı dil Dişlerde sararma	Gözlerde kızarıklık-kanlanma Kötü tat Burun tıkanıklığı
Solunum sistemi:	Öksürük Kan tükürme	Balgam Nefes darlığı Göğüs ağrısı
Kardiyovasküler sistem:	Angina Çarpıntı	Ortopne PND
Gastrointestinal sistem:	Bulantı-kusma İshal	Midede ekşime-yanma Kabızlık
Ürogenital sistem:	Noktüri	Dizüri Libido kaybı
Nörolojik sistem:	Konfüzyon	Kafa travması

Fizik muayene

TA:	Nabız:	Solunum sayısı:
Oilt-mukoza:		
Baş-boyun:		

Solunum sistemi:
Kardiyovasküler sistem:
Gastrointestinal sistem:
Genitoüriner sistem:
Diğer:

Laboratuvar Sonuçları

Hemogram:			
Kolesterol:	Trigliserid:	HDL:	LDL:
AST:	ALT:		
AC grafisi:			
EKG:			
SFT:			

EK 3. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

FAGERSTROM NIKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

Soru 1: Sabah uyandıktan sonra ilk sigaranızı ne zaman içersiniz?

1. Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde (3 puan)
2. 6-30 dakika içinde (2 puan)
3. 31-60 dakika içinde (1 puan)
4. Bir veya daha fazla saatten sonra (0 puan)

Soru 2: Sigara içme yasağı olan yerlerde bu kurala uymakta zorlanıyor musunuz ?

1. Evet (1 puan)
2. Hayır (0 puan)

Soru 3: Günün hangi saatinde içtiğiniz sigaradan vazgeçemiyorsunuz?

1. Sabah içtiğim ilk sigardan (1 puan)
2. Diğer herhangi birinden (0 puan)

Soru 4: Gün içinde kaç adet sigara içiyorsunuz?

1. 31 adet daha fazlası (3 puan)
2. 21 -30 adet (2 puan)
3. 11-20 adet (1 puan)
4. 10 adet veya daha az (0 puan)

Soru 5: Sabahın ilk saatlerinde, günün diğer saatlerine göre daha mı sık sigara içersiniz ?

1. Evet (1 puan)
2. Hayır (0 puan)

Soru 6: Yatakta yatacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ?

1. Evet (1 puan)
2. Hayır (0 puan)

TOPLAM SKOR

- 0-2: Çok az bağımlılık
3-4: Az bağımlılık
5: Orta derecede bağımlılık
6-7: Yüksek bağımlılık
8-10: Çok yüksek bağımlılık

EK 4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

- | | |
|--|---|
| 1. Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.
☐ Çoğu zaman
☐ Birçok zaman
☐ Zaman zaman, bazen
☐ Hiçbir zaman | 8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
☐ Hemen hemen her zaman
☐ Çok sık
☐ Bazen
☐ Hiçbir zaman |
| 2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
☐ Aynı eskisi kadar
☐ Pek eskisi kadar değil
☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil | 9. Sanki içim pır par ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
☐ Hiçbir zaman
☐ Bazen
☐ Oldukça sık
☐ Çok sık |
| 3. Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.
☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
☐ Hayır, hiç öyle değil | 10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
☐ Kesinlikle
☐ Gerekli kadar özen göstermiyorum
☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum |
| 4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
☐ Her zaman olduğu kadar
☐ Şimdi pek o kadar değil
☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
☐ Artık hiç değil | 11. Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
☐ Gerçekten de çok fazla
☐ Oldukça fazla
☐ Çok fazla değil
☐ Hiç değil |
| 5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
☐ Çoğu zaman
☐ Birçok zaman
☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
☐ Yalnızca bazen | 12. Olacakları zevkle bekliyorum.
☐ Her zaman olduğu kadar
☐ Her zamankinden biraz daha az
☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
☐ Hemen hemen hiç |
| 6. Kendimi neşeli hissediyorum.
☐ Hiçbir zaman
☐ Sık değil
☐ Bazen
☐ Çoğu zaman | 13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
☐ Gerçekten de çok sık
☐ Oldukça sık
☐ Çok sık değil
☐ Hiçbir zaman |
| 7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
☐ Kesinlikle
☐ Genellikle
☐ Sık değil
☐ Hiçbir zaman | 14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
☐ Sıklıkla
☐ Bazen
☐ Pek sık değil
☐ Çok seyrek |

EK 5. Hasta İzlem Veri Formu

Hasta İzlem Veri Formu

Poliklinik başvurunuz sonrasında sigarayı bıraktınız mı? 1.Evet 2.Hayır

Bıraktıysanız ne kadar süre ile:

Hangi yöntem ile? 1.Zyban 2.Champix 3.NRT 4.Psikoterapi

Kullandığınız yöntemi ne kadar süre ile kullandınız?

Şu anki sigara içme durumunuz: 1.Kullanmıyorum 2.Yeniden başladım

EK 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Tütün kullanımı önemli bir sağlık sorunu olup, bilinen en önemli önlenebilir hastalık ve erken ölümler sebebidir. Alınan önlemler doğrultusunda Türkiye'de sigara içme oranları düşmekte beraber ergenlerde sigara içme oranları yükselmektedir. Halen sigara bırakma tedavisinde kullanılan davranışçı tedaviler bireylere çağrışımlardan kaçınmayı, olumlu duygu durumu korumayı, sigara içmek yerine başka etkinlikler yapmayı ve sosyal destek mekanizmaları geliştirmeyi öğretmektedir. Ancak bağımlılık döngüsü uzun süreli kınması mümkün olmamaktadır.

Sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarda da başarı oranının düşük olması nedeniyle bırakma başarısını etkileyen faktörleri tespit etmek ve tedavi sürecini bu faktörlere göre şekillendirmek, sigara bırakma başarısını artırmak açısından önemlidir. Bu araştırmanın amacı; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniğine 2014 - 2017 yılları arasında başvurmuş olan hastaların sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri saptamaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara telefonda ulaşılabilecek, sigara bırakma durumu, kullanılan tedavi ve yan etki gibi soruları içeren kısa bir anket uygulanacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddetme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmaması veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmaması aldığınız sağlık hizmetini etkilemeyecektir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınız gizli kalacaktır. Bu araştırma dahilinde toplanan hasta bilgileri katılımcıların kimlikleri belli olmayacak şekilde bu araştırma için kullanılacaktır.

(Katılımcı/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. Ayşe Özge ALTIN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine özen gösterileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacağını ve kişisel bilgilerimin korunacağını biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi kopuluyla araştırmacı tarafından araştırmaya dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına

girmiyorum. Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımuma ve hekim ile olan ilişkiime herhangi bir zarar getirmeyeceğini biliyorum. Bana yapılan tüm aşkdamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

KATILIMCI İLE GÖRÜŞEN HEKİM

Adres: DEÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı 35340 Balçova-İZMİR

Tel: 0232 4124951

İmza: