



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİĞARA BIRAKMA SÜRECİNDE
HASTALARIN KİLO ALMA DURUMLARI:
SİGARAYI BIRAKMA ÖNÜNDE ENGEL Mİ?**

UZMANLIK TEZİ

DR. OĞUZHAN ÇAKIR

DANIŞMAN

Prof. Dr. Okay BAŞAK

AYDIN-2021

T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SİĞARA BIRAKMA SÜRECİNDE
HASTALARIN KİLO ALMA DURUMLARI:
SİĞARAYI BIRAKMA ÖNÜNDE ENGEL Mİ?

UZMANLIK TEZİ
DR. OĞUZHAN ÇAKIR

DANIŞMAN
Prof. Dr. Okay BAŞAK
AYDIN-2021

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ve tez sürecimin her aşamasında beni destekleyen, öncülük eden, kendisi olmadan tezimi tamamlayamayacağım, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Okay BAŞAK’a,

Uzmanlık eğitimi sürecinde, eğitimlerimizin farklı bakış açıları ile faydalı olması için uğraşan, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan, bizlere arkadaşça yaklaşabilen değerli hocam Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ’a,

Uzmanlık eğitimi sürecim boyunca her konuda tecrübe, yardım ve destekleri ile yol gösteren, yaşadığım zorlukları kendisiyle paylaşabildiğim ve bana bu konularda yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ’a,

Asistanlık sürecimin özellikle son aylarında asistanlıkla ilgili her türlü sıkıntımızla ilgilenen, desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Melda DİBEK BÜYÜKDİNÇ’e

Asistanlık sürecimin bütün zorluklarında içinden geçtiğim her zor dönemde olduğu gibi yanımda olan, tez sürecinde de bana desteğini hiç azaltmayan, hayattaki en büyük şansım sevgili eşim Hande’ye,

Beni büyüten, yetiştiren ve bugünlere gelmeme vesile olan annem Birsen ve babam Tuncer ÇAKIR’a, beni oğulları olarak kabul eden benim de onları ailem olarak gördüğüm Kubilay ve Arife YAKAR’a, ayrıca kız kardeşlerim Elif ÇAKIR ve Zümra YAKAR’a,

Asistanlık sürecimin başından itibaren her anında yanımda olan, dert ortaklarım Dr. Bilal KILIÇ ve Dr. Melih AKSU’ya

Birlikte güzel anılar biriktiğim asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Tütün ve Tütün Ürünleri	4
2.2. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Tarihçesi	4
2.3. Tütün Ürünlerinin Kullanım Şekilleri	5
2.3.1. Sigara	5
2.3.2. Nargile	6
2.3.3. Puro.....	6
2.3.4. Pipo.....	6
2.3.5. Çiğnemelik Tütün	6
2.3.6. Enfiye	7
2.3.7. Maraş Otu (Ağız Otu).....	7
2.3.8. İsveç Snus	7
2.3.9. Nikotin Preparatları	7
2.4. Tütün Epidemiyolojisi.....	7
2.5. Sigaranın İçeriği	9
2.6. Nikotin Bağımlılığı	10
2.7. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Sağlık Üzerine Etkileri	13
2.8. Pasif Sigara İçiciliği	14
2.9. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Metabolizma Üzerine Etkileri.....	14
2.10. Sigara Bağımlılığı Tedavi Yöntemleri	15
2.10.1. Farmakoterapi	19
2.11. Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkili Faktörler	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Çalışmanın Tipi	25
3.2. Çalışma Evreni Ve Örneklemi	25

3.3. Çalışmaya Alınma Ve Dışlanma-Çıkartılma Kriterleri.....	25
3.4. Veri Toplama Yöntemi.....	26
3.5. Verilerin Analizi.....	27
3.6. İzinler	27
4. BULGULAR.....	28
4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	28
4.2 Katılımcıların Sigara Kullanım Özellikleri	28
4.3. Katılımcıların Önceki Bırakma Deneyimleri	31
4.4. Katılımcıların Başvuru Özellikleri	32
4.5. Katılımcıların Genel Sağlık Durumuna İlişkin Veriler	32
4.6. Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeyleri	33
4.7. Uygulanan Tedaviler	34
4.8. İzlem ve Kilo Alma Düzeyleri	35
4.9. Sigara Bırakma Başarısı ve İlişkili Etkenler	36
4.10. Katılımcıların Kilo Alma Kaygıları Ve Kilo Alma Durumlarının Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkisi.....	42
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
ÖZET	51
ABSTRACT	53
KAYNAKLAR	55
EKLER	64

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Türkiye’de Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı	8
Tablo 2: Sigara Dumanı İçerisinde Bulunan Bazı Maddeler	9
Tablo 3: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT).....	12
Tablo 4: Transteorik Model	17
Tablo 5: Nikotin Replasman Tedavi Preparatları	21
Tablo 6: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, s=115	29
Tablo 7: Katılımcıların sigara kullanma özellikleri, s=115	30
Tablo 8: Katılımcıların önceki sigara içmeyi bırakma deneyimleri, s=115.....	31
Tablo 9: Katılımcıların başvuru özellikleri, s=115	32
Tablo 10: Katılımcıların genel sağlık durumu, s=115	33
Tablo 11: Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri	34
Tablo 12: Katılımcılara uygulanan tedaviler	35
Tablo 13: Kilo alma kaygıları ve üç aylık izlemde beden ağırlığı değişimi ilişkisi, s=71	36
Tablo 14: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin sigara kullanmayı bırakma başarısı üzerine etkisi, s=115	37
Tablo 15: Katılımcıların sigara kullanım özelliklerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi, s=115	38
Tablo 16: Katılımcıların önceki bırakma deneyimlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi.....	40
Tablo 17: Katılımcıların başvuru ve sigara bırakma nedenleriyle motivasyon evrelerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi.....	41
Tablo 18: Katılımcıların sağlık durumlarının sigara bırakma başarısı üzerine etkisi	42
Tablo 19: Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri ve kararlılık düzeyinin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi.....	42
Tablo 20: Kilo alma kaygıları ve sigara bırakma başarısı ilişkisi, s=115	43
Tablo 21: Vücut ağırlığı değişiklikleri ve sigara bırakma başarısı ilişkisi, s=71.....	43
Tablo 22: Katılımcıların izlem sürecinde kilo alma durumu ile sigarayı bırakma başarısı arasındaki ilişki, s=71	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sigara bırakma tedavisinde önerilen algoritma	16
Şekil 2: Cinsiyete göre başlangıç dönemindeki ortalama kilo ve beden kitle endeksi değerleri	44



EKLER DİZİNİ

Ek 1: Sigara bırakma polikliniği izlem protokol formu.....	64
Ek 2: Sigara içme yoğunluk indeksi	69
Ek 3: Fagerström nikotin bağımlılık testi	70
Ek 4: Etik kurul onayı	71



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

5A: Ask , Advice , Assess , Assist, Arrange

5R: Relevance, Risks, Reward, Roadblocks, Repetition

DM: Diyabetes Mellitus

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

HT: Hipertansiyon

IARC: The International Agency for Research on Cancer

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

MPOWER: Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

SİYİ: Sigara İçme Yoğunluk İndeksi

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, her yıl milyonlarca insanın hastalanmasına ve hayatını kaybetmesine neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (1) verilerine göre 2017 yılında yaklaşık 8 milyon insan tütün ile ilişkili hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Dünyada ve ülkemizde tütün kullanımı yaygınlığının giderek artması ile sosyal, ekonomik, tıbbi ve yasal sorunlara neden olan tütün bağımlılığı günümüzde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (2).

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı başta akciğer kanseri olmak üzere lösemi, larinks, orofarenks, serviks, kolon ve rektum kanserine ve koroner arter hastalığı gibi kardiyovasküler sistem hastalıklarına neden olmaktadır. Ayrıca KOAH, inme, periferik arter hastalığı gibi birçok hastalığın başlıca sebebidir (3). Tütün kullanımının bırakılmasının kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi üzerine olan faydaları bilinmektedir. Bu nedenle tütün kullanımının bırakılması günümüzde hekimlerin en önemli hedefleri arasındadır (4).

Türkiye de sigara içme oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasındadır ve DSÖ'ye göre Avrupa bölgesinde erkekler arasında en yüksek sigara içme sıklığına sahip ülkelerden biridir (5). Ülkemizde prevalans yüksekliğinin nedenlerinden birisi de bırakma oranlarının düşük olmasıdır. Tütün, her yaşta diğer tüm maddelerden daha yüksek bağımlılık prevalansına sahiptir (6).

Sigara bırakma başarısızlığına yol açan etkenlerden biri de hastaların sigara bırakma sürecinde kilo alma endişeleri ya da bırakma sürecinde kilo almalarıdır. Sigara içen ve sigara bırakma düşüncesi bulunan kişilerin yaklaşık %50'sinde sigarayı bıraktıktan sonra kilo alma endişesi mevcuttur (7).

