



T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ

**SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURARAK
SİĞARAYI BİR YIL veya DAHA UZUN SÜRE BIRAKMIŞ
BİREYLERİN YENİDEN SİĞARAYA BAŞLAMA SIKLIĞI ve
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

ABDULKADİR SÖZEN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

İZMİR

HAZİRAN 2022

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURARAK
SİGARAYI BİR YIL veya DAHA UZUN SÜRE BIRAKMIŞ
BİREYLERİN YENİDEN SİGARAYA BAŞLAMA SIKLIĞI ve
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Abdulkadir SÖZEN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: DOÇ. DR. TOLGA GÜNVAR

İZMİR

HAZİRAN 2022

TEŐEKKÖR

Tezimin oluőum sürecinde ve yazım aşamasında her zaman destek olup eğitimimin her safhasında büyük katkıları olan sevgili hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Tolga Günvar'a emeklerinden dolayı içtenlikle teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde arkamda desteğini hissettiğim, beni bugünlere getiren ve tezimin her süresince yardımını esirgemeyen aileme minnet ve sevgilerimi sunarım.

Verilerimi topladığım süre boyunca her türlü yardımda bulunan ve desteğini sürekli hissettiğim sevgili hocam Prof. Dr. Vildan Mevsim'e teşekkür ederim.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini bana aktaran değerli hocalarıma, beraber bilgi paylaşımı yaptığım asistan arkadaşlarıma bana katmış oldukları değerler için teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Dr. Abdulkadir Sözen

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ.....	i
KISALTMALAR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	8
2. GENEL BİLGİLER.....	11
2.1. Tütünün Genel Özellikleri ve Tarihçesi	11
2.2. Tütünün Kullanım Şekilleri.....	12
2.3. Tütünün İçeriği.....	13
2.4. Sigara Epidemiyolojisi	13
2.5. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Sağlığa Zararları	15
2.5.1. KOAH	15
2.5.2. Akciğer Kanseri	16
2.5.3. Diğer Kanseler	16
2.5.4. Kardiyovasküler Sistem	17
2.5.5. Diğer Sistemler	17
2.6. Pasif İçicilik.....	18
2.7. Sigarayla Bırakmanın Önemli Etkileri	19
2.8. Sigaranın Maliyeti	20
2.9. Sigara Bırakıldıktan Sonra Yaşanabilecek Sorunlar.....	20
2.9.1. Nikotin Yoksunluk Sendromu	20
2.9.2. Rekürren Aftöz Stomatit.....	21
2.9.3. Kilo Alma.....	22
2.9.4. Depresyon	22
2.10. Tütün Kontrolü	22

2.11. Tütün Bağımlılığı	26
2.12. Sigara Bırakma Yöntemleri	27
2.12.1. Davranış Terapileri	30
2.12.2. Farmakolojik Tedaviler	31
2.12.2.1. Nikotin Yerine Koyma Tedavisi(NKYT).....	31
2.12.2.1.1. Nikotin Sakızı	32
2.12.2.1.2. Nikotin Bandı	32
2.12.2.1.3. Nazal Sprey	32
2.12.2.1.4. İnhaler Nikotin.....	32
2.12.2.1.5. Sublingual Tablet.....	33
2.12.2.2. Bupropiyon.....	33
2.12.2.3. Vareniklin.....	33
2.12.2.4. Rimmonabant.....	34
2.12.2.5. Nortriptilin	34
2.12.2.6. Klonidin	34
2.12.3. Özel Gruplarda Tedavi Seçimi	35
2.12.3.1. Adölesan ve Çocuk.....	35
2.12.3.2. Psikiyatrik Hasta.....	35
2.12.3.3. Gebe.....	35
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	36
3.1. Araştırmanın Modeli	36
3.2. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri	36
3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri:	36
3.2.2. Dışlama Kriterleri:.....	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.4. Veri Toplama Araçları.....	36
3.5. Verilerin Toplanması.....	40

3.6. İstatistiksel Analiz.....	40
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	41
3.8. Gerekli İzinler	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	42
4.1.1. Demografik Özellikler	43
4.1.2. Genel Sağlık Özellikleri.....	46
4.1.3. Sigara Öyküsü Özellikleri	48
4.1.4. Sigara Bırakma Evresi	50
4.1.5. Sürdürme Dönemi.....	52
4.2. Analitik bulgular	54
4.2.1. Demografik Özellikler	54
4.2.2. Genel Sağlık Özellikleri	56
4.2.3. Sigara Öyküsü Özellikleri	57
4.2.4. Sigarayı Bırakma Evresi	59
4.2.5. Sürdürme Dönemi	61
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	69
7. KAYNAKÇA.....	70

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Verileri Toplanırken Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurduktan Sonra Geçmiş Olan Süre.....	42
Tablo 2. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu	42
Tablo 3. Katılımcıların Yaşı	43
Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyeti.....	43
Tablo 5. Katılımcıların Eğitim Durumu.....	44
Tablo 6. Katılımcıların Mesleği.....	44
Tablo 7. Katılımcıların Medeni Durumu	45
Tablo 8. Katılımcıların Gelir Durumu	45
Tablo 9. Aynı Evde Çocuk Varlığı	45
Tablo 10. Katılımcıların Hastalık ve İlaç Kullanım Durumu	46
Tablo 11. Katılımcıların Alkol, Kahve ve Çay Alışkanlık Durumu.....	47
Tablo 12. Sigaraya Başlama Yaşı.....	48
Tablo 13. Sigarayı Bırakmadan Önce Günlük Tüketilen Sigara Miktarı.....	48
Tablo 14. Sigarayı Bırakmadan Önceki Fagestrom Evresi	49
Tablo 15. Daha Önce Sigarayı Bırakma Deneyimi.....	49
Tablo 16. Sigarayı Bırakmadaki En Önemli Faktör	50
Tablo 17. Sigarayı Bırakma Döneminde Poliklinikte Yapılan İzlem Durumu.....	50
Tablo 18. Sigarayı Bırakması İçin Uygulanmış Olan Tedavi.....	51
Tablo 19. Sigarayı Bırakma Döneminde Alınan Destek (1-5)	51
Tablo 20. Sigarayı Bırakma Döneminde Ne Şiddette Yaşadığı (1-5).....	52
Tablo 21. Sigarayı Bırakma Döneminde Çevresinde Sigara İçilme Durumu.....	52
Tablo 22. Sigarayı Bırakma Döneminde Önemli Yaşam Olayı ve Kilo Alma Durumu ..	53
Tablo 23. Sigaraya Tekrar Başlama Nedeni	54
Tablo 24. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların yaşlarının aritmetik ortalaması ve standart sapması	54
Tablo 25. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların demografik özellikleri	55
Tablo 26. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların genel sağlık özellikleri.....	56

Tablo 27. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigaraya kaç yaşında başladıklarının ve sigarayı bırakmadan önce günlük içilen sigara adedi	57
Tablo 28. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmadan önceki günlük içilen sigara adedi	58
Tablo 29. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların daha önceden sigarayı bırakma deneyimi	58
Tablo 30. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakma döneminde sigarayı bırakması için en önemli faktör ve sigara bırakma polikliniğinde izlem yapılıp yapılmadığı	59
Tablo 31.Yapılan izlem sayısı.....	59
Tablo 32.Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakma sürecinde sigara bırakma polikliniğinden, kendi aile hekiminden, ailesinden ve arkadaş çevresinden almış olduğu destek	60
Tablo 33.Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmayı sürdürme döneminde aşırma, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk ve çökkün ruh hali semptomları.....	61
Tablo 34.Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmayı sürdürme döneminde ev ortamında, çalıştığı iş ortamında ve arkadaş çevresinde sigara kullanan	61
Tablo 35.Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmayı sürdürme döneminde ölüm, boşanma, iflas gibi önemli yaşam olayları	62

KISALTMALAR

FNBT	Fagestrom Nikotin Bağımlılık Testi
IARC	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
NYKT	Nikotin Yerine Koyma Tedavisi
MG	Motivasyonel Görüşme
NAC	Nukleus Akumbens
VTA	Ventral Tegmental Alan
ASM	Aile Sağlık Merkezi
DEU	Dokuz Eylül Üniversitesi
Art. Ort.	Aritmetik Ortalama
f	Frekans
p	Anlamlılık Değeri
n	Örneklem Sayısı
Ss	Standart Sapma
t	t Testi Sonucu Elde Edilen Değer

SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURARAK SİĞARAYI BİR YIL veya DAHA UZUN SÜRE BIRAKMIŞ BİREYLERİN YENİDEN SİĞARAYA BAŞLAMA SIKLIĞI ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Yüksek Lisans Tezi

Dr. Abdulkadir SÖZEN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ÖZET

Sigara, birçok kullanıcısının ölümüne neden olan tek yasal maddedir. Yılda çoğu kısmı erken ölüm olan ortalama altı milyon ölüme neden olmaktadır. Bu altı milyon ölümün altı yüz bin tanesi pasif içicilerde meydana gelmektedir. Sigara kullanımı bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan ötürü engelliliklere ve ölüme neden olmaktadır. Aynı zamanda bulaşıcı hastalıklardan dolayı meydana gelen ölümlerde risk artışına neden olmaktadır (1). Dünyadaki 1,3 milyar tütün kullanıcısının %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerdeki başlıca ölüm, hastalık ve yoksullaşma nedeni sigara kullanımıdır. Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden birisidir (2). Sigara tütün ve tütün ürünleri içinde en yaygın kullanılanıdır ve toplum sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur (3). Sigara ile ilişkili ölümlerin 2015 yılında HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immune Deficiency Syndrome) epidemisinin neden olduğu ölümlerden %50 daha fazlasına yol açacağı ve meydana gelen tüm ölümlerin yaklaşık %10'undan sorumlu olacağı, 2030 yılında sigara ile ilişkili ölümlerin gelişmiş ülkelerde %9 azalacağı fakat gelişmekte olan ülkelerde %100 artarak 8.3 milyon ölüme ulaşacağı tahmin edilmektedir (4). Türkiye sigara içme oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasındadır (5). Ülkemizde sigara içenlerin yarısından çoğu (%55,1) sigarayı bırakmayı düşünmektedir (6).

Çalışmamızın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniğine ve 1 Ocak 2015-31 Aralık 2019 tarihleri arasında ayaktan başvuranların en az bir yıl sigarayı bıraktıktan sonra sigara kullanmaya tekrar başlama sıklığını ve tekrar başlaması ile ilişkili faktörleri saptayabilmektir.

Kesitsel analitik çalışma modelinde planlanmış olan bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniğine 1 Ocak 2015-31 Aralık 2019 tarihleri arasında ayaktan başvuran 611 katılımcı dahil edilip araştırma yapılmıştır. Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu ve sigarayı bırakmak için sigara bırakma polikliniğine başvuru anındaki Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) sonucu kullanılmıştır.

Katılımcılardan sigarayı bir yıl ve daha uzun süre bırakanların %56'sının tekrar sigara kullanmaya başladığı görülmüştür. Yaşadığı evde çocuk varlığı sigarayı bıraktıktan sonra tekrardan başlamamayı etkilediği görülmüştür ($p:0.016$). İzlem yapılan hastaların sigarayı bıraktıktan sonra sürdürme döneminde hiç izlem yapılmayanlara göre daha başarılı olduğu gözlenmiştir ($p:0.034$). Sigara bırakma polikliniğinden aldıkları destek puan ortalamasının sigara kullanmaya başlamayanlarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p:0.01$).

Anahtar kelimeler: sigara bırakma, tekrardan başlama, Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT)

Tezin Sayfa Adedi: 80

Danışman: Doç. Dr. Tolga GÜNDAR

FREQUENCY OF RE-SMOKING AND RELATED FACTORS OF INDIVIDUALS WHO HAVE STOPPED SMOKING FOR ONE YEAR OR MORE BY APPLYING TO THE SMOKING CESSATION POLYCLINICS

Master Thesis

Dr. Abdulkadir SÖZEN

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY, HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Department of Family Medicine

ABSTRACT

Cigarettes are the only legal substance that has killed many of its users. It causes an average of six million deaths a year, most of which are premature deaths. Six hundred thousand of these six million deaths occur in passive smokers. Smoking causes disability and death due to chronic non-communicable diseases. At the same time, it causes an increase in the risk of death due to infectious diseases (1). More than 80% of the world's 1.3 billion tobacco users live in low- and middle-income countries. The main cause of death, disease and impoverishment in these countries is smoking. The tobacco epidemic is one of the biggest public health threats facing the world (2). Cigarette is the most widely used among tobacco and tobacco products and is an important problem threatening public health (3). It is expected that smoking-related deaths will cause 50% more than the deaths caused by the HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immune Deficiency Syndrome) epidemic in 2015 and will be responsible for approximately 10% of all deaths in 2030. It is estimated that it will decrease by 9%, but will increase 100% in developing countries and reach 8.3 million deaths (4). Turkey is among the countries with high smoking rates (5). In our country, more than half of smokers (55.1%) consider quitting smoking (6).

The aim of our study is to determine the frequency of re-starting smoking and the factors associated with re-starting after quitting smoking for at least one year in outpatients who applied to Dokuz Eylul University Family Medicine smoking cessation outpatient clinic between January 1, 2015 and December 31, 2019.

This study, which was planned in a cross-sectional analytical study model, included 611 outpatients who applied to the Dokuz Eylul University Family Medicine smoking

cessation outpatient clinic between January 1, 2015 and December 31, 2019. In the study, the data collection form prepared by the researchers and the Fagerstrom Nicotine Dependence Test (FNBT) result at the time of application to the smoking cessation outpatient clinic were used to quit smoking.

It was observed that 56% of the participants who quit smoking for one year or longer started smoking again. It has been observed that the presence of children in the house where they live affects not starting again after quitting smoking ($p:0.016$). It was observed that the patients who were followed up were more successful in the continuation period after quitting smoking than those who were not followed up at all ($p:0.034$). It was observed that the mean score of support they received from the smoking cessation outpatient clinic was higher in those who did not start smoking ($p:0.01$).

Keywords: smoking cessation, relapse, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FNBT)

Number of Pages of the Thesis: 80

Supervisor: Doç. Dr. Tolga GÜNVAR

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sigara, birçok kullanıcısının ölümüne neden olan tek yasal maddedir. Yılda çoğu kısmı erken ölüm olan ortalama altı milyon ölüme neden olmaktadır. Bu altı milyon ölümün altı yüz bin tanesi pasif içicilerde meydana gelmektedir. Sigara kullanımı bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan ötürü engelliliklere ve ölüme neden olmaktadır. Aynı zamanda bulaşıcı hastalıklardan dolayı meydana gelen ölümlerde risk artışına neden olmaktadır (1).

Dünyadaki 1,3 milyar tütün kullanıcısının %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerdeki başlıca ölüm, hastalık ve yoksullaşma nedeni sigara kullanımıdır. Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden birisidir (2).

Sigara tütün ve tütün ürünleri içinde en yaygın kullanılanıdır ve toplum sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur (3). Sigara bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından nükslerle seyreden kronik bir hastalık olarak tanımlanır (7). Aktif ve pasif sigara içimi bütün organ, doku ve sistemleri etkileyerek ölümlere, hastalıklara, sakatlıklara yol açar (3) (8).

Avrupa'da 2012 yılında yayınlanan bir araştırmaya göre nüfusun dörtte birinden fazlası (%28) sigara içmektedir ve 25-39 yaş grubunda sigara içenlerin oranı %37'dir. Tütün bu maddeyi düzenli kullananların %50'sinin ölümünden sorumludur. Her yıl 500.000 Avrupalı sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle ölmektedir (9).

Tütün kullanımı nedeniyle, 2030 yılına gelindiğinde ölen kişi sayısının 8 milyon olacağı, yirmi birinci yüzyıl boyunca 1 milyara yakın kişinin sigara nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir (3) (10).

Dünya Bankasının "Salgını Durdurmak: Hükümetler ve Tütün Kontrolünün Ekonomisi" başlıklı raporunda 2020 yılına kadar sigaraya başlama oranı %50 azaltılabilirse, tütüne bağlı ölümlerin 2050 yılında 520 milyondan 500 milyona ineceği, 2020 yılında halen sigara içenlerin yarısı sigarayı bırakırsa tütüne bağlı ölümlerin 2050 yılında 520 milyondan 340 milyona gerileyeceği öngörülmektedir (11).

Sigara ile ilişkili ölümlerin 2015 yılında HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immune Deficiency Syndrome) epidemisinin neden olduğu ölümlerden %50 daha fazlasına yol açacağı ve meydana gelen tüm ölümlerin yaklaşık %10'undan sorumlu olacağı,

2030 yılında sigara ile ilişkili ölümlerin gelişmiş ülkelerde %9 azalacağı fakat gelişmekte olan ülkelerde %100 artarak 8.3 milyon ölüme ulaşacağı tahmin edilmektedir (4).

Türkiye sigara içme oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasındadır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre (KYTA) Türkiye'de 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31.2'si (yaklaşık 16 milyon kişi) halen sigara içmektedir. Sigara içme sıklığı (her gün ve ara sıra kullanan) erkeklerde %47.9 kadınlarda %15.2'dir. Erkeklerin %43.8'i, kadınların ise %11.6'sı her gün sigara içmektedir (5).

Ülkemizde sigara içenlerin yarısından çoğu (%55,1) sigarayı bırakmayı düşünmektedir (6).

2008 yılında toplam 8 tane randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında sonuç olarak; sigara bırakma polikliniklerine başvuran ve bırakan hastaların %60'ı ilk bir yıl içinde tekrardan başlamaktadır. Bir yıl içinde başlamayanların ise her yıl %10'u tekrardan başlamaktadır (12).

2010 yılında yapılan bir çalışmada ileri yaş, yüksek eğitim düzeyi, evli olmak ve sık aile hekimi kontrolü sigaranın uzun dönemde relaps riskini azaltırken; sigarayı bıraktığı dönemde ruh sağlığı sorunları olması ve eşinin sigara kullanması uzun dönemde relaps riskini arttırdığı saptanmıştır (13).

2002 yılında yapılan bir araştırmada en az iki yıl sigarayı bırakanlarda relaps riski 2-6 yılları arasında her yıl %2-4 arasında değişirken 10 yıl ve üzeri bırakanlarda ise %1 oranında relaps saptanmıştır. Aynı çalışmada alkol ve kahve tüketimi uzun süreli relapsta risk faktörü olarak saptanmıştır (14).

2012 yılında yapılan başka bir çalışmada ise sigaraya başlama yaşı büyüdükçe relaps riskinin azaldığı gözlenmiştir (15).

Biz çalışmamızda sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların en az bir yıl sigara kullanmadıktan sonra tekrar başlama sıklığını ve ilişkili faktörleri saptamayı amaçladık.

Sigara bırakma başarısı ile ilgili çalışmaların çoğu başarı ölçütü olarak 6 aylık veya bir yıllık süreleri kabul etmektedir. Oysa bir yıllık sigara bırakma süreci sonrasında sigaraya başlayan pek çok birey bulunmaktadır. Türkiye'de bu bir yıl sonrası sigara bırakma başarısını ölçen kapsamlı bir araştırma bulunmamaktadır. İlk yıl için geçerli olan relaps faktörlerinin

daha uzun süreler için de geçerli olup olmadığının bulunması daha uzun süre sigara bırakma başarısı sağlama yönünde önemli veriler sağlayacaktır.