Sigarayı bırakmayla ilişkili kilo alımı, büyük ölçüde artan enerji alımı ve azaltılmış enerji harcamasından kaynaklanmaktadır. Sigara içenler, öncelikle nikotinin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerinin ortadan kalkması nedeniyle sigarayı bıraktıktan sonra kilo alırlar. Ayrıca bazı hastalar sigara içme davranışını yemek yemek ile değiştirerek nikotin çekilmesi ile baş etmeye çalışırlar ve bu davranış biçimi kalori alımında artışa yol açabilir(8).

Sigara kullanımının vücut ağırlığı üzerindeki etki mekanizmaları karmaşıktır. Sigara kullanımı vücut ağırlığı üzerine olan etkilerinin çoğu nikotin mekanizmaları üzerindendir. Vücut ağırlığı günlük enerji alımı ve günlük harcanan enerji arasındaki denge ile belirlenir. Günlük harcanan enerji ise dinlenme durumundaki metabolik hız, fiziksel aktivite ve tüketilen

yiyeceklerin termik etkisi sonucunda belirlenir. Nikotin dinlenme durumundaki metabolik hızı artırarak kilo kaybı sağlar (9).

Sigara bırakma süreci sonrasında günlük alınan kalori içeriğinde karbonhidrat yüzdesinin artması ve gece yeme bozukluğunun olması, kişilerin sigara bırakma sürecinde aldıkları kalorinin artmasına ve kilo alımına neden olabilmektedir. Duygusal beslenme, yanlış kalori algısı ve yetersiz uyku da sigara bırakma sonrası kilo alımına katkıda bulunabilmektedir (10). Diğer bir araştırmaya göre, sigara içen kadınların gıdalardaki yağ ve tatlılığı algılama yeteneği daha düşük olarak bulunmuştur. Bunun da aşırı tüketime neden olmasının yanı sıra, sigarayı bırakmanın ilk üç günü boyunca birçok insanda görülen kan şekeriindeki ani düşüşün baş ağrısı, baş dönmesi ve tatlı gıdalar için özlem gibi ortak çekilme semptomlarına ve bu belirtilerle başa çıkma girişiminin de aşırı yemeye yol açabileceği düşünülmektedir (11). Nikotin bağımlılığı ve yoksunluğunun nörobiyolojisi üzerine yapılan bir araştırmada, bırakma sonrası kilo alımının mekanizmaları araştırılmıştır. Özellikle nikotin bağımlılığının, dopaminerjik ödül mekanizmalarını ve benzer sinir ağlarını aktive ettiği izlenmiştir (12).

On iki binin üzerinde kişinin dâhil edildiği ve 10 yıllık izlem süresinin olduğu bir çalışmada bırakma öncesi günlük içilen sigara sayısı ve beden kitle indeksi, sigarayı bıraktıktan sonra kilo alımına etki eden önemli faktörler olarak gösterilmiştir. Hafif ile orta derecede sigara içenlerde (günde 15 adet sigaradan az) sigarayı bırakma ile doğrudan ilişkili olabilecek nispeten az kilo artışı görülmüştür. Ağır sigara içenlerin (günde 25 adet sigaradan fazla) ve sigarayı bırakmadan önce obezitesi olanların ise sigara bırakma ile ilişkili daha fazla kilo artışı yaşadığı görülmüştür (13).

Ülkemizde sigara bırakma sürecindeki kilo alma kaygıları, bu kaygıların sigara bırakma tedavisinin başarısı üzerine etkileri, sigara bırakma sürecinde kullanılan tedavilerin kilo üzerine etkileri ve sigara bırakıldıktan sonraki süreçte hastaların kilo durumları ile ilgili yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sigara bırakan grupta bırakma sonrası kilo artışı anlamlı olarak bulunmuştur (6).

Anabilim Dalımızın Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastalarla en az 45 dakika süren bir danışmanlık görüşmesi yapılmakta, bilişsel davranışçı yaklaşımla ve motivasyonel görüşme teknikleriyle sigarayı bırakmanın önündeki engeller ortaya konmaktadır. Birçok olası engelin yanı sıra hastaların sigarayı bırakma sonrası kilo alma kaygıları ve bırakma sonrası kilo almayı önleyici önlemler de ele alınmaktadır.

Bu çalışma ile hastaların sigara bırakma sürecindeki kilo alma kaygılarının sıklığını öğrenme, sigarayı bıraktıktan sonra kilo alma kaygılarının ve bırakma sürecindeki kilo durumlarının sigara bırakma başarısı üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün ve Tütün Ürünleri

Tütün (*Nicotiana tabacum*); patlıcangiller (*solanaceae*) ailesi *Nicotiana* cinsinden yıllık otsu bitkidir. Tütün üretiminde başlıca yaprakları kullanılır. Tütünün türüne, yetiştirildiği toprak ve iklime göre yaprak boyutu ve kimyasal içeriği değişmektedir. Tütünde keyif verici ve bağımlılık yapıcı esas ürün olan nikotin, yaprakta birikir (14).

Tütün ürünü; emmek, çiğnemek ya da buruna çekmek üzere kısmen ya da tamamen tütün yaprağından üretilmiş maddelerdir (15). Tütün ürünleri çeşitli işlemlerden geçirildikten sonra kullanıma hazır olarak piyasaya sunulmaktadır. Direkt nikotin formları olarak enfiye, sakız, bant, tablet kullanılırken sigara, puro, pipo ve nargilede tütün yanması sonrası oluşan duman kullanılır (16). Ayrıca kağıt elde etmek, böcek ilacı ve kolonya üretmek gibi farklı amaçlar için kullanımı da mevcuttur (17).

En yaygın kullanılan tütün ürünü ise sigaradır. Türkiye’de en çok sigara olmak üzere, ikinci sırada nargile, sonra puro ve pipo ardından bölgesel olarak sarmalık tütün ve Maraş otu tüketilmektedir (15).

2.2. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Tarihçesi

Tütün yetiştiriciliğinin M.Ö. 6000’li yıllarda Amerika kıtasında başladığı tahmin edilmektedir. Amerika’da yaşayan Maya’lara ait tarihi taşlar üzerine yapılmış olan resimlerde tütün kullanma şekilleri ve pipo resimlerine rastlanmaktadır. Önceden dini ritüellerde kullanılan tütün daha sonra keyif için de kullanılmıştır (18).

Avrupalıların tütün ile tanışması 1492 yılında Christopher Columbus sayesinde olmuştur. Küba’ya ayak basan Columbus, yerlilerin tütün içtikleri saz borusunun adı olan “tobacco”yu keşfetmiştir (18). 16. yy’dan itibaren tütün İspanya, Portekiz ve İngiltere gibi Avrupa ülkelerinde de kullanılmaya başlanmıştır (19). Tütün Asya kıtasına 16. yy’da Portekiz ve İspanyol tüccarlar aracılığı ile, Afrika kıtasına ise Osmanlı İmparatorluğu’nun etkisi ile taşınmıştır (20). Tütün Avrupa kıtasında keşfedilmesinin erken dönemlerinde tıbbi bir bitki olarak değerlendirilmiştir. 1566 yılında Portekiz’de Fransız elçisi olan Jacques Nicot tütün tohumları öksürük, astım, mide hastalıkları ve migren tedavisinde kullanılmak üzere Fransız Kraliçesine sunmuş bu sebeple tütüne “Kraliçe otu” ya da “Sefir otu” ismi verilmiştir. Avrupa kıtasında giderek yayılan tütünün içinde saptanan alkaloide de bu olay nedeniyle “nikotin” ismi verilmiştir (21).

İlk ticaret amaçlı tütün üretimi 1612 yılında Amerika’da gerçeklemiştir. 1800 yılında ise Kanada’da ticari amaçlı tütün üretimine başlanmıştır. 1881 yılında sigara yapan makinaların icadı ile tütün üretimi artmıştır. RJ Reynolds’un Camel markasıyla sigara üretmeye başlamasıyla modern anlamda sigaranın doğuşu gerçekleşmiştir (18).

Tütünün Türkiye’ye girişinin İspanyol, İngiliz, İtalyan gemici ve tüccarlar aracılığıyla İstanbul üzerinden olduğu düşünülmektedir (21, 22). Tütün kullanımının artması üzerine diğer ülkelerde olduğu gibi, Osmanlı’da da lehte ve aleyhte fikirler ortaya çıkmış, özellikle dini açıdan tartışmalar yapılmıştır. 1634 yılında IV. Murat, Cibali’de çıkan yangını bahane ederek kahvehaneleri yıktırması ve tütün yasağı getirmiştir. Yasaklanma sebebi olarak yangınlar veya dini tartışmalar gösterilse de, hem Avrupa’da hem de Osmanlı’da kahve tüketiminin artmasıyla ortaya çıkan kahvehanelerin, yönetimlerin ve yöneticilerin eleştirildiği merkezler hâline gelmesinin asıl sebep olduğu ifade edilmektedir (22). IV. Murat’ın ölümünden sonra tütün kullanımı üzerindeki yasaklar kalkmış ve zamanla Batı Trakya’da başlamış olan tütün tarımı Anadolu’ya da yayılmıştır (23).

Columbus’un keşfinden sonra sadece 150 yıl içinde tütün kullanımı tüm dünyaya yayılmış, tütün üretimi ve tüketiminin bu denli artmasıyla beraber sağlık üzerine olan etkileri de araştırılmaya başlanmıştır. 1614 yılında İngiltere’de 7000 tütün dükkanının açılmasıyla tütün Avrupa’da sık kullanılır hale gelmiş ve Avrupa’da tütünün sağlık üzerine etkilerine yönelik olarak yapılan ilk çalışmayla enfiye kullanımının nazal kansere neden olduğu 1761 yılında ortaya konmuştur. Pipo kullanımının dudak kanserine yol açtığı Alman Soemmering tarafından 1795 yılında Avrupa’da yapılan diğer bir çalışmada ortaya konmuştur. Amerikalı doktor Ochsner 1939 yılında sigara içimi ile akciğer kanseri arasındaki bağlantıyı ilk kez ortaya çıkarmıştır. Sağlık üzerine olan negatif etkileri hakkında binlerce çalışma olmasına rağmen tütün kullanımı ve buna bağlı ölümler artmaya devam etmektedir (18).

2.3. Tütün Ürünlerinin Kullanım Şekilleri

2.3.1. Sigara

Kıyılmış tütünün silindir şeklinde ince kağıda sarılması ile oluşturulan tütün ürünüdür. İlk olarak 1856 yılında Kırım Savaşı’nda askerlerin tütünü gazete kağıdına sararak içmesi ile kullanımı başlamıştır. Günümüzde en fazla kullanılan tütün ürünüdür. Sigaradaki tütün türü ve fabrikasyon yöntemine göre beş tipi vardır. Şark (Türk tipi) ve Virginia (İngiliz) tipi sigaralarda tek tip tütün (monotip harman) kullanılırken Amerikan blend, Virginia blend ve Fransız tipi sigaralarda farklı tip tütün (politip harman, blend) kullanılır (24, 25). Kretek ise

Endonezya’da kullanılan ve yaklaşık %25’i kıyılmış kuru karanfil ve yaklaşık %75’i tütün olacak şekilde harmanlanarak hazırlanan tütün ürünüdür (25, 26). Sodyum benzoat ve çeşitli koruyucu maddeler sigaranın küf tutmasını önlemek amaçlı sigaraya eklenebilir. Sigaralar; filtresiz, tam harman, light ve ultra light olarak sigara dumanındaki katran miktarlarına göre sınıflandırılabilir. Sigara kullanımı ile küçük hava yolları ve alveollerde, sigara içerisinde bulunan katran birikir (25, 27). Piyasalarda mentollü sigaralar da yer almaktadır. Bu sigaraların light sigaralar gibi daha az zararlı olacağı düşünülse bile yapılan çalışmalar aksini göstermektedir. Mentollü sigara tüketicilerinin sigarayı bırakmakta ve bırakanlarda da sigara bırakmanın sürdürülmesinde daha fazla zorlandıkları; ayrıca tütün dumanındaki CO başta olmak üzere toksinlere daha fazla sistemik maruziyet yaşandığı gösterilmiştir (25, 28).

2.3.2. Nargile

Nargile; tütün yapraklarının yanması sonucu çıkan dumanın soğuk su içinden geçirilip inhale edilmesi şeklinde kullanılır. Başlıca lüle, ser, şişe ve marpuç bölümlerinden oluşur. Tamamen tömbeki tütününün kullanıldığı ya da aromatik maddelerin de tütüne eklenerek kullanıldığı iki farklı şekilde tüketilir (29).

2.3.3. Puro

Parçalanmış veya yaprak halindeki puroluk tütünlerin elde veya makinede sarılması ile üretilen tütün ürünüdür. Puro içimi ve harmancılığı tütünün tarihi kadar eskidir (22). Purolar ağırlık, boy ve şekillerine göre farklı isimlerle adlandırılır. Küçük yuvarlak purolar sigarillos, ince ve uzun purolar panatella, kalın ve kısa purolar cigar, iri ve kalın purolar corona olarak adlandırılır (25). Sigaradan daha fazla hastalık riski vardır. Toksik ve karsinojen maddeler sigaraya göre daha yüksek oranlarda bulunmaktadır. Puro kullananlarda oral kavite, özofagus, farinks, larinks kanserleri ile pankreas kanseri riski, stomatit ve ağız - diş problemleri daha fazla görülür (30).

2.3.4. Pipo

Pipo, tütünün ilk kullanım şekillerinden biridir. Uç kısmında içine yakılacak tütünün konacağı “lüle” denilen yanma haznesi ve ağızlıktan oluşur. Pipoda özel harmanlanmış, belirli nem oranındaki tütünler kullanılır (25).

2.3.5. Çiğnemelik Tütün

Virginia, Burley ve kısmen de Hasankeyf tipi tütünlerden yapılır. Bu tütünler pipo tütününü olarak da kullanılmaktadır. Ağızda yanak mukozasına yerleştirilmesi ve ara ara çiğnenmesi şeklinde kullanılan tütün ürünüdür. Çiğnemelik tütün dumanlı tütün ürünlerinin

kullanımının sakıncalı ya da yasak olduğu yerlerde (petrol veya maden işyeri) tercih edilmektedir. Çiğnemelik tütün kullanımı ile oral hijyen bozulur ve mukozit, fibrozis, lökoplaki, liken planus ve oral kanserler gelişebilir (25, 31).

2.3.6. Enfiye

Toz haline getirilmiş yüksek nikotinli tütünlerin bergamut, karanfil, tarçın ve karbonat gibi maddelerle karıştırılması sonucu elde edilen ürün, enfiye çukuruna yerleştirilip buruna çekilir (24, 25).

2.3.7. Maraş Otu (Ağız Otu)

Ülkemizde Güneydoğu'da özellikle Kahramanmaraş ve Gaziantep çevresinde kullanılır. Yüksek nikotinli tütünün çeşitli ağaç külleri ile karıştırılması ve arap çarşafı olarak adlandırılan kağıdın içine bohça şeklinde sarılması ile hazırlanır. Oral kavitenin skuamöz hücreli karsinomunda önemli rol oynadığı ve tükürük bezi kanserleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (25, 32, 33).

2.3.8. İsveç Snus

Tütünün pastörizasyon benzeri bir işlem ile işlenmesi sonucu elde edilen ince granüllü nemli bir tütün ürünüdür. Snus genellikle bergamot, narenciye, ardıç, çeşitli otlar ve çiçeklerle tatlandırılır. Üst dudak mukozasına yerleştirilerek tüketilir (25, 34).

2.3.9. Nikotin Preparatları

Nikotin replasman tedavisinde nikotin yerine koyma amaçlı kullanılan preparatlardır. Bant, sakız, sprey ve inhaler gibi formları mevcuttur (25).

2.4. Tütün Epidemiyolojisi

Kullanımının yasal olması ve temin etmenin kolay olması nedeniyle sigara tüm dünyada en sık görülen madde bağımlılığıdır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 1.1 milyar kişi tütün kullanmakta ve sigara kullananların da büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Önlenebilir ölüm ve hastalık nedenlerinin başında gelmesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (35).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2020 yılında tütün ve tütün ürünleri kullanımı Batı Pasifik'te %3,6-47,9, Avrupa'da %18,7-32,5, Asya'da %12,9-46,0, Güney Akdeniz'de %3,9-33,3, Amerika'da %12,0-23,1, Afrika'da %3,8-20,7 arasında değişmektedir (2).

Küresel Tütün Epidemisi 2019 Raporu'na göre 15 yaş üstü tütün ve ürünü kullanma prevalansı MPOWER politikasının uygulanmasıyla gerileme göstermiştir. MPOWER politikalarının uygulanmaya başlandığı 2007 yılında tütün ve ürünü kullanımı %22,5 iken, 2017 yılında %19,2 ye gerilemiştir. Ülke gelir durumlarına göre kategorize edildiğinde en çok gerileme yüksek gelirli ülkelerdedir. Orta ve düşük gelirli ülkelerde çok fazla gerileme yaşanmamış, oranlar benzer sayılarda kalmıştır. Erkeklerde tütün ve tütün ürünü kullanımı 2007 yılında %37,1 iken 2017 yılında %32,7'ye gerilemiştir. Kadınlarda ise 2007'de %8,0 iken 2017'te %5,8'e gerilemiştir. Ülkelerin ve Dünyanın nüfusunun artması nedeniyle tütün ve tütün ürünü kullanım sıklığı azalmış gibi gözükse de tütün ve tütün ürünü kullanan kişi sayısı halen 1,1 milyar şeklinde tahmin edilmektedir (36).

Tütün kullanan kişi sayısının başta olduğu ülkelerin arasında Çin, Hindistan ve Endonezya gelmektedir. Dünya tütün tüketiminin üçte ikilik bölümü, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 10 ülkede olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sigara içme davranışı giderek azalmasına rağmen gelişmekte olan ülkeler ve kadınlarda sigara içme sıklığı artmaktadır (37).

Türkiye'de de tütün kullanımı oldukça yaygındır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre yıllar içerisinde Türkiye'de tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı Tablo 1'te verilmiştir (2, 38, 39).