Çalışmamızın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniğine ve 1 Ocak 2015-31 Aralık 2019 tarihleri arasında ayaktan başvuranların en az bir yıl sigarayı bıraktıktan sonra sigara kullanmaya tekrar başlama sıklığını ve tekrar başlaması ile ilişkili faktörleri saptayabilmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütünün Genel Özellikleri ve Tarihçesi

Tütün (*Nicotiana tabacum*) yapraklarından yararlanılan ve dünya üzerinde çok yaygın olarak kullanılan bir bitkidir. Tütün yaprakları, sigara, puro, pipo ve nargile gibi çeşitli şekillerde kullanılmaktadır. Tohumları %34-45 oranında yağ içermektedir. Bitki kazık köklü olup lifli yan köklere sahiptir. Sap odunumsu ve dik yapıdadır ve 50-250 cm boyolanabilir. Yapraklar dik olarak sapa tutunur. Yaprakları saplı ve sapsız olarak bitkinin sapına bağlanır. Tütün çeşitlerine göre yapraklar karınlı-karınsız, omuzlu-omuzsuz ve uç kısmı küt ve sivri olabilir. Yapraklar salgı tüyleriyle kaplıdır. Yaprak bileşimi ve yapısına göre tütünler sigara, puro, pipo, çiğneme ve enfiye olarak gruplandırılırlar. Tütünün çiçekleri beyaz, kırmızı ve pembe renkte olur. Çiçekteki döllenen yumurtalığın gelişmesiyle tütünün meyvesi (kapsül) meydana gelir. Bir bitki yaklaşık olarak 40-200 adet kapsül verir. Kapsüldeki tohum sayısı 2500-8000 adet arasındadır. Tohumları çok küçük olup kahverengiden siyaha kadar değişen renklindedir (16).

Tarih verileri incelendiğinde tütün tarımı milattan önce 6000 yılında Amerika kıtasında başlamış ve 4500 yıl sonra Orta Amerika'daki Mayalar kullanmaya başlamıştır. Yerliler kuru tütün yapraklarını sararak veya ufalayarak ilkel pipolarda kullanmaktaydı. Bazılarının ise tütünden yapılmış sakızları çiğnedikleri, tütün tozlarını derilerine sürdükleri veya lavman gibi kullandıkları anlaşılmaktadır. Sonraları tütün üretimi ve kullanımı kuzeyde Kızılderililer, güneyde de İnkalar'a geçmiştir (17).

Avrupalılar tütünü 1492 yılında Christopher Columbus sayesinde öğrenmişlerdir (18). Küba adasındaki yerliler tütünü dini törenlerde ve şölenlerde içmekteydiler. Avrupa'dan gelen denizcilere ikram ettikleri bu nesneyi Tobacos olarak tanıtmışlardır.

Kuzey Amerika'da tütün üretimi 1800 yılında başlamıştır. Sigara yapan makineler 1881 yılında Birleşik Amerika'da icat edilmiştir. 1939 yılında Birleşik Amerikalı Dr. Ochsner tarafından sigara ile akciğer kanseri arasında ilişki ortaya konulmuştur. ABD'de sağlıktan sorumlu makam sigaranın erkeklerde akciğer kanseri yaptığını 1964 yılında ilan etmiştir (18).

Osmanlıda tütün içimi 1500'li yıllarda Mısır'da başlamıştır. 1853-1856 yılları arasında Kırım Savaşı'nda Osmanlı askerleri İngiliz ve Fransız subaylarının kıyılmış şark tütününü kâğıda sararak sigara şeklinde içtiklerini görmüşler ve kısa sürede bu kullanım şeklini benimsemişlerdir. Osmanlı hükümeti 1884 yılında ekonomik nedenler dolayısıyla tütün

ekiminin yarı hissesini Fransız Reji şirketine vermiştir. Cumhuriyet döneminde 4 Mart 1925 günü kurulan Ulusal Tekel ile bu durumun sona erdiği görülmüştür (17).

Tütün satın alınması, işletilmesi ve sigara üretimi, satılması ile tütüne ait işlemlerin hükümet tarafından yürütülmesi 26.02.1923 tarih ve 558 sayılı yasa ile kabul edilmiştir. Tütün ve tütün mamüllerinin ithalatının yasaklanmasına 19.10.1983 tarih ve 2929 sayılı kanunla son verilmiştir (19) (20).

Türkiye’de 7.11.1996 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nden "Tütün ve Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine" dair 4207 sayılı yasa çıkmıştır (19) (20).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2003 yılında hazırlanan Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşması 27.04.2004 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanmıştır. Ulusal tütün kontrol programı Türk Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu üyelerinin de aktif katılımı ile oluşturulmuş, Ekim 2006 yılında Başbakanlık genelgesi ile yürürlüğe girmiştir (19) (20).

Kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından korumak ve herkesin en temel haklarından biri olan temiz hava soluyabilmesini sağlamak amacıyla 4207 sayılı Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’da 5727 sayılı Kanunla değişiklik yapılmış ve bir bölümü 19/5/2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir (21) (22).

Ülkemiz insanının tütünden gelecek zararlara karşı sağlığını korumak amacıyla 19 Ocak 2008 tarihinde kabul edilen, 19 Mayıs 2008’de yürürlüğe giren 5727 sayılı yasa, tam reklam yasağını zorunlu kılmıştır (21) (22).

2.2.Tütünün Kullanım Şekilleri

Tütün, insanlar tarafından tanınmasından günümüze kadar geçen zaman içinde çeşitli şekillerde kullanılmıştır.

Tütünün doğrudan doğruya dumansız olarak kullanım şekilleri: Çiğneme, enfiye, nikotin preparatları halinde (nikotin suyu, sakızı, lolipopu, bandı, tableti, granülleri, spreyi, elektronik sigara) kullanımıdır.

Tütünün yanmasından oluşan dumanın kullanım şekilleri: Tütsü, sigara, puro, pipo ve nargiledir (23).

Tütünün başka amaçlarla sanayide kullanımı: Tohumundan yağ çıkarılır. Gübre olarak kullanılır. Selüloz sanayinde kâğıt elde etmek için kullanılır. Böcekilacı olarak kullanılır. Yapraklarından nikotin çıkarılır. Çiçekleri esans ve kolonya üretiminde kullanılır. Külünden potasyum karbonat elde edilir (24).

Tütün çeşitli şekillerde kullanılmasına rağmen dünyada en çok keyif verici olarak kullanılmakta ve ekonomide bu özelliği ile yer almaktadır. Günümüz dünyasında tütün denince akla sigara gelmektedir (25).

2.3.Tütünün İçeriği

Tütün dumanı içinde katran, nikotin, aromatik hidrokarbonlar, fenol, kresol, β -Naftilamin gibi bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4.000'den fazla madde bulunmaktadır. Akciğere çekilip sonra dışarıya verilen dumanın %92-95'i gaz fazındadır ve 1 ml'de 0,3–3,3 milyar partikül içerir. Ortalama partikül çapı solunabilir düzeyde olduğu bilinmektedir (26).

The International Agency for Research on Cancer (IARC) bu maddelerin 81 tanesinin karsinojen olduğunu bildirmiştir. IARC tütün dumanını Grup1 (kanseri yaptığı bilinen) karsinojen olarak kabul etmiştir. 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 (27).

Grup1 (kanseri yaptığı bilinen) bazı maddeler: benzen, kadmiyum, vinil klorid, radon-222 ve radyoaktif bileşikler.

Grup2A (insanda kanser yapması olası) bazı maddeler: benzoapiren, N-Nitrozodietilamin(DEN), N- Nitrozodimetilamin (DMN), azot hardalı.

Grup2B (insanda kanser yapabilen) bazı maddeler: asetaldehit, propilen oksit, vinil asetat, aromatik aminler.

2.4.Sigara Epidemiyolojisi

Sigara içme sıklığı, eğitim, sosyoekonomik durum, yaşanan bölge, ırk gibi faktörlere bağlı olarak farklılıklar göstermekle birlikte günümüzde gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşının ortalama 14 olduğu bilinmektedir. Dünyada her gün 80.000-100.000 gencin

tütün bağımlısı olduğu bildirilmektedir (28). Bu durum dünya çapında tütün kullanımı konusunda alınması gereken birçok önlem olduğunun açık bir göstergesidir.

Sigara tüm toplumlar için çok ciddi bir sağlık sorunudur. Tüm dünyada 15 yaş üzerindeki insanların 1,2 milyarı tarafından kullanılmakta ve bunların %80'i gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde bulunduğu bilinmektedir (29).

Dünya genelinde erkeklerde sigara kullanım oranı gelişmiş ülkelerde %35, gelişmekte olan ülkelere %50, kadınlarda ise gelişmiş ülkelere %24, gelişmekte olan ülkelere %7 düzeyinde olduğu saptanmıştır (30). Gelişmekte olan ülkelere kadınlarda sigara kullanım sıklığının arttığı gözlemlenmiştir.

Nüfus artışlarının yüksek olması, kadınların sosyal statülerinin yükselmesi, sağlık konusundaki bilgisizlik ve sigara bağımlılığı ile mücadele yöntemlerinin yetersizliği bu ülkelere sigara kullanımının artmaya devam etmesine neden olacaktır. Bununla beraber gelişmiş ülkelere sigara ile ilgili çeşitli kısıtlamalarla karşılaşan büyük sigara şirketlerinin yeni pazar arayışı ile üçüncü dünya ülkelere yönelmeleri de bu ülkeler açısından sigara kullanım oranlarını artırmaktadır (31).

1990 yılından itibaren Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan TEKHARF çalışmasına göre, erişkin erkeklerin %59,4'ü, kadınların ise %18,9'u sigara içmektedir. 2000 yılında yapılan taramalarda erkeklerde sigara içme prevalansı %11 oranında azalmışken özellikle genç kadınlarda bu oranın artmış olduğu tespit edilmiştir (32) (33).

Yapılan değişik çalışmalarda, Türkiye genelinde üniversite öğrencileri arasında sigara içme oranı %23-48 arasında bulunmuşken, lise öğrencilerinde %20, 13-15 yaş grubundaki ilköğretim öğrencilerinde ise %9 olarak bulunmuştur (34).

Türkiye'de 2012 yılında yapılan küresel erişkin tütün araştırması sonucu 15 yaş üstü erişkin grupta toplam tütün kullanım sıklığı %27,1'dir. Sigara kullanım oranı kadınlarda %13,1 erkeklerde %41,5 olarak bulunmuştur. Yapılan çeşitli çalışmalarda ülkemizde sigaraya başlama yaşının 13-17 arasında değiştiği gösterilmiştir (31).

Dünya Sağlık Örgütü, 21. yüzyılda herkes için sağlık kapsamında "Sağlık 21" sloganı ile tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddeleri 12. hedef olarak ele almıştır. 2015 yılına kadar üye ülkelerin tümünde tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddelerin sağlık üzerindeki negatif etkilerinin azaltılması hedeflenmiştir. Öncelikle tüm ülkelere sigara içmeyenlerin oranının,

on beş yaş üzerinde en az %80, on beş yaş altında %100'e yakın olmasının gerekliliği ifade edilmiştir (34).

2.5.Tütün ve Tütün Ürünlerinin Sağlığa Zararları

Sigara başlıca kalp damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kanserler olmak üzere neredeyse bütün vücuda zararları olan ve yüksek bağımlılık yapan bir maddedir. Sigara kullanımının yaygınlaşması ile zararları da fark edilmeye başlanmıştır. İngiltere’de 1761 yılında John Hill, tütün enfiyesi kullananlarda burun kanseri riskinin arttığını “Caution against the immoderate of snuff” adlı yazısıyla uyardı (35). Almanya’da, 1795 yılında, Anatomi Profesörü Sammuel Thomas von Soemmering pipo içenlerde dudak kanseri oluştuğunu rapor etti. Patolog Walter Walshe 1844’te yayımladığı kitabında sigaranın mekanik irritasyon, zihinsel zedelenme, sarhoşluk, neoplaziye yapısal yatkınlık yarattığından bahsetmiştir. 1950’li yıllara gelindiğinde, sigara akciğer kanseri ilişkisi Ernest Wynder ve Evarts Graham tarafından retrospektif bir çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmaya göre, 605 bronkojenik karsinomlu erkeğin %94’ü sigara içicisi, %4’ü pipo ve %2’si eski içiciydi (36). Yine 1950’de İngiltere’de, Richard Doll ve Bradford Hill bir prospektif kohort çalışmada akciğer kanseri hastalarının erkeklerde %100 ve kadınlarda %68 oranında sigara içicisi olduğunu gösterdi (37). Oscar Auerbach, 1957’de sigara içen ve içmeyen kişilerin trakeobronşial kesitlerini karşılaştırdı: Bazal hücre hiperplazisi, skuamoz metaplazi ve karsinoma insitu sigara içmeyenlere göre daha yaygındı ve orta ve ağır içicilerde daha ciddi düzeydeydi (38). Luther Terry, 1964’te sigaranın akciğer kanseri ve larinks kanseri ile ilişkili olduğunu ve sağlığa zararlı olduğunu bildirmiştir (39).

2.5.1. KOAH

Sigaranın neden olduğu en yaygın hastalıklardan biri Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığıdır (KOAH). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) tanımına göre KOAH hava yolu ve/veya alveollerin zararlı gaz ya da parçacıklara maruziyeti ile oluşan inatçı solunum şikâyetleri ve hava akımı kısıtlanması ile karakterize önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAH’ta kronik hava akımı kısıtlanması küçük hava yolları hastalığı ve parenkimal harabiyetin bir karışımıdır. Bu ikisi her zaman bir arada olmayabilir fakat zamanla değişik hızlarda gelişirler. Kronik inflamasyon akciğerde yapısal değişikliklere neden olur, küçük hava yollarında daralma ve akciğer parankiminde harabiyet ve akciğer esneme kapasitesinin azalmasına neden olur. KOAH’ta kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne arasında doz-yanıt ilişkisi vardır. Hava yolu epitelinde silier kayıp, müköz bez

hipertrofisi, goblet hücre sayısında artış ve permeabilite artışı bu semptomlardan sorumlu olan değişiklikler meydana gelir. KOAH başlıca iki grupta toplanır: Amfizem ve Kronik bronşit. Amfizem kısaca akciğerdeki alveoli adlı gaz değişim yüzeylerinin harabiyetidir. Kronik bronşit ise daha çok klinik bir tanı olup takip eden iki yıl içinde en az 3 ay boyunca öksürük ve balgam çıkarma durumudur. KOAH için alternatif tanımlamalar kullanıldığında ya da ileri yaşlarda mesleksi maruziyet ya da sigara içimiyle beraber kronik bronşit sıklığı artmaktadır. Akut akciğer olayları solunumsal şikâyetleri artırabilir. Kronik bronşit şikâyetleri olan birinde spirometri normal çıkabilir. Bu onların akciğerlerinde hasar olmadığı anlamına gelmez. Sigara içicilerinde hava yolu kısıtlanması bulguları olmasa bile amfizem, hava yolu duvarı kalınlaşması ve gaz hapsi gösterilmiştir (26) (40).

2.5.2. Akciğer Kanseri

Sigaranın neden olduğu bir diğer hastalık akciğer kanseridir. Akciğer kanseri tüm dünyada en yaygın görülen kanser tipidir. 1950 yılından itibaren sigara akciğer kanseri nedensellik ilişkisi gösterilmeye başlanmıştır. 1964 yılında Luther Terry, Surgeon General isimli raporunda sigaranın akciğer kanserine neden olduğunu ve sağlığa zararlı olduğunu belirtmiştir. Daha sonra yapılan çalışmalarda da sigaranın tüm akciğer kanseri histolojik tiplerine neden olduğu kanıtlanmıştır (37) (41) (42).

Akciğer kanseri Türkiye’de erkeklerde birinci kadınlarda dördüncü en sık görülen kanser türüdür. Türkiye kanser istatistikleri 2014 raporuna göre 2013 yılı akciğer kanseri sıklığı erkeklerde yüz binde 59.3, kadınlarda yüz binde 10.0’dır. En sık görülen histolojik tip küçük hücreli dışı akciğer kanseridir (43).

2.5.3. Diğer Kanseler

Sigara başlıca sebep olduğu akciğer kanseri dışında vücutta çok sayıda kanser türlerine neden olur. Bunlardan biri olan baş ve boyun kanserleri ağız, sinüs, larinks, nasofarinks ve orofarinks kapsar. Oral epitelyal displazi kanserleşme eğiliminin ilk bulgusudur. Baş ve boyun kanserlerinin yaklaşık %75’inin sigara ve alkol tüketimine bağlı olduğu tahmin edilmektedir (44) (45).

Mesane kanseri Türkiye’de erkeklerde en sık görülen dördüncü kanser türüdür. Sigara içimi mesane kanseri için en önemli risk faktörüdür. Sigara dumanındaki aromatik aminler ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar mesane kanserine neden olmaktadır. Sigara bırakma ile mesane kanseri riski belirgin olarak düşmektedir (46) (47). Sigara içmek ayrıca genitoüriner

sistemde böbrek, erkeklerde prostat, kadınlarda serviks kanseri riskini de artırmaktadır (45) (47) (48).

Sigara Akut Miyeloid Lösemi riskini de artırır (45).

2.5.4. Kardiyovasküler Sistem

Birçok prospektif çalışma sigara kullanan kadın ve erkeklerde miyokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp atakları, koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Sigara içenlerde KAH insidansı 2-4 kat artmıştır. KAH'dan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Ayrıca sigara, KAH'ın hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir (26).

Sigara miyokardda akut ve kronik değişikliklere sebep olur. Akut olarak sigara oksijen ihtiyacını arttırarak veya kan akımını azaltma yolu ile oksijen sunumunu azaltarak miyokard iskemisine yol açar. Bu değişiklikler koroner arter spazmı, trombosit agregasyonu ve adhezyonu ile sonuçlanabilir. Ayrıca sigara özellikle ventriküler fibrilasyon olmak üzere disritmilerin eşliğini azaltarak ani ölüme yol açabilir. Kronik olarak ise sigara kullanımı, tekrarlayan endotel hasarına yol açarak koroner ateroskleroza neden olur, düz kas proliferasyonunu stimüle ederek trombosit adherensini arttırır, LDL - kolesterolü arttırır veya HDL kolesterolü azaltır (26).

Birçok çalışma sigaranın hem kadın, hem erkekte inmelere yol açtığını göstermiştir. Sigara içenlerde inme riskinin içmeyenlerden 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Bu risk doza bağlıdır ve gençlerde daha güçlüdür (26).

2.5.5. Diğer Sistemler

Sigara içme ağız, özofagus, pankreas kanserleri ve kolorektal kanserler için risk faktörüdür. Pankreas kanseri sigara içenlerde içmeyenlere göre 2 kat daha sıktır (26).