Tablo 1: Türkiye'de Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı

	Erkek	Kadın	Genel
1988	%62	%24	%44
2008	%47,9	%15,2	%31,2
2012	%41,5	%13,1	%27,1
2017	%43,7	%18,2	%30,9
2020	%40,7	%16,8	%28,4

2008 yılında Türkiye'de yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonucunda 15 yaş ve üzerinde %31,2 olan tütün kullanımının, 2012 yılında tekrarı yapılan aynı çalışmada ise %27,1'e gerilediği görülmüştür. Sigara kullanımı yine aynı çalışmada erkeklerde %41,5, kadınlarda ise %13,1 bulunmuştur (39).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2020 yılında 15 yaş ve üzerindeki erkeklerde sigara kullanımı gelişmiş ülkelerde %29,1, gelişmekte olan ülkelerde %41,9 oranındadır. Kadınlarda ise gelişmiş ülkelerde %18,2, gelişmekte olan ülkelerde %5,8 olarak saptanmıştır. Türkiye’de ise 15 yaş ve üzerindeki kadınlarda sigara kullanımı %16,8 erkeklerde sigara kullanımı %40,7 olarak saptanmıştır (2).

2.5. Sigaranın İçeriği

Tütün, Solanaceae familyasından “Nicotiana” cinsi içerisinde yer almaktadır ve yaprakları sigara yapımında kullanılır. Tütün yapraklarında tannik asit, zambak, nişasta, reçine ve alkaloidler bulunur. Tütünde bulunan başlıca alkaloid nikotin olup, tütün bitkisindeki toplam alkaloid içeriğinin %95’ini oluşturmaktadır. Nikotin aynı zamanda, tütün yapraklarında doğal olarak bulunan doğal bir insektisittir (40).

Sigara dumanı katran, karbon monoksit gibi çeşitli gazlar, uçucu maddeler ve nikotin gibi toksik ve karsinojenik özellikte 5000’den fazla sayıda kimyasal bileşen içermektedir. Tablo 2’de sigara dumanında bulunan bazı maddeler gösterilmiştir (41).

The International Agency for Research on Cancer tarafından sigara ana akım dumanında bulunan 81 bileşiğin karsinojen olduğu bildirilmiştir (42). Bunların 11’i Grup I (insanda kanser yaptığı bilinen), 14’ü Grup 2A (insanda kanser yapması olası), 56’si Grup 2B (insanda kanser yapabilen) karsinojen olduğu saptanmıştır (43).

Tablo 2: Sigara Dumanı İçerisinde Bulunan Bazı Maddeler

IARC 1	IARC 2A	
4-Aminobifenil	Formaldehid	Glisidol
Benzen	Benzo(a)piren	Nitrojen mustard
Berilyum	Dibenz(a,h)antrasin	Tetrakloroetilen
Kadmiyum	N-Nitrozodietilamin	o-Toluidin
2-Naftilamin	Benz(a)antrasin	Trikloroetilen
Vinil klorid	N-Nitrozodimetilamin	
Etilen oksit	Akrilamid	
Radon-222 ve radyoaktif bileşikler	1,3-Butadien	

2.6. Nikotin Bağımlılığı

Bağımlılık, belirli bir maddeyi beden, ruh sağlığı ve sosyal ilişkilerini bozacak şekilde fazla ve tekrarlayıcı biçimde kullanma, kullanma isteğini kontrol edememe veya durduramama şeklinde tanımlanabilir. DSÖ'ye göre ise madde kullanma davranışının önceki dönemlere göre daha fazla önem verilen davranışların yerini aldığı fizyolojik, bilişsel, davranışsal olay veya durumlar grubudur (44, 45).

Tütün ve tütün ürünlerine olan bağımlılıkta temel neden psikoaktif özellikleri de bulunan nikotindir. Nikotin birer adet piridin ve pirolidin halkarından oluşan tersiyer amindir (46). Nikotin nöromuskuler bileşke, otonomik gangliyonlar ve beyindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanır. Lokus sereleusu uyararak dikkat ve konsantrasyonu artırır. Nörohumoral yolları uyarması ile büyüme hormonu, serotonin, noradrenalin, asetikolin, dopamin, vazopressin ve endorfin salgılanmasını sağlar (47).

Nikotinin dopamin salınımını uyarması sonucu kişide keyif verici ve rahatlatıcı etkiler gözlenir. Bu etki bağımlılık döngüsünü başlatır. Bir süre sonra azalan dopamin düzeyi kişide irritabiliteye neden olur ve kişi nikotin açlığı çeker. Bu kısır döngü, bağımlılığı daha da pekiştirmektedir (48).

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) tütün kullanım bozukluğu ile ilgili olarak tanı kriterleri belirlemiştir. Buna göre tütün bağımlılığı son 12 ay içinde aşağıda sıralanan maddelerden en az ikisini içeren, kişiyi zorlayan ve işlevselliğini bozan tütün kullanımıdır (49).

- I. Planlanandan daha uzun süreli ya da daha fazla tütün kullanımı
- II. Tütün kullanmak, sahip olmak ya da bırakmak için fazla zaman harcama
- III. Tütün kullanmayı bırakmak ya da sınırlandırmak için sürekli bir istek ya da başarısız girişimler
- IV. İşlevselliği bozan, günlük hayattaki sorumluluklarını yapmayı engelleyen tekrarlayıcı tütün kullanımı
- V. Tütün kullanımı için kendini zorlanmış hissetme, büyük bir arzu yaşama
- VI. Tütün kullanımının toplumsal ya da kişisel sorunlar oluşturmaya rağmen devam ettirilmesi
- VII. Toplumsal, mesleki ya da eğlence faaliyetlerinin tütün kullanımı nedeniyle azaltılması ya da bırakılması
- VIII. Tütün kullanımının riskli durumlarda bile gerçekleştirilmesi

- IX. Tütün kullanımının bedensel ya da psikolojik problemler oluşturduğu veya problemleri arttırdığı bilinmesine rağmen devam edilmesi
- X. Aşağıdakilerden birinin varlığı ile tolerans geliştirmiş olması
 - a. Tütün kullanım miktarı değişmemesine rağmen alınan etkinin azalması
 - b. Kişinin önceden aldığı etkiyi sağlamak amaçlı tütün kullanımını arttırması
- XI. Aşağıdakilerden birinin varlığı ile yoksunluk semptomlarının gelişmiş olması
 - a. Sinirlilik, öfke, kaygı, konsantrasyonda bozulma, iştah değişiklikleri, huzursuzluk, depresyon hali, uykusuzluk gibi tütün yoksunluk semptomlarının görülmesi
 - b. Yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmak için tütün kullanımı

Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirmesinde en sık Karl-Olov Fagerström tarafından geliştirilmiş Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılır (50, 51). Bununla birlikte nikotin bağımlılığını değerlendirmek amaçlı birçok çalışma yapılmış ve anketler, testler, ölçekler ortaya konmuştur. Fagerström Tolerans Anketi (FTQ), Sigara Ağırlık İndeksi (HSI), DSM V Tanı Kriterleri, Sigara Bağımlılık Ölçeği (CDS), Tütün Bağımlılığı Tarayıcı Ölçek (TDS), Nikotin Bağımlılık Sendrom Ölçeği (NDSS), Wisconsin Sigara Bağımlılığı Nedenleri Envanteri (WISDM-68), Sigara Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi (TAPDS) bunlardan bazılarıdır. Yine solunum havasında karbonmonoksit ölçümü, kotinin, nikotin, anabasin, nornikotin gibi metabolitlerin kanda, idrarda, tükürükte, saç yada tırnaklardaki düzeylerinin tespiti de nikotin bağımlılığının klinik değerlendirmesi amaçlı kullanılabilir (51).

2004 yılında yapılan bir çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin (FNBT) Türkiye'de güvenilirliğinin orta derecede olduğu tespit edilmiş ve sigara bırakma kliniklerinde kullanılabileceği gösterilmiştir (52).

Tablo 3: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz? a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan) b. 6- 30 dakika içinde (2 puan) c. 31- 60 dakika (1 puan) d. 1 saatten fazla (0 puan)
Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a. Evet : (1 puan) b. Hayır: (0 puan)
Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir? a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan) b. Diğer herhangi biri (0 puan)
Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? a. 10 adet veya daha az (0 puan) b. 11- 20 (1 puan) c. 21- 30 (2 puan) d. 31 veya daha fazlası (3 puan)
Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
Toplam skor : 0-2: Çok az bağımlılık 3-4: Az bağımlılık 5: Orta derecede bağımlılık 6-7: Yüksek bağımlılık 8-10: Çok yüksek bağımlılık

2.7. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Sağlık Üzerine Etkileri

Önlenebilir en önemli mortalite ve morbidite nedeni sigaradır. Dünyadaki en sık sekiz ölüm sebebinden altı tanesi için doğrudan risk faktörüdür. Koroner arter hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonu, tüberküloz ve akciğer kanseri doğrudan risk faktörü olduğu hastalıklardır (53).