Mide ve duodenum ülserleri ve Crohn Hastalığı gelişme riski sigara içenlerde artar. Sigara içmeyi bırakan hastalarda bu hastalıkların prognozu, bırakmayanlarla karşılaştırıldığında düzelmektedir. Buna karşılık ülseratif kolit hastalığının sigara içen hastalarda daha az görüldüğü saptanmıştır (26).

Sigara içen kadınların, içmeyenlere oranla kısırlılık riski daha yüksektir ve daha geç gebe kalmaktadırlar. Bununla birlikte prenatal sigaraya maruz kalan infantlarda birçok majör doğumsal defektin ortaya çıktığı bilinmektedir. Sigara içen kadınların amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz riskleri daha yüksektir. Bu kadınlarda menopoz ortalama olarak 1-2 yıl daha önce görülmektedir (46).

Sigara içen annelerin prematüre, düşük ağırlıklı bebek ve erken doğum ihtimalleri daha yüksektir. Ayrıca sigara içen kadınlarda ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski daha yüksektir. Yine sigara içen annelerin bebeklerini yeterince emziremedikleri, emzirme sürecinde ise sütle bebeğe nikotin geçtiği saptanmıştır. Tütün dumanındaki mutajenik ve karsinojenik maddeler plasentadan fetal dolaşıma rahatlıkla geçerler. Ancak tütün dumanında bulunan bu maddelerin hangi miktarda plasentaya geçtiği ve hangi bileşiklerin fetüse zarar verdiği büyük oranda bilinmemektedir. Bununla birlikte prenatal sigaraya maruz kalan infantlarda birçok majör doğumsal defektin ortaya çıktığı bilinmektedir. Gebelikte sigara içimi fetal hipoksi ve konjenital anomalilere neden olurken, lohusalıkta sigara içimi nikotinin prolaktini baskılamasından dolayı süt miktarının azalmasına neden olmaktadır. Sigara içen kadınlarda ektopik gebelik riski ise 2 kat daha yüksektir (47).

İskoçya'da yapılan bir retrospektif kohort çalışmada hamilelik süresince sigara içmenin sosyoekonomik durumu düşük olan kadınlarda yüksek olanlara göre ölü doğumu %38, ani bebek ölümünü %31 artırdığı gösterilmiştir (48).

Sigara dumanına maruz kalma ve astım, 0-5 yaşları arasında 4.331 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada incelenmiş, anneleri en az yarım paket sigara içen çocuklarda toplam 2,1 kat daha fazla astım görülme riskinin olduğu, ilk yaşta ise bu riskin 2,6 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Sigara ve atopi ilişkisi olarak; anneleri sigara içen çocuklarda cilt testlerinde allerji daha sık saptanmış, ebeveynleri sigara içen erkek çocukların kan IgE ve eozinofil düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (26).

2.6.Pasif İçicilik

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. Sigarada olduğu bilinen 3.850 madde ve bilinen 50 karsinojen madde yan dumanda ana dumandan daha yüksek oranda bulunmaktadır (49).

Sigara içmeyen kişilerdeki akciğer kanserlerinin önemli kısmı, başkalarının içtiği sigaraların dumanını solumaktan kaynaklanmaktadır. Pasif etkilenim sigara içmeyenlerde akciğer kanseri riskini %20-30 arttırmaktadır (51). Gelişmiş ülkelerde akciğer kanseri vakaları azalırken, son 20 yıl içinde tüm kanserler içindeki payı gelişmekte olan ülkelere %31'den %49.9'a çıkmıştır. 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 (50).

Sigara içmeyenlerde 30 dakikalık bir pasif içicilik, koroner kan akımında sigara içenlerden ayırt edilemeyecek düzeyde düşmeye sebep olur. Bu duruma endotelden salınan nitrik oksit karşısında koroner vazodilatasyonun nikotin tarafından inhibe edilmesi sebep olur. Nikotinin bu etkisi ortamda bulunan çok küçük dozlarda bile maksimuma ulaştığından, aktif ve pasif sigara içiminin damarlar üzerindeki etkisi çok farklı değildir. Günde 1-4 sigara içenlerdeki kalp hastalıkları da buna bağlıdır (51).

Anne veya babaları sigara içen çocuklarda öksürük, balgam ve hırıltı daha sık görülür. Pasif sigara maruziyeti ile çocukluk astımı arasında ilişki vardır. İngiltere'de her yıl 17.000 çocuğun sigara dumanına maruz kalması nedeniyle hastanelere yatırıldığı bildirilmektedir. İstemsiz sigara çocukların akciğer fonksiyonlarının gelişim hızını düşürür. İçicilerin evlerinde yaşayan çocuklarda bronş duyarlılığı artmıştır (26).

2.7.Sigarayı Bırakmanın Önemli Etkileri

Otuz yaşında bırakma, beklenen yaşam süresini 10 yıl uzatır (53). Kırk yaşında bırakmak 9, 50 yaşında bırakmak 6, 60 yaşında bırakmak yaşam beklentisini 3 yıl artırır (51).

Sigara bırakmanın faydaları bıraktıktan hemen sonra görülmeye başlanır (53). 12 saat içinde kandaki CO seviyesi normale düşer. 2-12 hafta içinde dolaşım güçlenir ve akciğer fonksiyonları düzelmeye başlar (51).

Öksürük ve nefes darlığı şikâyeti 1-9 ay içinde azalır. Bir yılda koroner kalp hastalığı görülme riski sigara içen birine göre %50 azalır (52). Felç riski 5-15 yıl içinde azalır. Akciğer kanseri, ağız, gırtlak, özofagus, mesane, serviks kanseri riski 10 yıl içinde sigara içen birine göre yarı yarıya düşer. 15 yıl içinde koroner kalp hastalığı riski sigara içmeyen biriyle aynı olur (53).

Sigara bırakmak etrafımızda pasif içicilikten etkilenen insanların da bu mağduriyetini ortadan kaldırır, çocuklardaki astım ve kulak enfeksiyonları gibi şikâyetlerin sıklığı azalır

(54). Sigarayı bırakmak impotansı, gebe kalma zorluğunu, prematür bebek riskini ve düşükleri azaltır (51).

Sigarayı bırakmak önemlidir. Ancak başlamanın önlenmesi, toplumun korunmasında daha önemlidir. Sigaraya genellikle 18 yaşından önce başlanması nedeniyle (%88 oranında) sigara içmeyi önleme çabaları özellikle adölesan ve gençlere odaklanmalıdır (55).

2.8.Sigaranın Maliyeti

Tütün kullanımının neden olduğu morbidite ve mortalitenin sağlık hizmetleri açısından oluşturduğu yük, çok büyük sosyal ve ekonomik maliyetlere yolaçmaktadır. Bunlar arasında sigara içenlerin neden olduğu maliyetler (sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların kullanılması, işe devamsızlık, iş gücü kaybı, hastalık nedeni ile yapılan ödemeler, vb.) ve çevredeki sigara dumanının zararlı etkilerinin neden olduğu maliyetler de yer almaktadır (54).

Ekonomik kayıpların günümüzde, sadece ABD’de 157 milyar dolara ulaştığı bildirilmektedir ve bunun 75 milyar doları direkt kişisel sağlık harcamaları, 82 milyar doları mortaliteye bağlı işgücü kaybıdır . Sigaranın ülkemize mali zararının ise 8-10 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır (26).

Ayrıca Türkiye’de sigara satın almak için her yıl 20 milyar ABD Doları harcanmaktadır, bu miktar Sağlık Bakanlığı bütçesinin 4 katıdır (38). Ülkemizde sigara nedeni akciğer kanserinin maliyeti ile ilgili yapılan bir çalışmada hasta başına ortalama maliyet 14 bin 306 dolar bulunmuştur (54).

2.9.Sigara Bırakıldıktan Sonra Yaşanabilecek Sorunlar

Sigara bıraktıktan sonra bağımlılık yapıcı nikotinin yoksunluk sendromu, ağızda yaralar görülebilir. Kilo alma ve depresyon sigara bıraktıktan sonra yaşanabilen diğer sorunlardır (56).

2.9.1. Nikotin Yoksunluk Sendromu

DSM-IV kriterlerine göre nikotin bağımlılığı başlıca altı kriterden üç veya daha fazlası var olan kişiler için tanımlanmaktadır (57).

1. Tolerans (sigara içilmesine karşın sersemlik, bulantı gibi yan etkilerin görülmemesi)

2. Yoksunluk;

a. Haftalardır günlük sigara içiminin olması.

b. Aniden sigarayı bırakınca aşağıda belirtilenlerden dördünün veya daha fazlasının ortaya çıkması:

- b.1.** Disfori, keyifsizlik,
- b.2.** Uykusuzluk,
- b.3.** İrritabilite, öfke kontrolünde güçlük,
- b.4.** Anksiyete,
- b.5.** Konsantrasyon güçlüğü,
- b.6.** Huzursuzluk,
- b.7.** Bradikardi,
- b.8.** İştah artışı veya kilo alımı.

- 3.** Nikotin kullanımını azaltma veya kesme girişimlerinde yinelenen başarısızlıklar.
- 4.** Sigara içimine izin verilmediği için sosyal çevre veya iş ortamındaki etkinliklere katılımın azalması veya katılamama.
- 5.** Tıbbi ve psikolojik zararlarına karşın sigara içiminin sürmesi.
- 6.** İstenenden daha fazla ve daha sık tüketim.

2.9.2. Rekürren Aftöz Stomatit

Sigarayı bıraktıktan sonraki ilk birkaç hafta için patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber ağızda ülserler oluşabilir (60). Genellikle iki üç haftada pik yapar ve sonraki birkaç hafta içinde düzelir (58). Bazen inatçı olması ve hasta konforunu ciddi düzeyde etkilemesi gibi sebeplerle, sigara bırakma sonrası ağızda oluşan bu yaralar yeniden sigaraya başlama nedenleri arasındadır (59).

Steroidli pomad ve koterizasyon gibi mevcut tedavi yöntemleri maalesef yeterince etkili olamamaktadır. Ayrıca sigarayı bırakmış olanların içinde, tekrar sigaraya başlanırsa bu lezyonların geçeceği (sigaranın koruyucu etkisinin olduğu inancı) vardır. Sigaraya yeniden başlamanın ağızda oluşan lezyonlardan koruyucu etkisi olduğunu belirten bazı çalışmalar da vardır (60).

2.9.3. Kilo Alma

Kilo alma endişesi sigara bırakmaya karar vermede bir engel olabilmektedir (45). Sigara bırakanlarda bir, iki, üç, altı ve on iki ay sonrasında alınan ortalama kilolar 1.12 kg, 2.26 kg, 2.85 kg, 4.23 kg ve 4.67 kg şeklinde bulunmuştur (61). Alınan kiloların çoğu, sigara bıraktıktan sonraki ilk 3 ayda alınır (63). Sigara bıraktıktan bir yıl geçtikten sonra sigara bırakanların %16'sı kilo kaybeder, %37'si 5 kg'dan az kilo alır, %34'ü 5-10 kg, %13'ü ise 10 kg'dan fazla kilo alır (63). Sigara bırakmada ve kilo vermede denenmiş bazı ilaçlar olsa da hem uzun dönem etkinliği kanıtlanmış hem de güvenilir ilaçlar henüz mevcut değildir (62). Kilo alma endişesi olanların sigara bırakma tedavisi sonrası daha fazla relaps yaptığı da gözlenmiştir (63).

2.9.4. Depresyon

Özellikle altta yatan psikiyatrik hastalıkları olanlarda nikotin çekilme sendromu, depresyon ve anksiyeteye neden olmaktadır. Temelinde psikiyatrik hastalıkları olmayanlarda nikotin çekilme sendromunun depresyon yapma nedeni halen tam olarak açıklanamamıştır (56).

2.10. Tütün Kontrolü

DSÖ'nün önderliğinde, tütün salgınına karşı verilen savaşta en büyük adımı oluşturan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) 2003 yılında hayata geçirilmiştir. TKÇS tütün kontrolünde tüm alanlardaki mücadele için yol gösterici niteliğindedir. Birleşmiş milletler tarihinde en çok tarafa sahip olan bu antlaşmaya imza atan ülkelerden biri de Türkiye'dir (64).

Tütün Kontrol Çerçevesi Sözleşmesi özellikle şu noktaları vurgulamıştır:

1. Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre çocuk tanımı 18 yaşından küçükbireyleri içerir.
2. Tütün ve tütün sonucu oluşan problemler bir '*halk sağlığı sorunu*' olarak kabul edilmektedir.
3. Tütün kullanan kadın nüfusu arttığı için cinsiyete özel kontrolmekanizmaları gereklidir.
4. Sigara ve diğer tütün ürünleri bağımlılığa neden oldukları için bir hastalık olarak kabul edilmektedir.

5. Tütün kullananların yanı sıra tütün dumanına maruz kalanları da kapsayan koruyucu önlemler alınmalıdır.
6. Tütün endüstrisine karşı Tütün Kontrolü Çerçevesi Sözleşmesi kapsamında kampanyalar düzenlenmelidir.
7. Tütün endüstrisinin sponsorlukları önlenmelidir.
8. Etkili tütün kontrolü için yerel, kültürel, sosyal, ekonomik, siyasi ve hukuki faktörlerin dikkate alınması gerekir.
9. Tütün kullanımıyla mücadele için sektörler arası iş birliği gerekmektedir (47).

TKÇS'yi imzalayarak taraf olan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılıp, ülkelerindeki halkın sağlığını koruma konusunda söz vermişlerdir. Ülkelere bu yönde yardım etmek amacı ile DSÖ tarafından 2008 yılında Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER paketi hazırlamıştır. Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır (48).

1. Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek (**Monitor** tobacco use and prevention policies)
2. Toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden korumak (**Protect** people from tobacco smoke)
3. Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek (**Offer** help to quit tobacco use)
4. Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak (**Warn** about the dangers of tobacco)
5. Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak (**Enforce** bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)
6. Vergileri ve fiyatı artırmak (**Raise** taxes on tobacco)

Bu maddelere tek tek yakından bakılacak olursak;

M: Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek: 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 ülkelerde ve bir ülke içindeki değişik gruplarda özel durumlara göre hangi değişikliklerin yapılması gerektiği konusunda da yönlendirir.

P: Toplumlari pasif sigara dumanı maruziyetinden korumak: Temiz hava solumak 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 etkileme

O: Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek: 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 kültürlere uygun hale getirilmeli ve her kişinin gereksinimine ve tercihlerine göre düzenlenmelidir.

W: Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak: Bugün tütün kullanımının zararlarının kesin olarak biliniyor olmasına rağmen dünyada tütün kullananların az bir bölümü sağlık risklerinin gerçekten farkındadır. İnsanlar genel olarak tütünün zararlı bir şey olduğunu bilir, ancak nadiren bu bağımlılığın gerçek zararının farkındadırlar. Tütünün ne kadar güçlü bir bağımlılık etkeni olduğu ve sağlık risklerinin boyutu hakkında toplum yeteri kadar bilgilendirilmemektedir. Çoğu kişi tütünün çok düşük dozlarda bile tehlikeli olduğunu farkında değildir. Oysaki tütün kullanımı için güvenilir bir doz yoktur. Kişiler tütünün yol açtığı birkaç hastalığı sayabilir ancak ne kadar çok hastalığa, sakatlığa ve çok farklı türlerde kanserlere yol açacağını bilemezler. Kişiler tütünün zararları konusunda yeterince bilgilendirilmeli ve özellikle gençlere tütün kullanımının sağlıklarına ve sosyal hayatlarına olan olumsuz etkileri anlatılmalı, tütün kullanımının olası olumlu imajı yıkılmalıdır. Tütünün zararlarını bütün boyutları ile anlatmak için devlet yöneticileri, sivil toplum kuruluşları ile tütün karşıtı tanıtım kampanyaları düzenlemeli bu kampanyalar ile tütünün sahte çekici imajı yıkılmalı, insanların sağlığı üzerindeki zararlı etkileri anlatılmalı, aile ve ülke ekonomisine zararı ortaya konmalı ve tütünsüz bir toplumun olumlu yanları

öne çıkarılmalıdır. Tütün endüstrisinin ‘hafif’ (light), ‘çok hafif’ (ultra-light), ‘düşük katranlı’ (low-tar), ‘yumuşak’ (mild) gibi bazı pazarlama ifadelerinin aldatıcılığı açıklanmalı ve bu tür ürünlerin daha az zararlı olmadığı anlatılmalıdır. Sigara paketleri üzerindeki sağlık uyarıları sigara içenlerin sigaranın zararları konusundaki farkındalığını artırmaktadır. Paketler üzerine resimli mesajlar sözlü mesajlardan daha etkilidir, ayrıca bu yolla okuma bilmeyen çok sayıda kişiye de ulaşılmış olur. Paketler üzerinde sağlık uyarılarının zorunlu hale getirilmesi hükümetlere herhangi yük getirmez. Resimli uyarılara tepkiler toplumda değil tütün endüstrisinden gelmektedir.

E: Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak: Tanıtım ve pazarlama tütün satışlarını artırır, tütün kullananların daha fazla kullanmasına yol açar, tütün kullanmayı bırakma isteğini zayıflatır ve sonuç olarak daha fazla insanın ölümüne neden olur. Yaygın şekilde reklam yapılması tütün kullanımını normalleştirir, diğer tüketim ürünleri gibi algılanmasına neden olur. Tütün üreticileri insanların, yetişkin yaşa ulaşp kendileri hakkında karar verecek çağa gelmeden tütün kullanmaya başladığını bilmektedir. Bu yüzden endüstri 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: Vergileri ve fiyatı artırmak: 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.

2.11. Tütün Bağımlılığı

Sigara kullanmak, nikotin bağımlılığı sonucunda devam ettirilen ve bir davranıştır. 2000’li yıllardan önce sigara içme davranışının öğrenilmiş sosyal bir alışkanlık ve kişisel bir tercih olduğu düşünülmektedir. Psikolojik etkenler ve sosyal alışkanlıkların da payının yanında bağımlılıkta esas bileşen sigaranın içerdiği nikotindir. Sigara içiciliğinin ortaya çıkışında nikotinin temel role sahip olduğu son 10 yıl içinde büyük oranda kabul görmeye başlamıştır (65).

Nikotinin bağımlılık yapan mekanizması acı ve ödül üzerine pekişen bir döngü oluşturur. Nikotin, merkezi ve periferik sinir sisteminde bir kimyasal nörotransmitter olan asetil kolin taklit ederek etki eder. Nöronlar asetil kolin aracılığıyla haberleşir. Reseptöre bağlanan asetil kolin sinir hücresini aktive eden bir dizi değişikliğe yol açar. Nikotinin nörotransmitter olarak kullanan nöronlar gövdesi Ventral Tegmental Alan (VTA)'da bulunan ve lifleri Nükleus Akumbens'e (NAc) uzanan nöronlardır (66).

Nikotin lipofiliktir ve kan beyin engelini kolaylıkla geçer. Nikotin, beyine ulaştıktan sonra sinir hücreleri arasındaki boşluklara yerleşerek VTA'daki nikotinik asetil kolin reseptörlerine tutunup dopamin salınmasına sebep olur ve bu da sigara içiminin ödül sistemini yaratır. NAc'den dopamin salgılanmasının insan ve hayvan davranışında ciddi bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu ödül etkisi bu etkiyi yaratanı bulmasını ve etkinin tekrarlamasını söyleyen bir sinyal yaratır (67).

DSM-V kriterleri herhangi bir maddeye karşı bağımlılığı son bir yıl içinde aşağıdaki yedi maddeden üçünün görülmesi olarak tanımlamaktadır (68):

1. Niyetlendiğinden daha fazla miktar ve süre kullanmak
2. Sürekli bırakma isteği ya da başarısız bırakma girişimleri
3. Kullanımı için fazla vakit harcamak
4. Sosyal faaliyetleri, hobileri, başka zevk verici aktiviteleri azaltmak ya daterk etmek
5. Maddeye bağlı ya da madde kullanımıyla artan fiziksel ya da psikolojik problemler yaşamasına rağmen kullanmaya devam etmek.
6. Tolerans gelişmesi
7. Yoksunluk belirtileri

Sigara bağımlılığın şiddeti klinik uygulamalarda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile belirlenmektedir. Bu test 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından Fagerström Tolerans Testi'nin revize edilmiş şeklidir. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin, Fagerström Tolerans Testi'ne göre iç tutarlılığının daha iyi ve daha kolay yanıtlanabilir olduğu belirtilmiştir (69).

Türkiye'de 2004 yılında yapılan çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin güvenilirliğinin orta derecede olduğu tespit edilmiş ve Türkiye'de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Bu testin genel mantığı irdelendiğinde; test kişinin içtiği sigara miktarı ve sigara içmeden belli bir süredurabilme derecesinin incelendiği görülmektedir (70).

2.12. Sigara Bırakma Yöntemleri

Sigara bağımlılığı bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle tedavisi her hekimin görevidir (7) (71). Hekim sigara içtiğini belirlediği her hastasına sigarayı bırakmasını önermeli ve bırakma girişimi boyunca desteklemelidir (72). Belli bir anda sigara içenlerin yalnızca %20'si bırakma çabasına girmeye hazırdır (73). Bırakma çabası gösteren bireylerin desteksiz girişimlerinin %90-95'i başarısız olmaktadır. Bırakma çabası için destek alan bireylerinde %50'si önerilen ilaç dozunu uygulamakta ve programlanan görüşmelerin yarısından azını tamamlamaktadır (74). Bununla birlikte desteksiz girişimler de başarılı sonuçlanabilir, hekimler desteksiz bırakma konusunda güçlü irade gösteren hastalarının cesaretini kırmamalıdır (75). Sigara içme davranışı, başlama sürdürme, ara verme, bırakma, nüks gibi farklı davranışsal evreleri kapsar. Sigara bırakma tedavileri bu farklı davranışsal evreler göz önüne alınarak, doğru yöntemlerin uygulanmasına bağlıdır (76).

Tütün kullanımının hem psikolojik hem de fiziksel bağımlılık yaptığından bu süreçte esas yaklaşım davranış değişikliği olmalıdır. Yoksunluk belirtilerini en aza indirmek içinde medikal destek verilmelidir (71).

Hastalar sigara bırakma konusundaki düşüncelerine göre 5 farklı gruba ayrılmışlardır. Prochaska ve ark.'nın tanımladığı "Transtheoretical" model bu amaçla kullanılmaktadır (77).

Hastalar:

1. Bırakmanın düşünülmediği evre,
2. Bırakmanın düşünüldüğü evre,
3. Bırakmanın hazırlığının yapıldığı evre,

4. Bırakmanın denendiği evre,
5. Bırakmanın sürdürüldüğü evre

Bu evrelerin özellikleri;

Bırakmanın düşünülmediği evre: Bu evredeki hasta sigara ile ilgili durum değişikliği yapmaya hazır değildir. Davranışını değiştirmeyi, sigaranın zararlarına yönelik bilgi almayı reddeder. Bu evrede hekim hastaya baskıcı olmayan bir tutumla sigaranın zararları konusunda bilgi vermelidir (77).

Bırakmanın düşünüldüğü evre: Sigaranın sağlığa zararları konusunda bilgisi olsa da bırakma için gün belirleyememektedir. Eyleme geçme konusunda cesaretlendirilmeli, motivasyon artırıcı görüşmeler yapılmalıdır (77).

Bırakmaya hazırlanılan evre: Sigaranın sağlığı için risklerini bilmektedir ve bırakmak için bir program yapmıştır. Bu evredeki hastaya farmakoterapi ve davranış desteği tedavisi verilmelidir (77).

Bırakmanın denendiği evre: Hasta sigarayı bırakmıştır ancak henüz deneme evresini yani 6 ayı doldurmamıştır. Bu süreçte hastanın yakın takibi yapılmalıdır (55).

Bırakmayı sürdürme: Hasta sigarayı 6 aydan uzun süredir bırakmıştır. Ancak halen nüks riski vardır. Hasta en az 1 yıl takipte tutulmalıdır (77).

Tütün kullanımı ve Bağımlılığı Tedavisi Rehberi, günlük poliklinik işleyişinde hastaları üç gruba ayırmaktadır (78).

Bu gruplar;

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

- 1.Sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olmayanlar

Bu aşamadaki bireylerin sigaranın zararları konusunda bilgilendirilmeli, sigarayı bırakmayı düşünme ve deneme aşamalarına geçmeleri için zorlayıcı ve yargılayıcı olmadan destekleyici görüşmeler yapılmalıdır. Bu yaklaşım 5R adı verilen yöntemle yapılırsa ilerideki bırakma girişimleri de olumlu etkilenecektir (79) (80).

Sigarayı bırakmaya isteksiz bireyler için önerilen stratejiler (5R)

1. İlgilenme (relevance)
2. Riskler (risks)

3. Kazançlar (rewards)
4. Engeller (roadblocks)
5. Tekrarlama (repetition)

2.Sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olanlar

Bu evredeki hastaları deneme aşamasına getirmek ve bıraktıktan sonra yaşayacakları süreç hazırlamak gerekmektedir. Bu amaçla önerilen yöntemler “5Ö” olarak isimlendirilmiştir (54).

Sigarayı bırakmak için önerilen yöntemler (5Ö)

1. Öğren
2. Öner
3. Ölç
4. Önderlik et
5. Örgütle

Bırakma çabasının desteklenmesi için uygun farmakoterapi yöntemiyle birlikte davranış tedavisinin de düzenlenmesi gerekmektedir (78).

3.Sigara içmiş ve yeni bırakmışlar

Sigarayı bırakan hastalarda nüks en büyük sorundur. Bırakma döneminde ilk birkaç hafta yoksunluk semptomlarının en çok hissedildiği, hastaların sigara içme isteğine karşı koyamadığı bir dönemdir. Bu dönemde hastaların yoksunluk sendromu için tedavileri düzenlenmelidir. Hasta günde 1-2 tane sigara içiyorsa buna hata (lapse), bu hatalar sık tekrarlanıyorsa nüks olarak adlandırılır. Hastaya bu dönemde karşılaşılabilecek sorunlar anlatılmalı ve hatalar nedeniyle kendisini suçlamaması gerektiği söylenmelidir (77) (81).

Sigara içenler herhangi bir yardım almadan da sigarayı bırakabilirler, ancak sigara bırakma polikliniklerine başvuru başarı oranlarını artırmaktadır (82). Literatürler incelendiğinde kendi iradesi ile sigara bırakan hastalarda sonuçlar zayıf olarak izlenmektedir. Sigara içenlerin çoğu (%80-%90) sigarayı bırakmak istediği halde son 12 ay içinde tütün kullanmayı bırakma doğrultusunda çaba gösterenlerin oranı %30 ve bu çabası başarılı

olanların oranı %5 olarak izlenmektedir (83). Sigara bırakma polikliniğine hasta mutlaka kayıt altına alınmalıdır. Yapılan çalışmalar kayıt altına almanın başarı oranlarını artırdığını göstermiştir (82).

Hastaya ait dosyada kimlik bilgileri, demografik bilgiler, sigara özgeçmişi, medikal özgeçmişi, fizik muayene bulguları, tedavi öncesi kan biyokimyasal değerleri olmalıdır (84).

Bağımlılık düzeyinin tespitinde, anket formları ve biyokimyasal parametreler kullanılabilir. Günlük pratikte Fagerstrom testi tercih edilmektedir (84).

Hastanın tütüne başlama ve devam etme nedeni, bırakmak isteme nedeni, en uzun bırakma süresi, profesyonel destek alıp almadığı, çevre öyküsü, sigara içme isteğini artıran nedenler sorgulanmalıdır (84).

Hastalara farmakoterapi ve davranış tedavisi birlikte verilmelidir. Davranış tedavisinde hastanın kendi çabasını destekleme, kısa öğütler ve danışmanlık davranış tedavisinin temel öğeleridir (84).

2.12.1. Davranış Terapileri

Sigaraya karşı olumsuz tepki geliştirmeye yönelik teknikler, sigara rutinlerinden uzaklaşma, sigara içme dürtüsüyle başa çıkma becerilerinin kazandırılmasına yönelik tetkikler mevcuttur. Davranışçı yöntemler olarak şunlar sayılabilir.

Doyurma yöntemi: Kişi midesi bulanana kadar devamlı içtiği sigara sayısını ve hızını arttırır. Bu teknikte iyi hasta uyumuna ihtiyaç vardır (85).

Kendi kendini yönetme teknikleri: Bir yönetici veya terapist eşliğinde bazı ters güdüleme yöntemlerinin kullanılmasını içerir (85).

Kendini izleme: Kişi sigara içme davranışına yönelik günlük tutar. Bu günlük ile sigara içme nedenleri anlaşılır. Kişi kendi sigara davranışını inceleyerek bu davranışı değiştirme olasılığı artar (86).

Ani bırakma ve azaltarak bırakma: Alınan nikotinin azaltılması için sigara sayısı giderek azaltılır veya nikotin içeriği düşük başka bir sigaraya geçilir. Bu yöntemde de nikotin eşik değer altına düştüğünde yoksunluk semptomları yaşanabilir. Aniden bırakmada ise yoksunluk semptomları daha yoğun yaşanabilir. Aniden bırakanlarda tekrar başlama eğilimi azaltarak bırakanlara göre daha azdır (87) (88).

Hipnoz: Hipnoz yöntemleri en çok hayaller, öneriler, kendini başkasının yerine koyma, kendi kendine gevşeme, nefret etme gibi davranış yöntemlerini içerir. Tekli ya da grup seansları yapılabilir. Sigara bırakma için önerilen ancak çok sayıda bağımlının ulaşamadığı

bir yöntemdir (89).

Grup tedavileri: Davranış tedavilerine ek olarak grup tedavileride uygulanabilir. Grup sigara bırakma öncesi ve takip eden günlerde toplanır. Bir çok bağımlı desteksiz sigarayı bırakamayacağını belirtmiştir. Bu nedenle grup terapilerinin faydalı olduğunu üzerinde durulmaktadır (85) (87).

Davranış tedavileri, pratik önerilerden oluşmalıdır. Sigara bırakma döneminde nikotin yoksunluğuna bağlı bulgular en yoğun ilk 72 saat içinde yaşanır, 2-3 hafta içinde azalarak kaybolur. Sigarayı bırakmayı takip eden üç ay içinde de kişinin karşılaşacağı bazı problemler ve yakınlabileceği semptomlar görülebilir. Hekimin bu dönemdeki yardımları sigara bırakma oranlarını artıracaktır. İlk 72 saatte ortaya çıkabilecek olan erken yoksunluk semptomlarıyla (anksiyete, huzursuzluk, iritabilite, öfke, korku, konsantrasyon güçlüğü, depresyon, aşırı sigara içme isteği...) mücadele edebilmesi için kişiye bu dönemde, sigara içme ihtimali olan ortamlardan uzak durması, aktif olması, sakız kullanması, derin nefes alma egzersizleri yapması önerilmelidir. Sigara bırakmayı izleyen ilk üç ay içinde depresyon ve kilo artışı da izlenebilir. Depresyon genellikle hafif ve geçicidir, kilo artışının önlenmesi için de hastaya egzersiz ve düşük kalorili gıda alımı önerilmelidir (85) (90).

2.12.2. Farmakolojik Tedaviler

2.12.2.1. Nikotin Yerine Koyma Tedavisi(NKYT)

NKYT'nin iki hedefi vardır.

1)Nikotinik reseptör sayısını azaltmak

2)Nikotinik reseptörlere bağlanarak aşırı isteği ve diğer yoksunluk semptomlarını gidermek
Sigara içildiğinde nikotin kısa sürede beyne ulaşır ve reseptörleri “vurucu etkiyle” doyurur. Beyinde nikotin reseptörlerinin bulunduğu başlıca yerler olan nukleus akkumbens ve anterior tegmental alanda reseptörler duyarsızlaşır ve sayılarını artırarak buna yanıt verir. Sigara içenlerde yüksek nikotin toleransı ve bağımlılığın açıklaması budur (91).

Nikotin yerine koyma tedavileri ile nikotin beyne sigaradan daha yavaş iletilir ve doruklar oluşmaz. Nikotin reseptörleri uyarılmadan doyurulur ve reseptör sayısı giderek azalır, üç aylık NKYT sonrası reseptör sayısı normal düzeye geriler.

Tedavinin diğer bir hedefi sigaranın bırakıldığı dönemde yaşanabilecek yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmaktır. Günde 10'dan fazla sigara içen, daha önce sigara bırakma girişimlerinde başarısız olan hastalara nikotin yerine koyma tedavisi başlanabilir. Nikotin yerine koyma tedavisi seçenekleri arasında birbirine üstünlük yoktur (92) (93).

Nikotin yerine koyma tedavi seçenekleri; sakız, bant, inhale, pastil, nazal spreydir.

2.12.2.1.1. Nikotin Sakızı

Nikotin çiğneme sırasında ağız mukozasından emilir. İki ve dört mg'lık formları vardır. Genellikle günde 10-15 tanesi yeterli olabilmektedir. İki miligramlık sakız düşük ya da ortaderece bağımlılar tarafından, 4 mg'lık sakız ise ağır bağımlılar tarafından kullanılır. Emilimin iyi olabilmesi için ağızın pH'sı ve çiğneme tekniği önemlidir. Alkali ortamda nikotin daha iyi emilir. Sakız 5-10 kez çiğnendikten sonra yanak mukozasında bekletilmelidir (70) (7).

Nikotin sakızı kullanarak sigara bırakacak kişiye önerilen sigara içimini tamamen durdurması ve düzenli olarak sakız çiğnemesidir (94).

Nikotin sakızının yan etkileri: Bulantı/kusma, hazımsızlık, hıçkırık, ağız ve boğazda yanma ve çarpıntı

2.12.2.1.2. Nikotin Bandı

Nikotin bandının 16 ve 24 saat kullanılan iki formu vardır. Bandın 24 saatlik formu ile 21 mg, 16 saatlik formu ile 15 mg nikotin vücuda geçmektedir. Günde 15 adetten fazla sigara içenlere 24 saatlik formun başlanması ve tedaviye en az 4 hafta devam edilmesi önerilir. Sigaranın bırakılması aşamasında 4-2 haftada bir doz azaltımı yapılarak tedavi 8-12 haftada sonlandırılır (95) (96).

Band kuru, temiz, kılsız deriye yapıştırılmalıdır. Hergün farklı bir bölgeye yapıştırılmalı, cilt irritasyonunu önlemek amacıyla ancak dört gün sonra tekrar aynı yere dönülmelidir (95).

Nikotin bandı yan etkileri: Uygulama yerinde cilt irritasyonu, ürtiker, baş ağrısı, bulantı, insomnia, kas ağrıları, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, kabızlık/diyare, ansiyete, emosyonel değişiklikler

2.12.2.1.3. Nazal Sprey

Nikotin en hızlı vücuda alım şeklidir, plazmada 10 dk içinde en yüksek seviyeye ulaşır. Her bir püskürtmede 0.5 mg nikotin veren pompa şeklinde bir tedavi şeklidir (97).

Nazal sprey yan etkileri: Nazal irritasyo, burun çekme, gözlerde yaşarma, öksürük

2.12.2.1.4. İnhaler Nikotin

Her bir inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içerir ve ortalama 80 inhalasyon sağlar. Sigara kullanımına benzer şekilde kullanılması el ağız alışkanlığının devam etmesine neden olup, davranış değişikliği yapılmasını zorlaştırabilir (98).

İnhalerin günde en az 4 kez kullanılması ve tedaviye en az üç ay devam edilmesi önerilmektedir (94).

Nikotin inhaler yan etkileri: Ağız ve boğaz ağrısı, öksürük

2.12.2.1.5. **Sublingual Tablet**

Sublingual tabletin 1, 2 ve 4 mg'lık formları mevcuttur. Dilaltından mukozal yoldan emilir. Saatte bir pastil kullanılması önerilmektedir (94) (99).

Sublingual tablet yan etkileri: Hıçkırık, bulantı, dispepsi, baş ağrısı

2.12.2.2. **Bupropiyon**

Nontrisiklik, aminoketon grubu bir antidepresan ilaçtır (97). Seçici bir dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür ve invitro olarak kanıtlanmış bir etki olarak antikolinergik reseptörleri inhibe eder. Sigaranın bırakılmasına bağlı gelişen yoksunluk semptomlarını azaltmada etkinliği kanıtlanmış ve onay almış ilk nikotin dışı ilaçtır (100) (101). Depresif olmayan hastalarda da sigara bırakmada olumlu etki yapması nedeniyle, nikotin bağımlılığındaki etkisinin antidepresan etkisinden bağımsız olduğu düşünülmektedir (101).

Bupropionun 150 mg'lık tabletleri vardır. İlk üç gün 150 mg, dördüncü günden sonra günde iki kez 150 mg alınmalıdır. Hasta ilacı kullanırken 7-14. günler arasında sigarayı bırakır, tedaviye en az iki ay devam edilir (99).

Sigara bırakma tedavisine alınan 615 hastanın karşılaştırıldığı bir çalışmada bupropionun sigara bırakmada plaseboya göre daha etkili olduğu (6 ay sonunda bupropion %19, plasebo %16), yan etki sıklığının düşük olduğu saptanmıştır (102).

Bupropion kullanımı MSS travması, anoreksia nervoza, bulimia, bipolar bozukluk, epilepsi, Mono amin oksidaz (MAO) inhibitörü kullanma öyküsü olan hastalarda kontrendikedir (96).

Yan etkileri: Ağız kuruluğu, uykusuzluk, baş ağrısı, yüksek kan basıncı, göğüs ağrısı, görme bozukluğu, deri reaksiyonları (101).

2.12.2.3. **Vareniklin**

Nikotin beynin ventral tegmental alanındaki nöronal nikotinik asetilkolin reseptörleri üzerine etki yaparak, nukleus akkumbens dopamin salınımına neden olur, bu da nikotin arayışı davranışlarını pekiştirir (103). Merkezi sinir sistemindeki ağırlıklı nöronal nikotinik asetilkolin reseptörlerinin alt tipleri $\alpha 4\beta 2$ ve $\alpha 7$ dir. $\alpha 4\beta 2$ bunların %90'ını oluşturur. Nikotinine en fazla afinite gösteren reseptörün bu olduğu düşünülmektedir. Bu reseptör alt

tipine etki gösteren ilaçların sigara bırakma tedavisi için potansiyel bir hedef olduğu düşünülmektedir (104) (105).