Tütün ve tütün ürünlerinin tüketimi sonucu inhalasyon yolu ile alt solunum yollarına birçok toksik madde ulaşmakta ve inflamasyona neden olmaktadır. İnflamasyon müköz bez hipertrofisi, aşırı mukus sekresyonu, küçük hava yollarında mukus tıkaçları, fibrozis, vasküler proliferasyon ve amfizeme neden olmaktadır. Bu patolojik süreçler sonucunda zorlu ekspirasyon hacminde (FEV) yıllar içinde gerilemeye neden olur ve KOAH gelişir (54, 55). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı şiddeti ile tüketilen sigara miktarı arasında pozitif korelasyon bulunmakta ve hastalık gelişimi için en önemli risk faktörü sigara kullanımı olduğu ortaya konmuştur (56).

1964 yılında tarihte ilk kez sigara kullanımı ile akciğer kanserinin ilişkisi ortaya konmuş ve daha sonra yapılan çalışmalarla bu ilişki desteklenmiştir (54). Sigara kullanan kişilerde akciğer kanseri gelişme riski 23 kat daha fazladır. Sigara kullanımı erkeklerde görülen akciğer kanserlerinin %90'ından, kadınlarda görülen akciğer kanserlerinin %80'inden sorumludur (57).

Sigara kullanımının kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi pek çok çalışmada ortaya konmuştur. Framingham çalışmasının 1971-2006 yılları arası kohortunda sigara içen erkeklerde içmeyenlere göre 2 kat, kadınlarda ise 1,5 kat daha fazla kardiyovasküler hastalık riski saptanmıştır (58). Kardiyovasküler hastalık riski kullanılan sigara sayısı ile artmakta, sigaranın bırakılması ile azalmaktadır. Ayrıca tütün ürünleri kullanımı ani kardiyak ölüm, serebrovasküler hastalık, aort anevrizması ve periferik arter hastalığı için de risk faktörüdür (59).

Sigara kullanımı gastrointestinal sistemde de tüm traktusu etkilemektedir. Yapılan çalışmalar ile sigaranın hepatoselüler karsinom açısından önemli bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (60). Crohn hastalığı, peptik ve gastrik ülser gelişme riski sigara kullanan kişilerde artış göstermektedir. Sigara bırakıldıktan sonra bu hastalıkların prognozu daha iyiye gitmektedir (54).

Tütün ve tütün ürünü kullanımı hem erkek hem de kadınlarda üreme sağlığını negatif yönde etkilemektedir. Erkeklerde erektil disfonksiyon, sperm kalitesinde düşme, sperm sayısında düşme ve infertiliteye neden olabiliyor iken kadınlarda infertiliteye, düşük riskinde artmaya ve düşük doğum ağırlıklı çocuk doğurma riskinde artışa neden olmaktadır (61).

Sigara dumanında nikotin ile birlikte yaklaşık 4800 farklı kimyasal madde bulunmakta ve bazıları sitotoksik, bazıları karsinojenik özellik göstermektedir. International Agency for Research on Cancer'e göre sigara dumanında bulunan benzen, kadmiyum gibi maddeleri insanda kanser yapıcı (grup 1); benzoapiren gibi maddeleri insanda muhtemelen kanser yapıcı (grup 2a), asetaldehit, vinil asetat, aromatik aminler gibi maddeleri insanda kanser oluşturması mümkün (grup 2b) olarak sınıflandırmıştır (42). IARC'ye göre başta akciğer kanseri olmak üzere oral kavite kanserleri, solunum epiteli ile dōşeli yerlerdeki kanserler, pankreas kanseri, böbrek kanseri ve mesane kanseri sigara ile ilişkilendirilmiştir (42, 54).

2.8. Pasif Sigara İçiciliği

İkinci veya üçüncü el sigaraya maruz kalınması pasif sigara içiciliği olarak tanımlanmaktadır. Sigara kullanan kişi tarafından ortama salınan ana akım duman ya da yanan sigaranın ucundan çıkan yan dumanın solunması ikinci el maruziyet, mobilyalar, eşyalar, kıyafetler üzerine sinen veya sigara kullanımı sonrası havalandırılmamış kapalı alanda bulunma ile olan maruziyet ise üçüncü el maruziyet olarak tanımlanmaktadır (62). Sigara dumanında bulunan karsinojen maddeler yan dumanda, ana dumana göre daha yüksek oranda bulunmaktadır. Bu nedenle pasif içicilerde de solunum yolu hastalıkları ve malignite gelişme riskleri artış göstermektedir.

Sigara dumanı maruziyetinin ani bebek ölümü sendromu nedeniyle kaybedilen bebeklerde bir risk faktörü olduğu, maternal sigara içme öyküsünün bu bebeklerde ani bebek ölümü sendromu riskini 2,8 kat arttırdığı gösterilmiştir (63). Sigara dumanına maruz kalan çocuklarda astım, bronşit, soğuk algınlığı, orta kulakla ilgili sorunlar, pnömoni gibi solunum sistemine ilişkin sorunların görülme riski daha yüksektir (64). Yapılan çalışmalarda erişkin toplumda sigara maruziyeti akciğer kanseri riskini %20-30, kardiyovasküler hastalık riskini %25 oranında arttırdığı saptanmıştır (65).

2.9. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Metabolizma Üzerine Etkileri

Tütün ve tütün ürünleri özellikle sigara içerisindeki nikotin ile metabolizma üzerindeki etkilerini oluşturmaktadır. Sigara ve nikotin metabolizma üzerinde oluşturduğu değişiklikler sonucu vücut ağırlığını ve glukoz metabolizmasını direkt olarak etkiler.

Lipoprotein lipazın aktivasyonu ile serbest yağ asitleri oluşturmak için trigliseridlerin parçalanması sağlanır, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ve diğer değişiklikler sonucunda da enerji tüketimi artar ve kilo kaybına sebep olur (66). Adrenalin ve nöradrenalin seviyelerini artırarak artmış enerji harcanmasına yol açar. Nikotin; nörepinefrin, dopamin, seratonin, gama aminobütirik asit (GABA), proopiomelanocortin (POMC), kokain ve amfetamin ile regüle edilen transcript (CART), nöropeptid Y, oreksin üzerindeki etkileriyle iştahı baskılar, tokluğu artırır. Bu sayede yiyecek alımını azaltır. Ayrıca aynı mekanizma artmış enerji harcanmasına da neden olur (9).

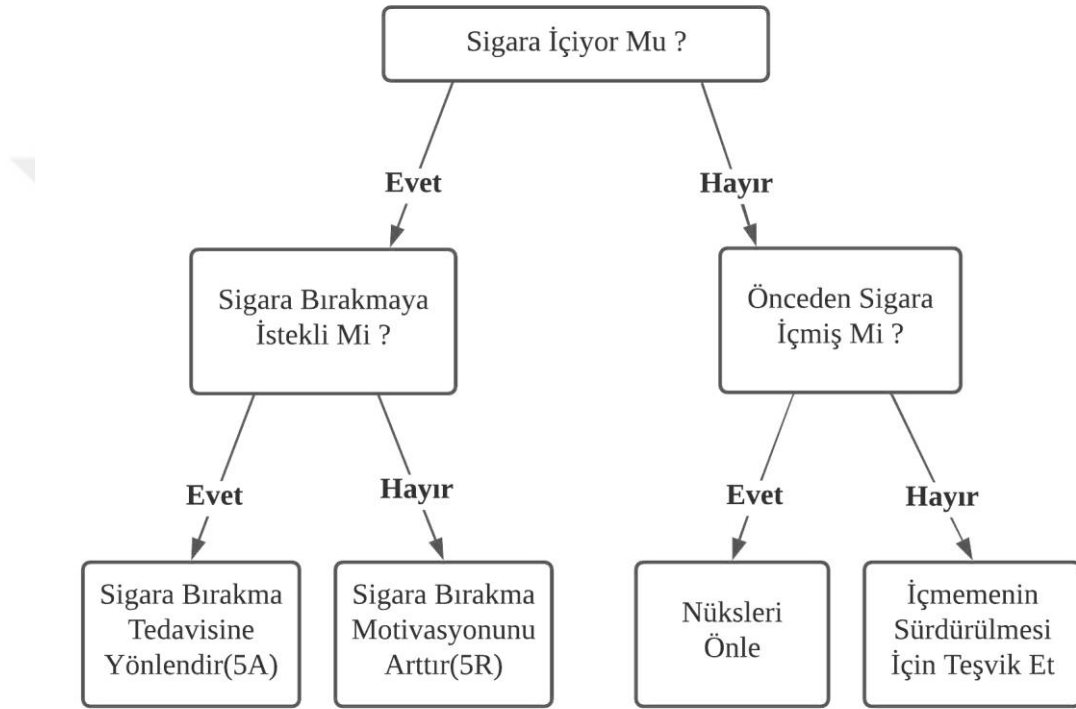
Sigarayı bırakmayla ilişkili kilo alımı, büyük ölçüde artan enerji alımı ve azaltılmış enerji harcamasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca sigara bırakma sonrasındaki süreçte leptin düzeylerinde de artış izlenmiştir. Sigara içenler, öncelikle nikotinin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerinin ortadan kalkması nedeniyle sigarayı bıraktıktan sonra kilo alırlar. Ayrıca bazı hastalar sigara içme davranışını yemek yemek ile değiştirerek nikotin çekilmesi ile baş etmeye çalışırlar ve bu davranış biçimi kalori alımında artışa yol açabilir (8, 67). Sigara bırakma sonrasında şeker olarak artan kalori yüzdesi ve gece yeme bozukluğu, alınan kaloringin artmasına ve kilo alımına neden olabilir. Duygusal beslenme, yanlış kalori algısı ve yetersiz uyku da sigara bırakma sonrası kilo alımına katkıda bulunabilir (10). Nikotin bağımlılığı ve yoksunluğunun nörobiyolojisi üzerine yapılan bir başka araştırmada, bırakma sonrası kilo alımının mekanizmaları araştırılmıştır. Özellikle nikotin bağımlılığının ve bazı yeme davranışlarının, ödül mekanizmalarını ve benzer sinir ağlarını aktive ettiği izlenmiştir (12).