Vareniklin selektif $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptör parsiyel agonistidir. Reseptörünü parsiyel aktive ederek dopamin salınımını azaltıp, aşırı tütün isteği ve nikotin yoksunluğunu giderdiği ve böylece sigaradan uzak durmayı desteklediği tahmin edilmektedir. Vareniklinin $\alpha 4\beta 2$ nöronal nikotinik asetilkolin reseptörleri düzeyinde gösterdiği parsiyel antagonist etkiyle nikotinin bu reseptöre bağlanması inhibe edilir ve böylece sigara içmeyle sağlanan ödül azalır (106).

Hasta sigarayı kullanırken ilk 3 gün bir kez 0.5 mg, 4.-7. günlerde 0.5 mg günde iki kez, 8. günden itibaren günde iki kez 1 mg olarak almaya başlar. 7-14. günler arasında bırakma günü belirlenip, tedaviye 2-3 ay süre ile devam edilir (107).

Vareniklin yan etkileri: Uyku bozukluğu, anormal rüya, huzursuzluk, baş ağrısı, baş dönmesi, kabızlık, nazofarenjitir (108).

2.12.2.4. Rimmonabant

Kannabinoid reseptör antagonisti olan rimonabant nikotin bağımlılığı ve iştah ile ilgili reseptörleri bloke eder. Yedi yüz seksen yedi hasta ile yapılmış STRATUS-US (studies with rimonabant and tobacco use and RIO-lipids: rimonabant in obesity) çalışmasında rimonabant 20 mg kullanan hastalarda bırakma oranı % 36.2, 5 mg rimonabant kullanan hastalarda %20.2, plasebo kullanan hastalarda %20.6 bulunmuştur ($p<0.0002$) (109).

Rimonabantın yan etkileri: Bulantı/kusma, baş ağrısı, baş dönmesi, uykusuzluk, depresif semptomlar, anksiyete (110).

2.12.2.5. Nortriptilin

Trisiklik bir antidepresandır. Tedaviye günde tek sefer 25 mg ile başlanır, 75-100 mg'a kadar çıkılarak ortalama 12 hafta tedaviye devam edilir. Sigaranın 10-28 günler arasında bırakılması önerilir (111).

Yan etkileri: Görme bulanıklığı, idrar retansiyonu, tremor, aritmidir (112).

2.12.2.6. Klonidin

Alfa-2 reseptörlerin selektif agonisti olan anti hipertansif bir ilaçtır. Oral ve transdermal formu mevcuttur. Günlük doz transdermal 0.10 -0.20 mg/gün, oral 0.15-0.75 mg olup tedaviye 3-10 hafta devam edilmelidir (78).

2.12.3. Özel Gruplarda Tedavi Seçimi

2.12.3.1. Adölesan ve Çocuk

Bu yaş grubunun kendi sosyal ortamlarında ya da başka nedenlerle hekime başvurduğunda sigara bırakma programına alınması başarıyı artıracaktır. Sigara bırakma desteği 18 yaşına kadar sürdürülmelidir (113).

Bu yaş grubunda farmakoterapinin uzun dönem sonuçlarının çok etkili olmaması nedeniyle davranış tedavisi ve sosyal destek verilmesi tercih edilmelidir (113).

2.12.3.2. Psikiyatrik Hasta

Psikiyatrik hastaların sigara içme prevalansı yüksektir. Psikiyatri bölümü ile tedavi ortak planlanmalıdır. Madde bağımlılığı ve psikiyatrik hastalığı olanların iyileşme dönemlerinde sigara bırakma tedavisi önerilmemelidir. Anksiyete ve depresyon tanısı alan kişilerde sigara bırakma sonrası alevlenme gözlenebilir (113).

2.12.3.3. Gebe

Gebelerde tedavide ilk seçenek davranış tedavisi olmalıdır. Kendisinde ve fetüste meydana gelebilecek patolojiler görsel materyaller ile açıklanmalıdır (78).

Orta ve yüksek nikotin bağımlısı olup davranış tedavisi ile bırakamayan gebelerde nikotin yerine koyma tedavileri kullanılabilir. Nikotin yerine koyma tedavisinde kullanılan ilaçların hepsi gebelikte D grubu ilaç olduğundan yarar-zarar ilişkisi gebeye anlatılarak başlanmalıdır. İlk tercih nikotin sakızı olmalıdır. Eğer gebe nikotin sakızı kullanmak istemezse gece çıkarmak şartıyla nikotin bandı kullanılabilir (114).

Bupropion gebelikte B grubu, vareniklin C grubu ilaçlardır, gebelikte yapılmış yeterli sayıda çalışmaları yoktur (115).

Emzirme döneminde ilk tercih yine davranış terapisi olmalıdır. Ancak bırakamayan annede ilk tercih emzirme sonrası nikotin sakızı olmalıdır (117, 118).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, analitik kesitsel çalışma modelinde planlanmış olup Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniğine 1 Ocak 2015-31 Aralık 2019 tarihleri arasında ayaktan başvuran kişiler dahil edilip araştırma yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri:

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniğine 2015-2019 yılları arasında başvurmuş olma

En az bir yıl sigara kullanmamış olmak

18 yaş ve üzeri olmak

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.2.2. Dışlama Kriterleri:

Sigara bırakma süresinin bir yılın altında olması

Telefonla iletişim kurulmasını engelleyecek sağlık sorunu olması

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniğine 1 Ocak 2015-31 Aralık 2019 tarihleri arasında başvurmuş ve çalışmaya dahil olmayı kabul eden bireyler oluşturmaktadır. Sözü edilen dönemde Aile Hekimliği Sigara bırakma Polikliniği'ne 2052 kişi ilk defa başvurmuştur. Tüm potansiyel katılımcılara ulaşılması hedeflenmiştir. Tüm başvuranlar aranmıştır ve toplam 611 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan **veri toplama formu** ve sigarayı bırakmak için sigara bırakma polikliniğine başvuru anındaki **Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT)** sonucu kullanılmıştır.

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. Testin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Testin Türkçe

versiyonunda maddeler arası ilişkinin faktör analizi yapılarak, testin Türkçe versiyonunun sigara bırakma polikliniklerinde nikotin bağımlılığını değerlendirmede ölçüm metodu olarak kullanılabileceği belirlenmiştir. 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.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu ise;

A-) DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Yaş:

2) Cinsiyet:

- a) Erkek
- b) Kadın

3) Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okuma yazma bilmiyor
- b) Okur-yazar
- c) İlköğretim mezunu
- d) Lise ve dengi okul mezunu
- e) Üniversite mezunu

4) Mesleğiniz nedir?

- a) Çalışmıyor/Emekli
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Serbest Meslek

5) Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Boşanmış
- c) Dul
- d) Bekar

6) Ailenizin gelir düzeyi nedir?

- a) Gelir gidere denk
- b) Gelir giderden fazla
- c) Gelir giderden az

7) Aynı evde yaşayan çocuk var mı?

- a) Var
- b) Yok

8)Sigara bırakma tarihi:

9)Sigaraya tekrar başladıysa tekrar başlama tarihi:

B-) GENEL SAĞLIK ÖZELLİKLERİ

1)Tanı konulmuş ruhsal hastalığınız var mı?

- a) Var
- b) Yok

2)Tanı konulmuş kronik hastalığınız var mı?

- a) Var
- b) Yok

3)Düzenli kullandığınız ilaç var mı?

- a) Var
- b) Yok

4)Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Sosyal içiciyim
- b) Her gün kullanıyorum
- c) Kullanmıyorum

5)Ne kadar kahve tüketiyorsunuz

- a) Hiç içmiyorum.
- b) 1 fincan
- c) 1-3 fincan
- d) 4 veya daha fazla

6)Ne kadar çay tüketiyorsunuz?

- a) Hiç içmiyorum.
- b) 1 bardak
- c) 1-3 bardak
- d) 4 veya daha fazla

C)SİGARA ÖYKÜSÜ/ÖZELLİKLERİ

1)Sigaraya kaç yaşında başladınız?

2)Günde kaç adet sigara kullanıyordunuz?

3)Fagerstrom puanı ve evresi:

4)Daha önce sigarayı bırakma deneyimleriniz oldu mu?

- a) Hayır
- b) Evet

b1) Hangi yöntemi veya yöntemleri kullandınız?

D)SİGARAYI BIRAKMA EVRESİ

1)Sigarayı bırakmanızdaki en önemli faktör neydi?

- a) Sağlık ile ilgili endişeler
- b) Sigaranın maliyeti
- c) Yakınlarının baskısı
- d) Yasaklar
- e) Kötü koku
- f) Gebelik/Emzirme
- g) Diğer.....

2) Hangi tedavi uygulandı?

4) İzlem yapıldı mı?

- a) Hayır
- b) Evet
 - b1) Toplam kaç defa yapıldı?

5) Sigara bırakma polikliniğinden ne ölçüde destek aldığınızı hissettiniz? (1-5 arasında puanlandırabilir misiniz? 1: Hiç almadım 5: Çok fazla aldım.)

6) Bırakma sürecinde kimlerden ve ne ölçüde destek aldınız? (1-5 arasında puanlandırabilir misiniz? 1: Hiç almadım 5: Çok fazla aldım.)

- a) Hekim/Sağlık çalışanı
- b) Aile
- c) Arkadaşlar

E)SÜRDÜRME DÖNEMİ

1)Bıraktığınız dönemde yoksunluk belirtilerini ne şiddette yaşadınız? (1-5 arasında puanlandırabilir misiniz? 1: Hiç yaşamadım 5: Çok fazla yaşadım.)

- a) Aşırme
- b) Konsantrasyon güçlüğü
- c) Huzursuzluk
- d) Çökkün ruh hali

2) Çevrenizde sigara içen var mı?

- a) Ev ortamında
 - a1) Evet
 - a2) Hayır

- b) İş yerinde
 - b1) Evet
 - b2) Hayır
- c) Arkadaş çevresinde
 - c1) Evet
 - c2) Hayır

3) Önemli yaşam olayı yaşadınız mı?

- a) Ölüm
 - a1) Evet
 - a2) Hayır
- b) Boşanma
 - b1) Evet
 - b2) Hayır
- c) İflas
 - c1) Evet
 - c2) Hayır

4) Sigarayı bıraktığı dönemde kilo aldı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

F) TEKRAR BAŞLAMA DÖNEMİ

1) Sigaraya tekrar neden başladınız? (Kısaca belirtiniz.)

.....

Şeklindedir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan **veri toplama formu** ve sigarayı bırakmak için sigara bırakma polikliniğine başvuru anındaki **Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT)** sonucu kullanılmıştır. Katılımcılar telefon ile aranıp sözlü onamları alınarak çalışmaya dahil edilmişlerdir. Bir kısmı ile yüz yüze bir kısmı ile de telefonla görüşülerek veriler toplanmıştır. Her katılımcı ile görüşme yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.6. İstatistiksel Analiz

Analiz aşamasına geçilmeden önce anketlerde eksik veya yanlış cevap olup olmadığına bakılmıştır. Uygulamalar sonucunda elde edilen veriler düzenlenmesi ve analizinde IBM SPSS 24.0 programı kullanılmıştır. Daha sonra verilerin analize uygunluğunu değerlendirmek

amacıyla kayıp değer, uç değer, normallik, doğrusallık ve homojenliklerine bakılmış, aritmetik ortalamanın yanı sıra standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri ve tekrar sigaraya başlama durumları arasındaki karşılaştırmalar Bağımsız Gruplar t Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki ise Ki Kare testleriyle incelenmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Fagestrom puanı, demografik özellikler, sigara öyküsü ve özellikleri, genel sağlık özellikleri.

Ana bağımlı değişken: Sigara kullanıp kullanmama durumu

3.8. Gerekli İzinler

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu (Ek-1) ve DEÜ Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığından alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacını belirten bir açıklama yapılmış ve gönüllülük onamı sözlü olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 1. Katılımcıların Verileri Toplanırken Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurduktan Sonra Geçmiş Olan Süre

Katılımcıların Verileri Toplanırken Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurduktan Sonra Geçmiş Olan Süre	N	%
12-23 Ay	176	28.8
24-35 Ay	161	26.4
35-47 Ay	108	17.7
48-59 Ay	85	13.9
>59 Ay	81	13.3
Toplam	611	100

Katılımcıların verileri toplanırken sigara bırakma polikliniğine başvurduktan sonra geçmiş olan süre Tablo1’de gösterilmiştir, tablo değerlendirilecek olursa; 611 katılımcıdan 176’sı 12-23. ayında (%28.8), 161’i 24-35. ayında (%26.4), 108’i 35-47. ayında (%17.7), 85’i 48-59. ayında (%13.9) ve 81’i >59 ayındadır (%13.3)

Tablo 2. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu

Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu	n	%
Şu An Kullanmıyor	269	44
12-17. Ayda Başlayan	179	29
18-23. Ayda Başlayan	79	12.9
24-35. Ayda Başlayan	51	8.3
36-47. Ayda Başlayan	21	3.4
>47. Ayda Başlayan	12	2.0
Toplam	611	100

Katılımcıların bir yıl sigarayı bıraktıktan sonra tekrar sigaraya başlayıp başlamama durumunu ve sigaraya tekrar başlayanların hangi dönemde başladığını belirten bilgiler Tablo 2’de gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 269’unun şu an sigara kullanmadığı (%44), 179’unun 12-17. aylarda sigaraya tekrar başladığı (%29), 79’unun 18-23. aylarda sigaraya tekrar başladığı (%12.9), 51’inin 24-35. aylarda sigaraya tekrar başladığı (%8.3), 21’inin 36-47. aylarda sigaraya tekrar başladığı (%3.4) ve 12 tanesinin de>47. aylarda sigaraya tekrar başladığı (%2) görülmüştür.

4.1.1. Demografik Özellikler

Tablo 3. Katılımcıların Yaşı

Katılımcıların Yaşı	n	%
20-29	102	16.7
30-39	276	45.2
40-49	178	29.1
50-59	49	8
>59	6	1
Toplam	611	100

Katılımcıların yaş bilgilerini içeren bilgiler Tablo 3’te gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 102’si 20-29 yaşında (%16.7), 276’sı 30-39 yaşında (%45.2), 178’i 40-49 yaşında (%29.1), 49’u 50-59 yaşında (%8) ve 6’sı >60 yaşındadır (%1),

Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyeti

Katılımcıların Cinsiyeti	n	%
Erkek	386	63.2
Kadın	225	36.8
Toplam	611	100

Katılımcıların cinsiyet bilgilerini içeren bilgiler Tablo 4’te gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 386’sı erkek (%63.2), 225’i kadındır (%36.8).

Tablo 5. Katılımcıların Eğitim Durumu

Katılımcıların Eğitim Durumu	N	%
Okur Yazar Değil	1	0.2
Okur Yazar	10	1.6
İlköğretim Mezunu	44	7.2
Lise Mezunu	147	24.1
Üniversite Mezunu	409	66.9
Toplam	611	100

Katılımcıların eğitim durumlarını içeren bilgiler Tablo 5'te gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 1'inin okur-yazar olmadığı (%0.2), 10'unun okuryazar olduğu (%1.6), 44'ünün ilköğretim mezunu (%7.2), 147'sinin lise mezunu (%24.1) ve 409'unun üniversite mezunu (%66.9) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Mesleği

Katılımcıların Mesleği	n	%
Çalışmıyor/Emekli	109	17.8
Memur	268	43.9
İşçi	138	22.6
Serbest Meslek	96	15.7
Toplam	611	100

Katılımcıların mesleklerini içeren bilgiler Tablo 6'da gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 109'u çalışmıyor veya emekli (%17.8), 268'i memur (%43.9), 138'i işçi (%22.6) ve 96'sı serbest meslek sahibidir (%15.7).

Tablo 7. Katılımcıların Medeni Durumu

Katılımcıların Medeni Durumu	N	%
Evli	262	42.9
Boşanmış	51	8.3
Dul	12	2
Bekar	286	46.8
Toplam	611	100

Katılımcıların medeni durumlarını içeren bilgiler Tablo 7’de gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 262’si evli (%42.9), 51’i boşanmış (%8.3), 12’si dul (%2) ve 286’sı bekindir (%46.8).

Tablo 8. Katılımcıların Gelir Durumu

Katılımcıların Gelir Durumu	n	%
Gelirim giderime denk	321	52.5
Gelirim giderimden fazla	135	22.1
Gelirim giderimden az	155	25.4
Toplam	611	100

Katılımcıların gelir durumunun sorgulandığı bilgiler Tablo 8’de gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 321’i gelirim giderime denk (%52.5), 135’i gelirim giderimden fazla (%22.1), 155’i gelirim giderimden az (%25.4) cevabını vermiştir.

Tablo 9. Aynı Evde Çocuk Varlığı

Aynı Evde Çocuk Varlığı	n	%
Var	280	45.8
Yok	331	54.2
Toplam	611	100

Katılımcılarla aynı evde yaşayan çocuk varlığı sorgulandığı bilgiler Tablo 9’da gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 280’i aynı evde yaşayan çocuk var (%45.8), 331’i aynı evde yaşayan çocuk yok (%54.2) demıştır.

4.1.2. Genel Sağlık Özellikleri

Tablo 10. Katılımcıların Hastalık ve İlaç Kullanım Durumu

Katılımcıların Hastalık ve İlaç Kullanım Durumu		n	%
Tanı Konulmuş Ruhsal Hastalık Varlığı	Var	31	5.1
	Yok	580	94.9
	Toplam	611	100
Tanı Konulmuş Kronik Hastalık Varlığı	Var	88	14.4
	Yok	523	85.6
	Toplam	611	100
Düzenli Kullanılan İlaç Varlığı	Var	100	16.4
	Yok	511	83.6
	Toplam	611	100

Katılımcıların tanı konulmuş ruhsal hastalık, tanı konulmuş kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımının sorgulandığı bilgiler Tablo 10’da gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 31’i tanı konulmuş ruhsal hastalığı var (%5.1), 580’i tanı konulmuş ruhsal hastalığı yok (%94.9); katılımcıların 88’i tanı konulmuş kronik hastalığı var (%14.4), 523’ü tanı konulmuş kronik hastalığı yok (%85.6) ve katılımcıların 100’ü düzenli kullandığı ilaç var (%16.4), 511’i düzenli kullandığı ilaç yok (%83.6) demıştır.