2.10. Sigara Bağımlılığı Tedavi Yöntemleri

Sigara kullanımı başta akciğer kanseri olmak üzere lösemi, larinks, orofarenks, serviks, kolon ve rektum kanserine ve koroner arter hastalığı gibi kardiyovasküler sistem hastalıklarına neden olmaktadır (3). Tütün kullanımının bırakılmasının kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi üzerine olan faydaları bilinmektedir. Bu nedenle sigara kullanımının bırakılması günümüzde hekimlerin en önemli hedefleri arasındadır (4).

İlaç dışı sigarayı bırakmaya yönelik müdahaleler eğitim amaçlı, motivasyonel veya davranışsal olarak sınıflanabilir. Pek çok sigara içicisinin kullandıkları maddenin zararlarını bildiği bir gerçekse de risklerin dile getirilmesi önemlidir. Sadece kısa hekim tavsiyesi ile %3 ila %5 düzeylerinde olan 1 yıllık spontan sigara bırakma oranının %5.5 ila %7.5'e yükseldiği gösterilmiştir. Bu yüzden kısa görüşme olarak adlandırılan yaklaşım dahilinde,

karşılaştığımız her hastaya sigara kullanım alışkanlığının sorulması ve takip ettiğimiz hastalarda sigara içme durumunun yılda en az bir kez kontrol edilmesi önerilmektedir (68). Eğer tütün ürünü kullanıyorlarsa bırakmayı düşünüp düşünmedikleri öğrenilmeli, bırakmayı düşünenlere uygun yönlendirme yapılmalı, düşünmeyenlerde ise tavsiyelerde bulunulmalıdır. Eğer tütün ürünü kullanmıyorlarsa daha öncesinde kullanıp kullanmadıkları öğrenilmeli, kullananlarda nüks önlenmeli, kullanmamışlarda da içmemenin sürdürülmesi teşvik edilmelidir (69).



Şekil 1: Sigara bırakma tedavisinde önerilen algoritma

Kişilerin sigara bırakmaya hazır olup olmadığını ve sigara bırakma isteklerini değerlendirmede Prochaska ve arkadaşlarının 1982 yılında geliştirdiği "Transteorik Model" kullanılabilir. Kişinin kendi davranışını değiştirmeye yönelik hazırlık düzeyini ortaya koyan bu modede dairesel bir hareket izlenebilir. Kişilerin ihtiyaçları evreler arasında farklılık göstermektedir (70).

Tablo 4: Transteorik Model

Bırakmayı Düşünmeme	6 ay içinde sigara bırakmayı düşünmez, tedavi ve yardım almak istemez
Bırakmayı Düşünme	6 ay içinde sigara bırakmayı düşünür fakat harekete geçmek yerine düşünce aşamasında sıkışmıştır
Bırakmaya Hazırlanma	1 ay içinde bırakmaya karar vermiştir. Buna yönelik plan ve stratejileri vardır
Bırakmayı Deneme	Sigarayı bırakmış ancak 6 ay daha dolmamıştır. En sık nüksün olduğu dönemdir
Bırakmayı Sürdürme	6 aydan daha uzun süredir sigara kullanmamıştır

Sigara bırakmayı denemeye istekli hastalarda 5A (5Ö) stratejisi uygulanması önerilir.

Ask (Öğren): Başvuran her hastanın tütün kullanım durumu sorgulanmalı ve kayıt sistemine vital bulgular ile sigara kullanımına ilişkin bilgilerle beraber not edilmelidir.

Advice (Öner): Açık, güçlü, kişiselleştirilmiş önerilerle sigara içen her bireye sigarayı bırakmasını ısrarla önerilmelidir. Klinik bilgiler ile bırakma mesajı güçlendirilmeli ve hastanın bırakma girişimi desteklenmelidir.

Assess (Ölç): Sigarayı bırakma konusundaki isteği değerlendirilmelidir. Hasta şu anda bırakma girişiminde bulunmaya istekli ise, yardım sağlanmalıdır. Ancak hasta bırakma girişiminde bulunmadığını açıkça belirtiyorsa motivasyonel müdahale yapılmalıdır.

Assist (Önderlik Et): Sigara bırakmaya hazırlanan bireyle birlikte bir bırakma planı hazırlanmalıdır. İdeal olarak iki hafta içerisinde sigara bırakma günü belirlenmelidir. Bireyin yakın çevresi, ailesi ve iş arkadaşları ile bırakma kararı paylaşılmalı, bu konu ile anlayış göstermeleri istenmeli ve destek alınmalıdır. Vakit geçirdiği ortamlardan sigara hatırlatıcıların kaldırılması önerilmelidir. Nikotin yoksunluk semptomlarının ilk birkaç hafta ortaya çıkabileceği anlatılmalı ve baş etme yöntemleri hakkında bilgilendirilmelidir. Bırakma gününde sigarayı bırakması sağlanmalı sonrasında tek bir nefes bile sigaranın olmaması gerektiği anlatılmalıdır. Bu dönemde mücadele gücünü arttıracak aktiviteler geliştirilmelidir. Egzersiz, yürüyüş ya da bireyin sahip olduğu ya da yeni edineceği hobileri bu aktivitelere örnek verilebilir.

Arrange (Örgüt): Sigara bırakmayı deneyen bireylerle düzenli aralıklarla yüz yüze ya da telefon ile görüşülmesi nüksün önlenmesi açısından önemlidir. Bırakma tarihinden itibaren ilk ay içerisinde özellikle ilk hafta ve sonrasında takip eden haftalarda takip edilmelidir. Sigarasızlık devam ediyorsa tebrik edilmeli, sorunlar var ise çözüm yolları bulunmalıdır. Nüks gelişmişse nedenleri tartışılmalı, etkin çözüm yolları geliştirilmelidir (71).

Halen sigara içmekte olan ve bırakmayı düşünmeyen kişiler için ise 5R(TeRKET) olarak bilinen kişinin sigara bırakma motivasyonunu destekleyecek müdahaleler yapılması önerilmektedir.

Relevance (İlişkiler): Hastaya sigara bırakmanın bireye özgü bir süreç olduğu ve olabildiğince kişiselleştirilmesi gerektiği anlatılmalıdır. Bireye özgü tüm ilişkiler gözden geçirilmelidir. Bireyin o andaki yaşı, hastalık durumu veya hastalık riski, maddi durumu, ailesi, çocukları, sosyal durumu vb. değerlendirilerek sigara bırakmanın hangi açılardan faydalı olacağı konusu değerlendirilmeli ve bırakma konusunda cesaretlendirilmelidir.

Risks (Riskler): Hastadan sigara kullanmanın kendi sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin hasta tarafından belirtilmesi istenmelidir, hekim tarafından hastanın söylediklerinin içerisinde hasta ile en ilişkili olanları vurgulanmalıdır. Düşük katranlı, düşük nikotinli sigara içmenin veya diğer tütün türlerinin kullanımının riskleri ortadan kaldırmadığının altını çizilmelidir. Kişinin sigara kullanmaya devam etmesi durumunda oluşabilecek kısa ve uzun dönemli tüm riskler anlatılmalıdır.

Rewards (Kazançlar): Hastadan sigarayı bırakmanın kendi sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinin hasta tarafından belirtilmesi istenmelidir hekim tarafından hastanın söylediklerinin içerisinde hasta ile en ilişkili olanları vurgulanmalıdır. Kişinin sigarayı bıraktığı andan itibaren her geçen gün sağlık durumunun daha iyiye gideceği konusunda bilgilendirilmelidir.

Roadblocks (Engeller): Sigara bırakmanın önündeki engeller saptanmalı ve bireyle beraber bu engelleri aşacak çözüm yolları oluşturulmalıdır.

Repetition (Tekrar): Sigara bırakma konusunda isteksiz olan bireylerin her başvurusunda bu görüşmeler tekrarlanmalıdır. Bırakmayı denemede başarısız olan kişilere, bir sonraki denemenin de başarısız olacağı anlamına gelmediği ve birçok insanın sigarayı

bırakmadan önce başarısız denemelerinin de olduğu anlatılmalıdır. Bireyler sigara bırakma konusunda tekrar tekrar cesaretlendirilmelidir (72).

Tütün bağımlılığı nüks eden bir bağımlılık olması nedeniyle sigarayı yeni bırakmış olan hastaların sigaraya tekrar başlaması önlenmelidir. Özellikle sigara bırakma kararı vermiş olmaları ve bırakma başarılarından dolayı tebrik edilmeli ayrıca bırakmayı sürdürmesi için motive edilmelidir. Sağlık açısından kazandığı olumlu faydalar tekrar anlatılmalı, karşılaşılan sorunlar ve yoksunluk semptomları varsa belirlenmeli ve çözüm yolları sunulmalıdır (71).

Farmakoterapi ve bilişsel davranışçı yaklaşım sigara bağımlılığının tedavisinde kullanılan farklı yöntemlerdir. Bu yöntemler tek başlarına etkili oldukları gibi, birlikte kullanıldığında başarı şansını arttıırırlar (73).

2.10.1. Farmakoterapi

Sigara bırakmaya hazır olan ve sigara bırakmaya istekli hastalar farmakolojik yöntemlerle ilgili bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir. Sigara bırakma yöntemlerinin sigaranın bırakılmasındaki başarıları farklı olmakla birlikte amaçları, sigara bağımlılığının üstesinden gelmek ve nikotin yoksunluk semptomlarını önlemektir.

Günümüzde sigara bırakma amacı ile kullanılan 3 grup birincil seçenek ilaç bulunmaktadır. Bunlar nikotin yerine koyma tedavileri, bupropion ve vareniklidir (45).

2.10.1.1. Nikotin Replasman Tedavileri

Nikotin replasman tedavilerinin amacı sigara bırakma sürecinde gelişecek olan nikotin yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmaktır. Sigara içildikten sonra nikotin düzeyi pik yaparak hem öforik etki oluşturur hem de yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırır. NRT ile alınan nikotin dozları sigaradan düşüktür ve yavaş salınımlıdır. Ayrıca NRT preparatına göre nikotin düzeyi değişmektedir (69). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre orta ve üzeri düzeyde olan sigara bağımlıları bu tedaviden yarar görebilmektedir. Orta ve yüksek derecede bağımlılıkta günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa ve hafif derece bağımlılıkta sigara bırakmak için farklı bir yöntem kullanmasına rağmen fayda görmemişse nikotin replasman tedavileri kullanılabilir (45).

Piyasada bulunan nikotin replasman preparatları; nikotin sakızı, nikotin bandı, nikotin nazal sprey, nikotin sublingual tablet, nikotin pastil, inhaler nikotin şeklindedir. Nikotin bandı ve nikotin sakızı en çok tercih edilen NRT preparatlarıdır (69).

Nikotin bandı ile sabit dozda nikotin vücuda kontrollü olarak verilir. 25-15-10 mg gibi dozları mevcuttur. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 25 mg ile NRT'ye başlanması önerilir. 4 hafta kullanımı sonrasında 15 mg preparata geçilir. 6.haftada 10 mg'lık preparata geçilip, bu preparatta 2 hafta kullanıldıktan sonra NRT'nin bırakılması önerilmektedir. Ancak, sigara bırakmayı deneyen kişide süreç boyunca gelişen yoksunluk semptomları da NRT dozunun düzenlenmesinde önemlidir. Nikotin bandı ve nikotin sakızı bazı hastalarda beraber başlanabilir, süreç içinde doz azaltılabilir (45). Nikotin bandı sabahları, temiz, kuru ve kılsız deriye yapıştırılarak uygulanır. Her gün farklı bir bölgeye (gövde üst kısmı, omuz etrafı ve üst kol bölgesi gibi) yapıştırılır. Bu şekilde uygulama deride irritasyona bağlı oluşabilecek yan etkilerin sıklığını azaltır. Nikotin bandının yan etkileri hem nadir, hem hafif, hem de geçicidir ve nadiren NRT'nin kesilmesine neden olur. Yan etkileri arasında uygulama bölgesinde eritem, ürtiker yanı sıra sistemik olarak baş ağrısı, taşikardi, aritmi, bulantı, sersemlik, vertigo, kas ağrıları yer alır (15).

Nikotin sakızlarının ise 2-4 mg'lık preparatları bulunur ve çiğnenip ağız mukozasında bekletilerek kullanılır. Nikotin mukozadan emilerek kana karışır. Nikotin emilimi sakızın çiğneme şekline ve ağız içi pH'a göre değişiklik gösterir. Sakız sigara içme isteği geldiğinde birkaç kez çiğnenip yanak mukozasına yapıştırılmalıdır. Pozisyonu birkaç dakika da bir ağız içinde değiştirilmelidir. Uygun şekilde kullanım ile 2 mg'lık nikotin sakızından 1 mg'a kadar, 4 mg'lık nikotin sakızından da 1,4 mg'a kadar nikotin emilebilir. Nikotin sakızı kullanılırken sabit kan nikotin düzeyi sağlanamaması nikotin bandına göre dezavantajı olmasına rağmen bireylerin kendi ihtiyaçlarına göre kullanmaları da avantajıdır. İki nikotin sakızı kullanımı arasında yarım saat olması sağlanmalıdır. Sakız kullanımı sonrasında aşırı tükürük oluşması ve bu tükürüğün yutulması sonrasında bulantı, kusma, hazımsızlık gibi gastrointestinal yan etkiler oluşturabilir (15).

Tablo 5: Nikotin Replasman Tedavi Preparatları

Preparat	Doz	Kullanım şekli
Nikotin bandı	25 mg 15 mg 10 mg	4 hafta kullanılır 2 hafta kullanılır 2 hafta kullanılır Günde 10 sigaradan az içiyorsa düşük doz başlanabilir
Nikotin sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6. haftaya kadar 1-2 saatte bir 1 adet 7-9. haftalarda 2-4 saatte bir 1 adet 10-12. haftalarda 4-8 saatte bir 1 adet Günlük maksimum 24 adet
Nikotin nazal spre	0.5 mg/puf nikotin	1 doz:2 burun deliğine bir püskürtmedir Saatte 1-2 doz, maksimum 5 doz Maksimum 40 mg/gün
Nikotin sublingual tablet	2 mg	Saatte 1 adet Alındıktan 20 dk sonra atılmalı
Nikotin pastil	4 mg 2 mg 1 mg	Saatte 1 adet Alındıktan 30 dk sonra atılmalı
İnhaler nikotin	10 mg/kartuş	6-16 kartuş/gün Saatte 20 dk kullanılmalı

2.10.1.2. Bupropion

Bupropion, nikotin içermemesine rağmen nikotin bağımlılığının tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ilk ajandır. Trisiklik olmayan aminoketon bir antidepresandır. Bupropion noradrenalin ve dopaminin geri emilimini inhibe eder ve nikotin yoksunluk semptomlarını hafifletir (74).

150 mg'lık tablet formunda bulunan bupropion, ilk üç gün gün 150 mg olarak başlanıp dördüncü gün 300 mg dozuna çıkılıp devam edilir. 7-14. günler arasında sigara bırakma günü belirlenir. Tedavi genellikle 8 hafta sürdürülür. Ancak bazı vakalarda altı aya kadar uzatılabilmektedir. Nikotin yoksunluk semptomları olan ya da monoterapi ile başarılı olamayan olgularda bupropion yanına NRT tedavisi eklenebilir (69).

Genellikle iyi tolere edilen bupropionun ağız kuruluğu ve uykusuzluk en sık meydana gelen yan etkileridir. Konvulziyon ve ciddi alerjik reaksiyon nadiren gözlenebilir, gözleendiği durumlarda ilacın hemen kesilmesi gerekir. Konvulziyon yan etkisi özgeçmişinde epilepsi öyküsü olanlarda daha fazla gözlenmiştir (15).

Bupropion sigara bırakma amacıyla depresyonu da olan bireylerde tercih edilebilir. 18 yaş altı hastalar, gebeler, emzirenler, santral sinir sisteminde travma ya da tümör öyküsü olanlar, konvülziyon hikayesi olanlar ve konvülziyon eşliğini düşüren ilaç kullananlar, MAO inhibitörü kullananlar, bipolar bozukluğu olanlar, yeme bozukluğu olanlar (anoreksia nervosa, bulimia), ağır hepatik sirozu olanlar, kontrolsüz hipertansiyonu olanlar ve ilaca karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu izlenen kişilerde kontrendikedir (74).

2.10.1.3. Vareniklin

Vareniklin $\alpha 4 \beta 2$ subüniteli nikotinik asetilkolin reseptörlerinin parsiyel agonistidir. Yarışmalı olarak reseptörleri inhibe ederken, düşük düzeyde aktivasyon da gösterir. Nikotin bağımlılığı ve sigara içme isteğinde $\alpha 4 \beta 2$ subüniteli nikotinik asetilkolin reseptörleri anahtar rol oynar. Sigara içilmesi sonrası bu reseptörler upregüle olarak nikotin bağımlılığını pekiştirir. Vareniklin yarışmalı inhibisyon etkisi ile nikotin etkilerinin oluşmasını engeller ve agonist etkisi ile de kontrollü dopamin salgısı sağlar (75, 76). Tek başına kullanıldığında, altı aylık süreçte sigara bırakma başarısını plaseboya göre bir çalışmada 2,27 kat arttırdığı gösterilmiştir (1, 76).