Tablo 11. Katılımcıların Alkol, Kahve ve Çay Alışkanlık Durumu

Katılımcıların Alkol, Kahve ve Çay Alışkanlık Durumu		N	%
Alkol Kullanım Durumu	Her Gün kullanıyor	21	3.4
	Sosyal içici	362	59.2
	Kullanmıyor	228	37.3
	Toplam	611	100
Günlük Tüketilen Kahve Miktarı	Tüketmiyor	70	11.5
	1 Fincan	198	32.1
	2-3 Fincan	291	47.6
	>3 Fincan	54	8.8
	Toplam	611	100
Günlük Tüketilen Çay Miktarı	Tüketmiyor	34	5.6
	1 Bardak	80	13.1
	2-3 Bardak	176	28.8
	>3 Bardak	321	52.5
	Toplam	611	100

Katılımcıların alkol, kahve ve çay alışkanlıklarının sorgulandığı bilgiler Tablo 11’de gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 21’i her gün alkol kullanıyorum (%3.4), 362’si sosyal içiciyim (%59.2), 228’i alkol kullanmıyorum (%37.3); katılımcıların 70’i kahve içmiyorum (%11.5), 198’i günde 1 fincan kahve içiyorum (%32.1), 291’i günde 2-3 fincan kahve içiyorum (%47.6), 54’ü günde >3 fincan kahve içiyorum (%8.8) ve katılımcıların 34’ü çay içmiyorum (%5.6), 80’i günde 1 bardak çay içiyorum(%13.1), 176’sı günde 2-3 bardak çay içiyorum (%28.8), 321’i günde >3 bardak çay içiyorum (%52.5) cevabını vermiştir.

4.1.3. Sigara Öyküsü Özellikleri

Tablo 12. Sigaraya Başlama Yaşı

Sigaraya Başlama Yaşı	n	%
12-17 Yaş	202	33.1
18-23 Yaş	296	48.4
24-29 Yaş	102	16.7
>29 Yaş	11	1.8
Toplam	611	100

Katılımcıların sigaraya ilk kaç yaşında başladığı bilgisinin sorgulandığı bilgiler Tablo 12’de gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 202’si sigaraya 12-17 yaş arasında (%33.1), 296’sı sigaraya 18-23 yaş arasında (%48.4), 102’si sigaraya 24-29 yaş arasında (%16.7) ve 11’i sigaraya >29 yaşta (%1.8) başladığını söylemiştir.

Tablo 13. Sigarayı Bırakmadan Önce Günlük Tüketilen Sigara Miktarı

Sigarayı Bırakmadan Önce Günlük Tüketilen Sigara Miktarı	n	%
1-9 Adet	47	7.7
10-19 Adet	252	41.2
20-29 Adet	220	36
30-39 Adet	58	9.5
40-59 Adet	29	4.7
>59 Adet	5	0.8
Toplam	611	100

Katılımcıların sigarayı bırakmadan önce günlük içtiği sigara adedi bilgisinin sorgulandığı bilgiler Tablo 13’te gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 47’si günlük 1-9 adet (%7.7), 252’si günlük 10-19 adet

(%41.2), 220'si günlük 20-29 adet (%36), 58'si günlük 30-39 adet (%9.5), 29'u günlük 40-59 adet (%4.7) ve 5'i günlük >59 adet (%0.8) sigara içtiğini belirtmiştir.

Tablo 14. Sigarayı Bırakmadan Önceki Fagestrom Evresi

Sigarayı Bırakmadan Önceki Fagestrom Evresi	n	%
Çok Hafif	78	12.8
Hafif	174	28.5
Orta	138	22.6
İleri	161	26.4
Çok İleri	60	9.8
Toplam	611	100

Katılımcıların sigarayı bırakmadan önceki fagestrom evresinin sorgulandığı bilgiler Tablo 14'te gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 78'i çok hafif derecede bağımlı (%12.8), 174'ü hafif derecede bağımlı (%28.5), 138'i orta derecede bağımlı (%22.6), 161'i ileri derecede bağımlı (%26.4), 60'ı çok ileri derecede bağımlıydı (%9.8).

Tablo 15. Daha Önce Sigarayı Bırakma Deneyimi

Daha Önce Sigarayı Bırakma Deneyimi	n	%
Hayır	373	61
Farmakolojik Yöntem	74	12.1
Diğer Yöntemler	164	26.9
Toplam	611	100

Katılımcıların daha önceden sigarayı bırakma deneyimlerinin sorgulandığı bilgiler Tablo 15'te gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 373'ü daha önce sigarayı bırakma deneyimi olmadığını (%61); 74'ü farmakolojik yöntemlerle sigarayı bırakmayı denediğini (%12.1) ve 164'ü sigarayı farmakolojik olmayan yöntemlerle bırakmayı denediğini (%26.9) belirtmiştir.

4.1.4. Sigara Bırakma Evresi

Tablo 16. Sigarayı Bırakmadaki En Önemli Faktör

Sigarayı Bırakmadaki En Önemli Faktör	N	%
Sağlık ile İlgili Endişeler	372	60.9
Sigaranın Maliyeti	43	7
Yakınların Baskısı	102	16.7
Yasaklar	7	1.1
Kötü Koku	58	9.5
Gebelik/Emzirme	16	2.6
Diğer	13	2.1
Toplam	611	100

Katılımcıların sigarayı bırakmadaki en önemli faktörün sorgulandığı bilgiler Tablo 16’da gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 372’si sağlık ile ilgili endişeler (%60.9), 43’ü sigaranın maliyeti (%7), 102’si yakınlarının baskısı (%16.7), 7’si yasaklar (%1.1), 58’i kötü koku (%9.5), 16’sı gebelik/emzirme (%2.6), 13’ü diğer faktörler (%2.1), olduğunu belirtmiştir.

Tablo 17. Sigarayı Bırakma Döneminde Poliklinikte Yapılan İzlem Durumu

Sigarayı Bırakma Döneminde Poliklinikte Yapılan İzlem Durumu	n	%
İzlem Yapılmayan	66	10.8
1 İzlem	91	14.9
2 İzlem	108	17.7
3 İzlem	244	39.9
4 İzlem	87	14.2
>4 İzlem	15	2.5
Toplam	611	100

Katılımcılara sigarayı bırakma döneminde izlem yapılıp yapılmadığı, yapıldıysa kaç izlem yapıldığının sorgulandığı bilgiler Tablo 17’de gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 66’sı hiç izlem yapılmadığını (%10.8), 91’i 1 tane izlem yapıldığını (%14.9), 108’i 2 tane izlem yapıldığını (%17.7), 244’ü 3 tane izlem yapıldığını (%39.9), 87’si 4 tane izlem yapıldığını (%14.2), 15’i >4 tane izlem yapıldığını (%2.5) belirtmiştir.

Tablo 18. Sigarayı Bırakması İçin Uygulanmış Olan Tedavi

Sigarayı Bırakması İçin Uygulanmış Olan Tedavi	n	%
Sadece Motivasyonel Görüşme(MG)	65	10.8
NKYT + MG	81	13.3
Vareniklin + MG	254	41.6
Bupropiyon + MG	211	34.5
Toplam	611	100

Katılımcılara sigarayı bırakması için uygulanan yöntemin sorgulandığı bilgiler Tablo 18’de gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 65’ine sadece motivasyonel görüşme(MG) (%10.8), 81’ine NYKT+MG (%13.3), 254’üne Vareniklin+MG (%41.6) ve 211’ine Bupropiyon+MG (%34.5) yöntemi uygulandığı gözlenmiştir.

Tablo 19. Sigarayı Bırakma Döneminde Alınan Destek (1-5)

Sigarayı Bırakma Döneminde Alınan Destek (1-5)	Ortalama	Standart Sapma
Sigara Bırakma Polikliniği	4.05	0.83
Kendi Aile Hekimi	2.36	1.12
Aile	4.11	0.93
Arkadaş	3.97	1.04

Katılımcılara sigarayı bırakma döneminde sigara bırakma polikliniği, kendi aile hekimi, aile ve arkadaş çevresinden ne ölçüde destek aldığını 1-5 arasında oylaması

istenmiştir. Katılımcıların tamamının oy sonuçlarının ortalaması ve standart sapması Tablo 19’da gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların sigara bırakma polikliniğinden aldıkları destek puan ortalaması ve standart sapması 4.05(0.83), kendi aile hekimlerinden aldıkları destek puan ortalaması ve standart sapması 2.36(1.12), kendi ailelerinden aldıkları destek puan ortalaması ve standart sapması 4.11(0.93) ve arkadaşlarından aldıkları destek puan ortalaması ve standart sapması 3.97(1.04)’dir.

4.1.5. Sürdürme Dönemi

Tablo 20. Sigarayı Bırakma Döneminde Ne Şiddette Yaşadığı (1-5)

Sigarayı Bırakma Döneminde Ne Şiddette Yaşadığı (1-5)	Ortalama	Standart Sapma
Aşerme	3.34	1.12
Konsantrasyon Güçlüğü	3.16	1.14
Huzursuzluk	2.84	1.12
Çökkün Ruh Hali	2.41	1.07

Katılımcılara sigarayı bıraktıktan sonraki süreçte yoksunluk belirtilerini ne şiddette yaşadığını 1-5 arasında oylaması istenmiştir. Katılımcıların tamamının oy sonuçlarının ortalaması ve standart sapması Tablo 20’de gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların aşerme ortalaması ve standart sapması 3.34(1.12), konsantrasyon güçlüğü ortalaması ve standart sapması 3.16(1.14), huzursuzluk ortalaması ve standart sapması 2.84(1.12) ve çökkün ruh hali ortalaması ve standart sapması 2.41(1.07)’dir.

Tablo 21. Sigarayı Bırakma Döneminde Çevresinde Sigara İçilme Durumu

Sigarayı Bırakma Döneminde Çevresinde Sigara İçilme Durumu	Evet	Hayır	Toplam
Ev Ortamı	191(31.3)	420(68.7)	611(100)
İş Ortamı	435(86.7)	67(13.3)	502(100)
Arkadaş Çevresi	531(86.9)	80(13.1)	611(100)

Katılımcılara sigarayı bıraktıktan sonraki süreçte aynı evde yaşayan bireylerden, aynı işyerinde çalışan ve arkadaş ortamındaki bireylerden sigara içen var mı diye sorulmuştur.

sonuçlar Tablo 21’de paylaşılmıştır. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 191’i aynı evde yaşadıklarından sigara kullanan var (%31.3), 420’si aynı evde yaşadıklarından sigara kullanan yok (%31.3) demiştir.

611 katılımcının 502’si işyerinde çalışmaktaydı ve bu 502 kişiden 435’i aynı işyerinde çalıştıklarından sigara kullanan var (%86.7), 67’si aynı işyerinde çalıştıklarından sigara kullanan yok(%13.3) demiştir.

611 katılımcının 531’i arkadaşlarından sigara kullanan var (%86.9), 80’i arkadaşlarından sigara kullanan yok (%31.3) demiştir.

Tablo 22. Sigarayı Bırakma Döneminde nemli Yaşam Olayı ve Kilo Alma Durumu

Sigarayı Bırakma Döneminde nemli Yaşam Olayı ve Kilo Alma Durumu	Evet	Hayır	Toplam
Ölüm	38(6.2)	573(93.8)	611(100)
Boşanma	17(2.8)	594(97.2)	611(100)
İflas	9(1.5)	602(98.5)	611(100)
Kilo Alma	286(46.8)	325(53.2)	611(100)

Katılımcılara sigarayı bıraktıkları dönemde önemli yaşam olayı yaşayıp yaşamadığı ve kilo alıp almadığının sorgulandığı bilgiler Tablo 22’de gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 38’i çevresinde kendisini etkileyen ölüm yaşadığını (%6.2), 573’ çevresinde kendisini etkileyen ölüm yaşamadığını (%93.8) belirtmiştir.

Katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 17’si boşanma yaşadığını (%2.8), 594’ boşanma yaşamadığını (%97.2) belirtmiştir.

Katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 9’u iflas yaşadığını (%1.5), 602’si iflas yaşamadığını (%98.5) belirtmiştir.

Katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 286’sı kilo aldığını (%46.8), 325’i kilo almadığını (%53.2) belirtmiştir.

Tablo 23. Sigaraya Tekrar Başlama Nedeni

Sigaraya Tekrar Başlama Nedeni	n	%
Arkadaş Ortamı	112	32.7
Ev Ortamı	44	12.9
İş Ortamı	63	18.4
Aşerme	55	16.1
Önemli yaşam olayı	14	4.1
Ruh Hali Değişikliği	31	9.1
Diğer	23	6.7
Toplam	342	100

Katılımcılara sigarayı bıraktıktan sonra tekrar başlama nedeninin sorgulandığı bilgiler Tablo 23'te gösterilmektedir. Buna göre sigaraya tekrar başlayan 342 katılımcıdan, 112'si arkadaş çevresi ilişkili faktörler (%32.7), 44'ü ev ortamı ilişkili faktörler (%12.9), 63'ü iş ortamı ilişkili faktörler (%18.4), 55'i aşerme (%16.1), 14'ü önemli yaşam olayı (%4.1), 31'i ruh hali değişikliği (%9.1) ve 23'ü diğer faktörler (%6.7) cevabını vermiştir.

4.2. Analitik bulgular

4.2.1. Demografik Özellikler

Sigarayı bir yıl ve daha fazla bırakmış katılımcılardan sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayanların karşılaştırılması aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 24. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların yaşlarının aritmetik ortalaması ve standart sapması

Parametreler	Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor		T	P
	Aritmetik ort.	SS	Aritmetik ort.	SS		
Yaş	37.13	8.02	38.41	8.46	-1.9	0.057

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların yaşlarının aritmetik ortalaması ve standart sapması tablo 24’te verilmiştir. Buna göre şu an sigara kullanmayanların yaşlarının aritmetik ortalaması 37.13(ss:8.02) ve şu an sigara kullananların ise 38.41(ss:8.46)’dir ve iki grup arasında anlamlı farklılık yoktur(p:0.057).

Tablo 25. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların demografik özellikleri

		Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor		
Parametreler	Değişkenler	n		n		P
Cinsiyet	Erkek	163	169	223	216	0.24
	Kadın	106	99	119	125	
Eğitim	İlköğretim ve altı	20	24	35	31	0.13
	Lise	74	65	73	82	
	Üniversite	175	180	234	229	
Meslek	Çalışmıyor emekli	46	48	63	61	0.02*
	Memur	114	118	154	150	
	İşçi	75	61	63	77	
	Serbest meslek	34	42	62	54	
Medeni durum	Evli	129	115	133	147	0.12
	Boşanmış	23	23	28	28	
	Dul	5	5	7	7	
	Bekar	112	126	174	160	

Gelir	Denk	152	141	169	180	0.15
	Gelir fazla	58	60	77	75	
	Gider fazla	59	68	96	87	
Çocuk	Evet	138	123	142	156	0.016*
	Hayır	131	145	200	185	

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların demografik özellikleri karşılaştırmalı tablo 25’te verilmiştir. Buna göre iki grup arasında cinsiyet(p:0.24), eğitim düzeyi(p:0.13), medeni durum(p:0.12) ve gelir durumu(p:0.15) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir. Meslek(p:0.02) ve aynı evde yaşayan çocuk varlığı(p:0.016) ise iki grup arasında anlamlı derecede farklılık göstermektedir.

4.2.2. Genel Sağlık Özellikleri

Tablo 26. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların genel sağlık özellikleri

		Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor		
Parametreler		n		N		P
Ruhsal Hastalık	Evet	18	13	13	17	0.10
	Hayır	251	255	329	324	
Kronik Hastalık	Evet	42	38	46	49	0.45
	Hayır	227	230	296	292	
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	47	44	53	56	0.51
	Hayır	222	225	289	296	
Alkol	Sosyal	162	160	200	202	0.81
	Her gün	8	9	13	12	

	kullanmıyor	99	100	129	128	
Kahve	İçmiyor	37	31	33	39	0.2
	1	76	86	120	110	
	2-3	132	128	159	163	
	>4	24	24	30	30	
Çay	İçmiyor	18	15	16	19	0.58
	1	37	35	43	45	
	2-3	72	78	104	98	
	>4	142	141	179	180	

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların genel sağlık özellikleri karşılaştırmalı tablo 26'da verilmiştir. Buna göre iki grup arasında ruhsal hatalık varlığı(p:0.10), kronik hastalık varlığı(p:0.45), düzenli ilaç kullanımı(p:0.81) alkol kullanım durumu(p:0.81), günlük tüketilen kahve miktarı(p:0.20) ve günlük tüketilen çay miktarı(p:0.58) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir.

4.2.3. Sigara Öyküsü Özellikleri

Tablo 27. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigaraya kaç yaşında başladıklarının ve sigarayı bırakmadan önce günlük içilen sigara adedi

	Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor			
Parametreler	Aritmetik ort.	SS	Aritmetik ort.	SS	T	P
Kaç yaş	19.89	3.93	19.59	4.23	0.60	0.40
Kaç adet	19.72	9.14	19.13	8.80	0.60	0.41

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigaraya kaç yaşında başladıklarının ve sigarayı bırakmadan önce günlük içilen sigara adedinin aritmetik ortalaması ve standart sapması tablo 27’de verilmiştir. Buna göre şu an sigara kullanmayanların başlama yaşlarının aritmetik ortalaması 19.89(ss:3.93) ve şu an sigara kullananların ise 19.59(ss:4.23)’dur ve iki grup arasında anlamlı farklılık yoktur(p:0.40). Şu an sigara kullanmayanların bırakmadan önce günlük içilen sigara adedinin aritmetik ortalaması 19.72(ss:9.14) ve şu an sigara kullananların ise 19.13(ss:8.80)’tür ve iki grup arasında anlamlı farklılık yoktur(p:0.41).

Tablo 28. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmadan önceki günlük içilen sigara adedi

		Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor		
Parametreler		N		n		P
Günlük adet	0-9	17	21	30	26	0.50
	10-19	106	111	146	141	
	20-29	106	97	114	123	
	30-39	23	25	35	33	
	40-59	14	13	15	16	
	>60	3	2	2	3	

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmadan önceki günlük içilen sigara adedi kategorik olarak karşılaştırmalı tablo 28’de verilmiştir. Buna göre iki grup arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır(p:0.50).

Tablo 29. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların daha önceden sigarayı bırakma deneyimi

		Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor		
Parametreler		n		n		P
Deneyim	Evet	112	104	126	133	0.22
	Hayır	157	165	216	209	
Yöntem	Farmakolojik	38	35	36	39	0.37
	Non farmakolojik	74	77	90	87	
Fagerstrom	Çok hafif	30	34	48	44	0.68
	Hafif	81	77	93	97	
	Orta	57	61	81	77	
	İleri	75	71	86	90	
	Çok ileri	26	26	34	24	

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların daha önceden sigarayı bırakma deneyimi olup olmadığı, olduysa hangi yöntemle olduğu ve sigarayı bırakmadan önceki fageström evresi karşılaştırmalı tablo 29’da verilmiştir. Buna göre iki grup arasında deneyim(p:0.22), yöntem(0.37) ve fagerström evresi(0.68) açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir

4.2.4. Sigarayı Bırakma Evresi

Tablo 30. Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakma döneminde sigarayı bırakması için en önemli faktör ve sigara bırakma polikliniğinde izlem yapılıp yapılmadığı

		Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor		
Parametreler		n		N		P
Sigarayı Bırakmadaki En Önemli Faktör	Sağlık	170	164	202	208	0.292
	Maliyet	20	19	23	24	
	Yakınların Baskısı	35	45	67	57	
	Yasaklar	4	3	3	4	
	Koku	24	25	34	33	
	Gebelik veya Emzirme	10	7	6	9	
	Diğer	6	6	7	7	
İzlem	Evet	248	240	297	305	0.034
	Hayır	21	29	45	37	

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakma döneminde sigarayı bırakması için en önemli faktör ve sigara bırakma polikliniğinde izlem yapılıp yapılmadığı karşılaştırmalı tablo 30’da verilmiştir. Buna göre iki grup arasında sigarayı bırakmasındaki en önemli faktör(p:0.29) açısından anlamlı fark saptanmazken, izlem durumu açısından anlamlı fark(0.034) saptanmıştır

Tablo 31.Yapılan izlem sayısı

	Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor			
Parametreler	Aritmetik ort.	SS	Aritmetik ort.	SS	T	P
İzlem sayısı	2.68	1.02	2.67	1.01	0.14	0.88

Her iki grubun yapılan izlem sayısının aritmetik ortalaması ve standart sapması karşılaştırılmalı olarak Tablo.31’de verilmiştir. İki grup arasında yapılan izlem sayısı açısından anlamlı fark gözlenmemiştir(0.88).

Tablo 32.Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakma sürecinde sigara bırakma polikliniğinden, kendi aile hekiminden, ailesinden ve arkadaş çevresinden almış olduğu destek

	Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor			
Parametreler	Aritmetik ort.	SS	Aritmetik ort.	SS	T	P
Poliklinik Destek Puanı	4.18	0.77	3.95	0.86	3.36	0.01
Aile Hekimi Destek Puanı	2.30	1.14	2.40	1.10	0.60	0.27
Aile Destek Puanı	4.13	0.89	4.09	0.96	0.49	0.62
Arkadaş Destek Puanı	4.00	1.01	3.96	1.06	0.44	0.60

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakma sürecinde sigara bırakma polikliniğinden, kendi aile hekiminden, ailesinden ve arkadaş çevresinden almış olduğu desteği 1-5 arasında verilen puanların aritmetik ortalaması ve standart sapması tablo 32’de verilmiştir. Buna göre her iki grup arasında aile hekiminden(0.027), aileden(0.62) ve arkadaşlarından(0.60) almış olduğu destek arasında anlamlı farklılığa rastlanmazken, sigara bırakma polikliniğinden alınan destek(0.01) açısından anlamlı farklılığa rastlanmıştır.

4.2.5. Sürdürme Dönemi

Tablo 33.Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmayı sürdürme döneminde aşırme, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk ve çökkün ruh hali semptomları

	Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor			
Parametreler	Aritmetik ort.	SS	Aritmetik ort.	SS	T	P
Aşırme	3.31	1.13	3.37	1.11	0.64	0.51
Konsantrasyon Güçlüğü	3.16	1.17	3.16	1.12	0.26	0.94
Huzursuzluk	2.82	1.13	2.85	1.10	0.38	0.82
Çökkün Ruh Hali	2.40	1.06	2.45	1.08	0.23	0.70

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmayı sürdürme döneminde aşırme, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk ve çökkün ruh hali semptomlarını ne şiddette hissettiğine 1-5 arasında verilen puanların aritmetik ortalaması ve standart sapması tablo 33'te verilmiştir. Buna göre her iki grup arasında aşırme(0.51), konsantrasyon güçlüğü(0.94), huzursuzluk(0.82) ve çökkün ruh hali(0.70) semptom şiddeti arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 34.Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmayı sürdürme döneminde ev ortamında, çalıştığı iş ortamında ve arkadaş çevresinde sigara kullanan

		Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor		
Parametreler		N		n		P
Ev Ortamında Sigara Kullanan	Evet	88	84	103	107	0.49
	Hayır	181	185	239	235	
İş Ortamında Sigara Kullanan	Evet	192	193	243	242	0.74
	Hayır	31	30	36	37	
Arkadaş Çevresinde Sigara Kullanan	Evet	234	234	297	297	0.95
	Hayır	35	35	45	45	

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmayı sürdürme döneminde ev ortamında, çalıştığı iş ortamında ve arkadaş çevresinde sigara kullananların olup olmadığına verilen cevaplar karşılaştırılmalı olarak Tablo.34'te verilmiştir. Buna göre, her iki grup arasında ev ortamında sigara kullanan varlığı(0.49), işyerinde sigara kullanan birisinin varlığı(0.74) ve arkadaş çevresinde sigara kullanan birisinin varlığı(0.95) açısından anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 35.Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmayı sürdürme döneminde ölüm, boşanma, iflas gibi önemli yaşam olayları

Parametreler		Şu An Sigara İçmiyor		Şu An Sigara İçiyor		P
		N		n		
Ölüm	Evet	13	17	25	21	0.2
	Hayır	256	252	317	321	
Boşanma	Evet	4	8	13	9	0.08
	Hayır	265	261	329	333	
İflas	Evet	3	4	6	5	0.51
	Hayır	266	265	336	337	
Kilo Alma	Evet	121	126	165	160	0.42
	Hayır	148	143	177	182	

Sigaraya tekrar başlayanlar ve sigarayı şu an kullanmayan katılımcıların sigarayı bırakmayı sürdürme döneminde ölüm, boşanma, iflas gibi önemli yaşam olaylarını yaşayıp yaşamadığı ve bu dönemde kilo alıp almadığına verilen cevaplar karşılaştırılmalı olarak Tablo.35'te verilmiştir. Buna göre, her iki grup arasında önemli yaşam olaylarından ölüm(0.20), boşanma(0.08), iflas(0.51) ve sigara bırakma döneminde kilo alımı(0.42) açısından anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.

TARTIŞMA

Sigara, birçok kullanıcısının ölümüne neden olan tek yasal maddedir. Yılda çoğu kısmı erken ölüm olan ortalama altı milyon ölüme neden olmaktadır. Bu altı milyon ölümün altı yüz bin tanesi pasif içicilerde meydana gelmektedir. Sigara kullanımı bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan ötürü engelliliklere ve ölüme neden olmaktadır. Aynı zamanda bulaşıcı hastalıklardan dolayı meydana gelen ölümlerde risk artışına neden olmaktadır (1).

Tütün kullanımı nedeniyle, 2030 yılına gelindiğinde ölen kişi sayısının 8 milyon olacağı, yirmi birinci yüzyıl boyunca 1 milyara yakın kişinin sigara nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir (3) (10).

Bu gibi nedenlerden dolayı sigarayı kullanan kişilerin bırakması önem arz etmektedir. Bu konuda bize düşen ilk aşamada aile sağlık merkezlerine başvuran her hastanın sigara kullanım durumunu sorgulamak, kullanan hastalarla ilk aşamada motivasyonel görüşme yaparak sigarayı bırakma düşüncesine sahip olanları sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmektir. Sigara bırakma polikliniklerinde çalışıyorsak her gelen hastaya yeteri vakit ayırıp onun için en doğru tedavi yöntemini planlayarak düzenli aralıklarla polikliniğe başvurmasını sağlamaktır.

Biz çalışmamızda DEU Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniğine 01 Ocak 2015 ve 31 Aralık 2019 tarihleri arasında başvurmuş olan hastalarla tekrardan iletişime geçerek sigarayı bir yıl veya daha fazla kullanmamış olanların tekrardan başlama sıklığını ve bununla ilişkili olabilecek faktörleri saptamayı amaçlamaktayız. Bunun için o tarihler arasında 2052 yeni başvurusu olan hasta ile iletişime geçilmeye çalışılmıştır. Toplam 1682 kişiye ulaşılmış olup bunlardan 611 tanesi en az bir yıl sigara kullanmadığı için çalışmamıza dahil edilmiştir.

Katılımcıların verileri toplanırken sigara bırakma polikliniğine başvurduktan sonra geçmiş olan süre 611 katılımcıdan 176'sı 12-23. ayında (%28.8), 161'i 24-35. ayında (%26.4), 108'i 35-47. ayında (%17.7), 85'i 48-59. ayında (%13.9) ve 81'i >59 ayındadır (%13.3).

Katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 611 katılımcının 269'unun şu an sigara kullanmadığı (%44), 179'unun 12-17. aylarda sigaraya tekrar başladığı (%29), 79'unun 18-23. aylarda sigaraya tekrar başladığı (%12.9), 51'inin 24-35. aylarda sigaraya tekrar başladığı (%8.3), 21'inin 36-47. aylarda sigaraya tekrar başladığı (%3.4) ve 12 tanesinin de>47. aylarda sigaraya tekrar başladığı (%2) görülmüştür.

2008 yılında toplam 8 tane randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında sonuç olarak; sigara bırakma polikliniklerine başvuran ve bırakan hastaların %60'ı ilk bir yıl içinde tekrardan başlamaktadır. Bir yıl içinde başlamayanların ise her yıl %10'u tekrardan başlamaktadır (12). 2002 yılında yapılan bir araştırmada en az iki yıl sigarayı bırakanlarda relaps riski 2-6 yılları arasında her yıl %2-4 arasında değişirken 10 yıl ve üzeri bırakanlarda ise %1 oranında relaps saptanmıştır (14). Bizim çalışmamızda ilk bir yıl dahil edilmemiştir; ama bir yıldan sonraki sigaraya tekrar başlama sıklığı meta analiz çalışmasıyla uygunluk göstermektedir.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 verilerine göre Türkiye'de 15 ve üzeri yaştaki yetişkinler arasında tütün ürünü kullanım sıklığı %27,1'dir. Bu değer 14,8 milyon yetişkine karşılık gelir. Erkeklerde (%41,5) tütün ürünü kullanımı kadınlara (%13,1) göre daha fazladır. Yaklaşık olarak 11,1 milyon erkek ve 3,6 milyon kadın sigara içmektedir (6). Bizim çalışmamızda 611 katılımcının 386'sı erkek (%63.2), 225'i kadındır (%36.8). Toplumumuzda sigara kullanım oranının erkeklerde yüksek olması bizim çalışmamıza benzerdi. Cinsiyetin sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerin arasında olduğunu ve erkeklerin sigarayı daha kolay bıraktığını söyleyen çalışmalar olsa da (116) (117), Argüder ve arkadaşlarının (118) çalışmasında olduğu gibi bizim çalışmamızda da cinsiyetler arasında sigara bırakma oranları açısından anlamlı bir fark göremedik(p:0.024).

Çalışmamızda her yaştan katılımcı olduğunu görülmektedir. 611 katılımcının 102'si 20-29 yaşında (%16.7), 276'sı 30-39 yaşında (%45.2), 178'i 40-49 yaşında (%29.1), 49'u 50-59 yaşında (%8) ve 6'sı >6 yaşındaydı (%1). İleri yaşta sigara bırakma başarısı yüksek olan çalışmalar olsa da (119) (120) bizim çalışmamızda Argüder ve arkadaşlarının yaptığı çalışma gibi yaştan sigara bırakma oranına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını belirledik. (118) Çalışmamızda şu an sigara kullanmayanların yaşlarının aritmetik ortalaması 37.13(ss:8.02) ve şuan sigara kullananların ise 38.41(ss:8.46)'dir ve iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu(p:0.057). İki grubun yaşları kategorik olarak değerlendirildiğinde de yine anlamlı farklılık gözlemlenmedi(p>0.5).

Eğitim durumunun sigara bırakma başarısındaki rolüne baktığımızda eğitim düzeyi arttıkça sigara bırakma başarısı artan çalışmalar olmasına rağmen (121) (122) , bazı çalışmalarda da etkisi gözlenmemiştir (118) (119). Bizim çalışmaya bakacak olursak, 611 katılımcının 1'inin okur-yazar olmadığı (%0.2), 10'unun okuryazar olduğu

(%1.6), 44'ünün ilköğretim mezunu (%7.2), 147'sinin lise mezunu (%32,40) ve 409'unun üniversite mezunu (%66.9) olduğu tespit edilmiştir. İki grup arasında ise bakıldığında eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı(p:0.13), bizim katılımcılarımızın büyük çoğunluğunun üniversite mezunu olmasının nedeni ise başvuru yapanların çoğunluğunun üniversitede görev alan bireylerden oluşması olabilir.

Katılımcılarımızın mesleklerine bakacak olursak 611 katılımcının 109'u çalışmıyor veya emekli (%17.8), 268'i memur (%43.9), 138'i işçi (%22.6) ve 96'sı serbest meslek sahibiydi (%15.7). Çalışmamızda aktif olarak çalışan sayısının fazla olması nedeni DEU sigara bırakma polikliniğine başvuranların çoğunluğunu aktif olarak hastanede çalışanların olmasından kaynaklanıyor olabilir. İki grup arasında meslek açısından anlamlı fark tespit edildi(p:0.02). İşçi olarak çalışanların sigaraya tekrar başlama oranının düşük serbest meslek sahibi olanların ise yüksek olduğu gözlemlendi.

Katılımcıların medeni durumuna bakılınca 611 katılımcının 262'si evli (%42.9), 51'i boşanmış (%8.3), 12'si dul (%2) ve 286'sı bekarı (%46.8). Örsel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada olguların %74,3'ünün evli olduğu ifade edilmiştir (123). Dicle Üniversitesi'ndeki bir çalışmada ise kişilerin %65,9'unun evli olduğu belirtilmiştir (124). Hall ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli olanların oranı %70,4'tür (125). Japuntich ve arkadaşlarının, Wee ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada evli olanların sigara bırakmada daha başarılı olduğu görülmüşse de (126) (127), yapılan çoğu çalışmada genellikle medeni durumun sigara bırakma başarısını etkilemediği gözlenmiştir (123) (128). Bizim çalışmamızda da medeni durumun bir yıl sigarayı bıraktıktan sonra tekrar başlama üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. (p:0.12)

Katılımcılarımızın gelir düzeyine bakacak olursak 611 katılımcının 321'i gelirim giderime denk (%52.5), 135'i gelirim giderimden fazla (%22.1), 155'i gelirim giderimden az (%25.4) cevabını vermişti. İlaç alımının ücretli olduğu dönemlerde yapılan çalışmalarda gelir düzeyinin sigara bırakmaya etkisi daha fazla görülmüştür (33) (84). Bizim çalışmamızda gelir düzeyi ile sigara bırakmayı sürdürme arasında anlamlı bir fark görülmemiştir(p:0.15). Bunun nedeni olarak hastaların ilaçlara ücretsiz erişebilmesi ve bizim çalışmamızın da sonuçlarından biri olan uzun süreli sigara bırakma da başlanan tedavinin gruplar arasında farklılık oluşturmamasıdır (11) (5).

Katılımcılarımızla aynı evde yaşayan çocuk varlığı sorgulandığında 611 katılımcının 280'i aynı evde yaşayan çocuk var (%45.8), 331'i aynı evde yaşayan çocuk yok (%54.2) demiştir. Bir yıl sigarayı bıraktıktan sonra tekrar sigaraya başlama açısından iki grup arasında anlamlı farklılık görülmüştür (p:0.016). Yaşadığı evde çocuk varlığı sigarayı bıraktıktan sonra tekrardan başlamamaya neden olduğu görülmüştür.

2010 yılında yapılan bir çalışmada sigarayı bıraktığı dönemde ruh sağlığı sorunları olması uzun dönemde relaps riskini arttırdığı saptanmıştır (13). Bizim çalışmamızda ise 611 katılımcının 31'i tanı konulmuş ruhsal hastalığı var (%5.1), 580'i tanı konulmuş ruhsal hastalığı yok (%94.9); katılımcıların 88'i tanı konulmuş kronik hastalığı var (%14.4), 523'ü tanı konulmuş kronik hastalığı yok (%85.6) ve katılımcıların 100'ü düzenli kullandığı ilaç var (%5.1), 511'i düzenli kullandığı ilaç yok (%83.6) demiştir ve iki grup arasında ruhsal hastalık varlığı(p:0.10), kronik hastalık varlığı(p:0.45), düzenli ilaç kullanımı(p:0.81) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir. Bunun nedeni olarak katılımcılarımız değerlendirildiğinde tanı konulmuş ruhsal hastalığı olan birey sayısının az olması olabilir.

Katılımcılarımızın alkol kahve ve sigara tüketimine verdiği cevaplara bakılacak olursa 611 katılımcının 21'i her gün alkol kullanıyorum (%3.4), 362'si sosyal içiciyim (%59.2), 228'i alkol kullanıyorum (%37.3); katılımcıların 70'i kahve içmiyorum (%11.5), 198'i günde 1 fincan kahve içiyorum (%32.1), 291'i günde 2-3 fincan kahve içiyorum (%47.6), 54'ü günde >3 fincan kahve içiyorum (%8.8) ve katılımcıların 34'ü çay içmiyorum (%5.6), 80'i günde 1 bardak çay içiyorum (%13.1), 176'sı günde 2-3 bardak çay içiyorum (%28.8), 321'i günde >3 bardak çay içiyorum (%52.5) cevabını vermiştir. İki grup kıyaslandığında alkol kullanım durumu(p:0.81), günlük tüketilen kahve miktarı(p:0.20) ve günlük tüketilen çay miktarı(p:0.58) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir. Alkol alımının sigara bırakmayı zorlaştırdığıyla ilgili birçok yayın bulunmaktadır (129) (130) (131). 2002 yılında yapılan bir araştırmada en az iki yıl sigarayı bırakanlarda alkol ve kahve tüketimi uzun süreli relaps risk faktörü olarak saptanmıştır. (12). Bizim çalışmamızda ise alkol ve kahve tüketim durumunun relaps üzerine etkisi gösterilememiştir. Bunun nedeni olarak kahve ve alkol tüketimi katılımcılar arasında benzerlik göstermeni ve çalışmamızda uzun süreli relaps oranının çok fazla olmaması olabilir. Katılımcı sayısı arttırılırsa sonuçlar uzun süreli relaps açısından farklılık gösterebilir.

Tütün ürünlerinin kullanımı ve bağımlılığın gelişmesi erken yaşlarda başlamaktadır. Erişkin Küresel Tütün Araştırması 2012 Türkiye Raporu'nda ülkemizde 15 yaşın

altında günlük olarak sigara içmeye başlayanların oranı%16,1'dir, 18 yaşından önce başlayanların oranı ise %58,7'dir. Kadınların sigara içmeye başlama yaşı 17,9 iken erkekler 16,8 yaşında sigaraya başlamaktadırlar (6). A Report of Surgeon General 2014'te anlatıldığı gibi gençler 26 yaşına kadar hiç sigara kullanmamışsa 26 yaş sonrası için de bağımlı olma riski azalmıştır (132). Buradan da anlaşılabileceği gibi gençleri korumak çok önemlidir. Tütün ürünlerine gençlerin erişimini sınırlandırmak, denemesini engellemek ve yasal yaş sınırını arttırmak, denetimini sağlamak önemli olacaktır. Kıdık ve arkadaşlarının (133) yaptığı çalışmada, sigaraya başlama yaşı 18'in altında olanlarda bu durumun sigara bırakma başarısına anlamlı etkisinin olmadığı, bırakmış olanlarda ise 1-3 yıllık başarısı 18 yaş üstünde sigaraya başlamanın sigara bırakmayı sürdürme başarısını arttırdığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda 611 katılımcının 202'si sigaraya 12-17 yaş arasında (%33.1), 296'sı sigaraya 18-23 yaş arasında (%48.4), 102'si sigaraya 24-29 yaş arasında (%16.7) ve 11'i sigaraya >29 yaşta (%1.8) başladığını söylemiştir ve her iki grubun sigaraya başlama yaşı ile sigarayı uzun dönem bırakma açısından farklılık gözlenmemiştir (p:0.4)

Uzaslan ve arkadaşlarının (134) yaptığı çalışmada günlük içilen sigara sayısı 11-20 adet olanların bırakma oranı yüksek bulunmuştur. Kıdık ve arkadaşlarının (133) yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi günlük içilen sigara sayısı ile tekrardan sigaraya başlama arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0.41).

2010 yılında yapılan bir çalışmada sık aile hekimi kontrolü sigaranın uzun dönemde relaps riskini azalttığı saptanmıştır (13).Bizim çalışmamızda ise izlem yapıp yapılmama durumu açısından anlamlı fark(0.034) saptanmışken yapılan izlem sayısı açısından iki grup arasında anlamlı fark görülmemiştir(p:0.88). Sonuç olarak izlem yapılan hastaların sigarayı bıraktıktan sonra sürdürme döneminde daha başarılı olduğu gözlenmiştir. İzlem yapılmış olan katılımcılarda ise izlem sayısı ile relaps açısından fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Katılımcılarımızın sigara bırakma polikliniğinden alınan destek açısından anlamlı farklılığa rastlanmıştır(p:0.01). Sonuç olarak hastaların sigara bırakma polikliniğinden aldıkları desteklerin önemini ortaya koymaktadır. Her iki grup arasında kendi aile hekiminden (p:0.027), ailesinden (p:0.62) ve arkadaşlarından (p:0.60) almış olduğu destek arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Yaptığımız çalışmada katılımcıları genel olarak kendi aile hekiminde aldıkları destek puanları düşük çıkmıştır ve iki grup arasında da anlamlı fark saptanmamıştır buna neden olarak

Ülkemizde aile hekimliğine başvuran hastalara sigara kullanım durumu veya bırakmışsa hangi dönemde olduğunun yeteri kadar sorgulanmadığını düşünmekteyiz.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sigarayı bir yıl ve daha uzun süre bırakanların %56'sının tekrar sigara kullanmaya başladığı görülmüştür. İzlem yapılan hastaların sigarayı bıraktıktan sonra sürdürme döneminde hiç izlem yapılmayanlara göre daha başarılı olduğu gözlenmiştir. Sigara bırakma polikliniğinden aldıkları destek puan ortalamasının sigara kullanmaya başlamayanlarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sigaraya tekrar başlayan ve başlamayan katılımcıların aile hekiminden aldıkları destek puan ortalamalarının düşük olduğu gözlenmiştir. Burada bize düşen görev ASMye başvuran her hastanın sigara kullanım durumunu sorgulamaktır. Sigara bırakma evresinde olanların hangi tedaviyi kullandığını ve bırakma döneminin nasıl gittiğinin sorgulanmalı ve destek olunmalıdır. Sigara bırakma döneminde olmayanlar ise sigara kullanmayı bırakmaları için motivasyonel görüşme yapılmalı ve sigara kullanmayı bırakmaya teşvik edilmelidir.

Çalışmamız beş yıl önceki başvuruları da içerdiği için katılımcılara ulaşmada bazı problemler yaşanmıştır. (Katılımcıların dosyalarının bir kısmına ulaşamamış ve bir kısmının da iletişim numaraları bulunamamıştır.)

Bu gibi sebeplerden dolayı katılımcılarımızın sayısı en fazla başvuru süresinden sonraki ilk yıllardır. Çalışmamıza katılanların bir kısmı bırakma döneminin ilk yıllarında olduğu için ilerideki durumlarının araştırılması başka çalışmalarla desteklenebilir.

Çalışmamızın örneklemini DEÜ Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar oluşturduğundan bu çalışmanın tüm evreni temsil etmesi mümkün değildir.

7. KAYNAKÇA

1. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015.
2. World Health Organization . Fact sheet- Tobacco. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
3. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organisation. Part one 6. Cigarette consumption 2002.
4. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PloS Medicine 2006; 3:442.
5. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(2). .
6. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu; 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> (Erişim Tarihi: 23 Mart 2017).
7. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic 2008- MPOWER. http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html.
8. Freid VM., Prager K., Mackay AP., Xia H. Chartbook on Trends in the Health of Americans. Health, United States, 2003. Hyattsville, Maryland:National Center forHealth Statistics 2003.
9. Eurobarometer 385, Attitudes of Europeans Towards Tobacco, European Commission, May2012
http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf.
10. 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.
11. Curbing the Epidemic: Governments and The Economics of Tobacco Control.
12. Hughes JR, Peters EN, Naud S. Relapse to smoking after 1 year of abstinence: a meta-analysis. Addict Behav. 2008 Dec;33(12):1516-20. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.05.012. Epub 2008 Jun 8. PMID: 18706769; PMCID: PMC2577779.

13. Hawkins J, Hollingworth W, Campbell R. Long-term smoking relapse: a study using the british household panel survey. *Nicotine Tob Res.* 2010 Dec;12(12):1228-35. doi: 10.1093/ntr/ntq175. Epub 2010 Oct 29. PMID: 21036960.
14. Krall EA, Garvey AJ, Garcia RI. Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. *Nicotine Tob Res.* 2002 Feb;4(1):95-100. doi: 10.1080/14622200110098428. PMID: 11906685.
15. Abdolahinia A, Sadr M, Hessami Z. Correlation between the age of smoking initiation and maintaining continuous abstinence for 5 years after quitting. *Acta Med Iran.* 2012;50(11):755-9. PMID: 23292627.
16. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün (*Nicotiana tabacum* L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. *Doğu Coğraf Derg.* 2013;18(30):71–102.
17. Barış Yİ Tütün Kullanımının Tarihçesi http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARİHÇESİ_Barış.pdf. (Erişim tarihi: 23.03.2017).
18. . <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf> .
19. Crews KM, Payne TJ. Tobacco update: Scientific advances, clinical perspectives. *Am J Med Sci* 2003; 326: 165-6.
20. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51: 300-3.
21. Karlıkaya C. Tütünün sağlığa etkileri. *Türk Toraks Derneği Okulu 10. Yıllık Kongre Kursları* 2007; 465-476.
22. Smoking Statistics: Illnessand Death. Fact SheetNo:2 http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02.html#_edn7. 2003.
23. Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu Yayınları, 1979: 2-5.
24. M. Onat Çakıt, İsmail Arslan. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2016;7(5):1-4.
25. İsmail Arslan, Oğuz Tekin. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Tütün Kontrolünde Aile Hekimliği. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2016;7(5):31-4.

26. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M. Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi 2006;7(1):51-64.
27. Dilektasli AG. Pharmacological Treatment for Smoking Cessation. Türkiye Klinikler J Pulm Med-Special Topics 2012;5(2).
28. World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, World Bank. 1999.
29. Kaufman N, Yach D. Tobacco control-challenge and prospects. Bull World Health Organ 2000, 78: 867.
30. . Kaşıkçı M, Ünsal A, Çoban G, Avşar G. Atatürk Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Sigara Kullanma Alışkanlıkları, Toraks Dergisi, 2008, 3(9):93-8.
31. . Bilir N. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü Ve Yarını. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, 2012.
32. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
33. Şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005.
34. Çan G. Sigara Epidemiyolojisi. in: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa; 49-58, 2002.
35. Proctor RN. The history of the discovery of the cigarette-lung cancer link: evidentiary traditions , corporate denial , global toll. Tob Control 2012;21(2):87–91.
36. WYNDER EL, GRAHAM EA, Ochsner, A., and DeBakey M, Kenneway, N. M., and Kenneway EL, Kenneway, E. L., and Kenneway NM, Adler I, vd. Tobacco Smoking As a Possible Etiologic Factor in Bronchiogenic Carcinoma. J Am Med Assoc. 1950;143(4):329.
37. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. Br Med J. 1950;2(4682):739.
38. Auerbach O, Gere JB, Forman JB, Petrick TG, Smolin HJ, Muehsam GE, vd. Changes in the Bronchial Epithelium in Relation to Smoking and Cancer of the Lung. N Engl J Med. 17 Ocak 1957;256(3):97–104.

39. Parascandola M, Weed DL, Dasgupta A. Two Surgeon General ' s reports on smoking and cancer : a historical investigation of the practice of causal inference. *Emerg Themes Epidemiol.* 2006;3(1):1–11.
40. Tatlıcioğlu T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve geleceği. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2007;55(3):303–18.
41. . S.Hecht S. Tobacco Smoke Carcinogens and Lung Cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1999;91(14):1194–210.
42. Jemal A, Thun MJ, Ries LAG, Howe HL, Weir HK, Center MM, vd. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lungcancer, tobacco use, and tobacco control. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(23):1672–94.
43. Türkiye kanser istatistikleri [Internet]. 2017. Available at: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzun.pdf (Erişim tarihi: 21.06.2018).
44. Znaori A, Brennan P, Gajalakshmi V, Mathew A, Shanta V, Varghese C, vd. Independent and combined effects of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking on the risk of oral, pharyngeal and esophageal cancers in Indian men. *Int J Cancer.* 2003;105(5):681–6.
45. Smart J, Daly AK, Papers JBC, Nebert DW, Dalton TP, Okey AB, vd. Genetic susceptibility to tobacco-related cancer. *Oncogene* 2005;23(2):7435–51.
46. Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med*;154:1579-80, 1996.
47. Uncu G, Sigaranın fertilité ve gebelik üzerine etkileri. İn: Özyardımcı N.(Ed) *Sigara ve Sağlık*, Bursa; 257-280, 2002.
48. . Gray R, Bonellie SR, Chalmers J, ve diğerleri. Contribution of smoking during pregnancy to inequalities in stillbirth and infant death in Scotland 1994-2003:retrospective population based study using hospital maternity records. *BMJ* 2009. 339:b3754.
49. Shafey O,Eriksen M, Ross H. et. Al. *The Tobacco Atlas*. 3rd ed. Georgia: American Cancer Society, 2009.
50. . Subramanian J ve Govindan R. Lung cancer in never smokers: A review. *J Clin Oncol.* 2007; 25:561-70.

51. 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.
52. . United States Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General, 2006.
53. American Cancer Society. Guide to Quit Smoking. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002971-pdf.pdf> (Erişim tarihi: 27.03.2017).
54. Edis EÇ, Karlıkaya C. Türkiye’de akciğer kanserinin maliyeti. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2006; 55(1): 51-8.
55. United States Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults, a report of the Surgeon General, 2012.
56. Bolam B, West R, Gunnell D. Does smoking cessation cause depression and anxiety? Findings from the ATTEMPT cohort. Nicotine Tob Res, 13(3):209-14, 2011.
57. . Berrettini WH, Lerman CE. Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence. Am J Psychiatry, 162:1441-51, 2005.
58. Ussher M, West R, Steptoe A, McEwen A. Increase in common cold symptoms and mouth ulcers following smoking cessation. Tob Control, 12:86, 2003.
59. Griesel AG, Germishuys PJ. Salivary immunoglobulin A levels of persons who have stopped smoking. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 87(2):170-3, 1999.
60. Brookman R. Relief of canker sores on resumption of cigarette smoking. Calif Med, 93:235-6, 1960.
61. Meyers AW, Klesges RC, Winders SE, Ward KD, Peterson BA ve ark. Are weight concerns predictive of smoking cessation? A prospective analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65(3), 448-52, 1997.
62. Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. British Medical Journal, 1-21, 2012.

63. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev: CD006219, 2012.
64. 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.
65. Pekel Ö. Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yeniden Başlamaya Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir, 2012, Uzmanlık Tezi.
66. Boztaş MH, Abatan E. Sigara Bırakmada İlaç Tedavisi Klinik Psikiyatri 2013; 16:110-119.
67. Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;5(14).
68. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Yazar: Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu, 2013.
69. 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.
70. Uysal MA., Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG.,Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: Reliability In A Turkish Sample And Factor Analysis. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi 2004; 52(2): 115-121.
71. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A, Solunum Sistemi ve Hastalıkları 2010.
72. Cahill K, Lancaster T, Green N, Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic reviews 2010.
73. National Cancer Institute, Cancer trends progress report-2009/2010 update, <http://progressreport.cancer.gov>.
74. Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG, Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy:secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-

75. Pierce JP, Cummins SE, White MM, Humphrey A, Messer K, Quitlines and nicotine replacement for smoking cessation:do we need to change policy? *Annu Rev. Public Health.* 2012 Apr.;33:341-56.
76. Quist-Paulsen P, Gallefos F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003; 327: 1254-1257.
77. Prochka JO, Diclemente CC, Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychoter: Theory, Res Pract* 1982;20 161-73.
78. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liasions, and Staff.Respr Care. Treating tobacco use and dependence:2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary.2008;53:1217-22.
79. Butler CC, Rollnick S, Cohen et al. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial *Br J Gen Pract* 1999;49:611-6.
80. Steinberg ML, Ziedonis DM, Krejci JA, Brandon HT, Motivational interwieving with personalized feedback:a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence *J Consult clin Psychol* 2004;72:723-8.
81. Shiffman S. Dynamic influences on smoking relapse process. *J Pers.* 2005;73:1715-48.
82. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services; AHRQ publication No.00-0032, 2000.
83. Andreas S, Hering T, Muhlin S, Nowak D, Raupach T, Worth H, Smoking Cessation in COPD an Effective Medical Intervention, *Deutsches Arzteblatt International* 2009;106(16):276-82.
84. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illnes or an addiction. *Addict Behav* 2004; 29: 1067-1083.
85. Sarandol A. Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklasımı. *Akciğer Arsivi* 3:129-139, 2002.
86. McFall RM.Effects of self monitoring on normal smoking behavior. *J Consult Clin Psychol* 35: 135, 1970.
87. Tur A. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yontemleri: Yalman A (ed) 181-93, 1995.

88. West R, McEwen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: 1-year follow-up. *Addiction* 96: 891-902, 2001.
89. Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada 1978 – 1985, Public Health Service, National Cancer Institute. NIH Publication No. 87-2940, 1987; 125-156.
90. Schwartz JL: Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am* 76 (2): 451-76, 1992.
91. European Smoking Cessation Guidelines, 2012 www.ensp.org.
92. Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerstrom KO, Gratziau C, et al. Smoking cessation in patients with respiratory disease: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29:390-417.
93. Stead L, Perera R, Bullen C, Mant D, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation, *Cochrane Database Syst Rev* CD0000146, 2008.
94. Fagerstrom KA, Sawe U, Tonnesen P: Therapeutic use of nicotine patches; efficacy and safety. *J Smoking Rel Dis* 3: 247-61, 1992.
95. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom K-O: The Fagerstrom test for nicotine dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 86:1119-27, 1991.
96. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 346(7): 506-12, 2002.
97. Hjalmarson A, Nilsson F, Sjastrom L, Wiklund O: The nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind randomized clinical evaluation. *Arch Intern Med* 157: 1721-8, 1987.
98. Sutherland G, Stapleton JA, Russell MAH, et al: Randomised controlled trial of a nicotine nasal spray in smoking cessation. *Lancet* 340: 324-9, 1992.
99. Benowitz NL, Jacob P III, Fong I, Gupta S, Metabolism and disposition kinetics of nicotine, *Pharmacol Rev* 2005;57:79-115.
100. Richmond R, Zwar N: Review of bupropion for smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* 2003;22(2):203-20.

101. Trofor A, Mihaltan F, Mihaicuta S, Pop M, Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologist Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA) 2010.
102. Hurt RD, Sachs DPL, Elbert DG, et al: A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 337 (17): 1195-202, 1997.
103. Fagerstrom K., Hughes J., Vareniklin in the treatment of Tobacco dependence, *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008;4(2) 353-363.
104. Benowitz NL, Porchet H, Jacob P 3rd. 1989. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamics investigations, *Prog Brain Res*, 79:279-87.
105. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. 2007a. Pharmacological profile of the $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist Varenicline, an effective smoking cessation aid, *Neuropharmacology*, 52:985-94.
106. Obach RS, Reed-Hagen AE, Krueger SS, Obach BJ, et al. Metabolism and disposition of varenicline, a selective $\alpha 4\beta 2$ acetylcholine receptor partial agonist in vivo and in vitro. *Drug Metab Dispos* 2006;34:121-30.
107. . Williams KE, Reeves KR, Billing CB, Pennington AM, et al. A double-blind study evaluating the long term safety of varenicline for smoking cessation. *Curr Med Res Opin* 2007; 23:793-801.
108. Tonstad S, Tonnesan P, Hajek P, et al. Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 64-71.
109. Cleland JG, Ghosh J, Freemantle N, Kaye GC, et al. Clinical trials update and cumulative meta analyses from the American college of cardiology: WATCH, SCD-HeFT, DINAMIT, CASINO, INSPIRE, STRATUS-US, RIO-Lipids and cardiac resynchronisation therapy in heart.
110. www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/07/briefing/2007-4306b1-fda-backgrounder.
111. Prochazka AV, Weaver MJ, Keller RT, Fryer GE, Licari PA, Lofaso D. A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. *Arch Intern Med* 158: 2035-9, 1998.

112. Kottke TE, Battista RN, De Friese GH, Brekke ML. Attributes of succesful smoking cessation interventions in medical practise. A metaanalysis of 39 controlledtrials. JAMA 1988; 259: 2883-2889.
113. Tonnesen P. Lung cancer screening with low-dose computed tomographic scanning and smoking habits. Eur Respir Mon 2008; 42:106-12.
114. Turkish Thoracic Society, Lung and Pleural Malignancies Study Group. Pattern of lung cancer in Turkey, 1994-1998, Respiration 2002;69:207-10.
115. Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer chemoprevention. Cancer Control 10: 315-24, 2003.
116. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the.
117. Tunstall CD, Ginsberg D, Hall SM. Quitting smoking. Int J Addict 1985;20(6-.
118. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P.
119. . Monso E, Campbell J, Tonnosen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic.
120. Fernandez E, Garcia M, Schiaffino A, Borrás JM, Nebot M, Segura A. Smoking.
121. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin.
122. Janson C, Kunzli N, deMarco R, Chinn S, Jarvis D, Svanes C, et al. Changes in.
123. 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.
124. 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.
125. Hall et al. Treatment for Cigarette Smoking Among Depressed Mental Health Outpatients: A Randomized Clinical TrialAmerican Journal of Public Health | October 2006;96:10.

126. 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.
127. 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.
128. Kökten R. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne- 2008, Uzmanlık Tezi.
129. . 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.
130. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER ve ark. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
131. Dollar KM, Homish GG, Kozlowski LT, Leonard KE. Spousal and alcoholrelated predictors of smoking cessation: a longitudinal study in a community sample of married couples. *American Journal of Public Health*, 2009; 99(2):231-3.
132. The Health Consequences of Smoking 50 Years of Progress. A report of the.
133. Kıdık E, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastaların 1-3 yıllık süreçteki sigara bırakma durumları. Ankara Eğitim.
134. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadag M, Yüksel EG. The physician's.
135. Fagerstrom KA, Sawe U, Tonnesen P: Therapeutic use of nicotine patches; efficacy and safety. *J Smoking Rel Dis* 3: 247-61, 1992.