Vareniklinin 0,5 ve 1 mg'lık tablet formları mevcuttur. Sigara kullanımı devam ederken vareniklin tedavisine ilk üç gün 0,5 mg olacak şekilde başlanır ve dördüncü gün sabah akşam 0,5 mg dozuna çıkılır. Tedavinin sekizinci gününde sabah akşam 1 mg dozuna çıkılır. Tedavinin 7-14. günleri arasında sigara bırakma günü belirlenir ve sigara bırakılır. Tedavi 12 haftaya kadar devam ettirilir (69).

En sık yan etkisi mide bulantısıdır. Bulantı, uykusuzluk, anormal rüyalar, baş ağrısı ve gastrointestinal sistem şikayetleri diğer yan etkileridir. Nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, ajitasyon, depresif durum, intihar eğilimi ve varolan psikiyatrik durumu kötüleştirebileceği konusunda kullanan bireyler bilgilendirilmelidir. Sigara bırakmanın kendisi de bu tür semptom artışına sebep olabileceği için bu etkilerin ilaç kaynaklı olup olmadığı konusu hala tartışmalıdır (77).

18 yaş altı hastalar, gebeler, hayatının herhangi bir döneminde nöropsikiyatrik bozukluğu olanlar, ilaca karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu izlenen ve son dönem böbrek hastalığı olan kişilerde kullanımı kontrendikedir. Dikkat azalması ve görme bozukluğu gibi yan etkileri de bildirilen vareniklinin uzun süre araç kullananlar, ağır vasıta şoförleri, pilotlar ve hava trafik kontrolörleri gibi dikkat gerektiren işlerde çalışanlar da kullanılmaması önerilmiştir (69, 76).

2.11. Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkili Faktörler

Sigara içen kişilerin yaklaşık dörtte üçü sigarayı bırakmak istemektedir ve sigara içen kişilerin %30-40'ı kendi kendine sigarayı bırakmayı denemiştir ancak %5'inden daha azı uzun dönemde sigara bırakmayı sürdürebilmiştir (78).

Sigara bağımlılığının temelinde nikotin bağımlılığı olması ve bunun sonucunda fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bağımlılık oluşturması nedeniyle sigara bırakma pek çok faktör ile ilişkilendirilmiştir. Bu faktörler her toplumda farklı paylara sahiptir ve genellenmesi zordur. Ancak tüm toplumlarda sigara bırakma başarısını etkileyen ortak faktörün nikotin bağımlılık düzeyi olduğu düşünülmektedir. Sigara bırakma başarısına etki eden faktörler şu şekilde sıralanabilir (69).

- Motivasyon, istek, kararlılık
- Deneyim
- Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler
- Bağımlılık düzeyi
- Çevresel ve psikolojik etkenler
- Komorbid hastalıklar
- Süreç boyunca karşılaşılabilecek olası dinamik problemler
- Genetik yapı
- Vergi ve fiyat politikası

Çoğu sigara bırakma denemesinin başarısız olmasına neden olan motivasyon ve kararlılık eksikliği oldukça önemlidir. Sigara kullanımını bırakmayı çok istemek, özgüvenli olup kendine inanmak, sigara içen birey olmaktan mutlu olmamak başarı üzerine etkili bulunmuştur (79).

Uyandıktan sonra içilen ilk sigaranın ne kadar erken olduğu ve Fagerström bağımlılık skoru ne kadar yüksekse bağımlılık o kadar fazladır. Nikotin bağımlılık düzeyi yükseldikçe sigara bırakma başarısı da düşmektedir. Ayrıca erken yaşta sigara içmeye başlayan, uzun süredir sigara içen, daha fazla sayıda sigara içen bireylerde de başarı şansı düşüktür (80).

Sigara bırakma sürecinde relapslarla karşılaşılabilir. Nikotin çekilme semptomları relapsın bir sebebidir. Nikotin çekilme semptomları ilk birkaç gün oldukça yoğun hissedilmekte ve 2-4 hafta içinde hafiflemektedir (45). Relaps riskinin yüksek olduğu gruplar ise; gençler, eğitim düzeyi düşük kişiler, sağlık bilinci düşük hastalar, bağımlılık düzeyi yüksek, alkol kullanımı yüksek düzeyde olan ve yakın çevresinde sigara içen kişiler olan kişiler olarak belirtilmiştir (69). Bırakma sürecinde hastaların karşılaşabileceği diğer bir durum kilo alımıdır. Kilo alımının bırakma sürecini ve bırakma girişimlerini olumsuz etkilediği ancak, relaps üzerine bir etkisi olmadığı gösterilmiştir (81).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tipi

Bu çalışma, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine Haziran 2020 – Kasım 2020 tarihleri arasında başvuran hastalar üzerinde gerçekleştirilmiş, ileriye dönük tanımlayıcı ve kohort çalışması olarak yapılmıştır.

3.2. Çalışma Evreni Ve Örneklemi

Çalışma dönemi içinde ADÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniğine sigara bırakma danışmanlığı için başvuran tüm hastaların çalışmaya alınması hedeflenmiştir.

Çalışmanın evrenini Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne 1 Haziran 2020 – 30 Kasım 2020 tarihleri arasında sigarayı bırakmak için başvuran 122 hasta oluşturmaktadır. Çalışma için örneklem alınmamış olup belirtilen tarihler arasında sigara bırakmaya yönelik davranışsal eğitim ve kişiye uygun olan farmakolojik tedavi başlanan ayrıca çalışma alınma kriterlerini taşıyan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama kriterini taşıyan 7 hasta çalışmadan çıkarılmış ve çalışma 115 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubundaki hastalar, polikliniğin sigarayı bırakmak isteyen içicilere destek olmak üzere oluşturduğu program ve protokol çerçevesinde sigarayı bırakma gününden itibaren üç ay süreyle izlenmiştir.

3.3. Çalışmaya Alınma Ve Dışlanma-Çıkartılma Kriterleri

Çalışmaya alınma kriterleri:

- Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine sigara bırakmak için başvurmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 18 yaş ve üzerinde olmak

Çalışmadan dışlanma ve çıkartılma kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler
- 18 yaş altında olanlar
- Kooperasyon güclüğü çekenlerle mental retarde olanlar
- Tekrarlayan başvurular
- Sigara bırakma sürecine hiç başlamamış olanlar

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğinde sigara bırakma desteği amacıyla başvuran hastalar için bir değerlendirme ve izlem protokolü kullanılmaktadır. Bu protokol çerçevesinde yapılan ilk görüşmede sosyodemografik özellikler ve tütün öyküsü alınmakta, fizik bakı yapılmakta ve nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek amaçlı Fagerström Nikotin Bağımlılık testi uygulanmaktadır. Ayrıca Sigara İçme Yoğunluk İndeksi (SİYİ), solunum havasında karbonmonoksit düzeyi, boy ve vücut ağırlığı ölçümleri de yapılmaktadır.

Sosyodemografik olarak katılımcıların yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni durumu, eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, oturduğu yer ve sağlık güvencesi varlığı sorgulanmaktadır. Tütün kullanımı ile ilgili sigaraya başlama yaşı, nedeni, güncel sigara içme durumu (adet/gün), sigara içme yükü (paket/yıl), ailede sigara içenin varlığı, hastaların sigarayla ilişkisi, sigaraya ilişkin farkındalık düzeyi, önceki bırakma deneyimleri, 24 saatlik yaşantısı, sigara içme isteği oluşturan durumlar, hastaların eşlik eden hastalıkları, bağımlılık düzeyi, bizden beklentileri, bırakma kararlılığı ve önündeki engeller sorgulanmaktadır. Hastalarımızın sigara ile kilo arasındaki ilişki üzerine düşündükleri ve bırakma sürecinde kilo alma kaygıları da ayrıntılı tartışılmaktadır. Ayrıca katılımcılar alkol, uyuşturucu madde kullanma durumlarını, kronik hastalık ve bununla ilgili ilaç kullanma durumlarını, ailede KOAH, kardiyovasküler hastalık, kanser öyküsünü, polikliniğimize başvuru nedenini ve erişim şeklini de belirtmektedirler.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi altı sorudan oluşmaktadır. Test sonucunda 0-2 puan çok düşük, 3-4 puan düşük, 5 puan orta, 6-7 puan yüksek ve 8-10 puan çok yüksek bağımlılık olarak kabul edilmektedir. SİYİ ise iki maddeden oluşmaktadır. Sabah ilk sigaranızı ne zaman içersiniz? (5 dakika içinde, 6-30 dakika arasında, 31-60 dakika arasında ve 60 dakikadan daha sonra). Günde kaç adet sigara içersiniz? (10 adet ve altında, 11-20 adet, 21-30 adet ve 31 adet ve daha fazla). Her biri üç puan olmak üzere toplam altı puan üzerinden değerlendirilmektedir. Dört ve üstü puanlar yüksek nikotin bağımlılığını, 0-3 puan ise düşük bağımlılığı gösterir.

Transtoeoretik modele göre katılımcıların sigara bırakma evrelemesi görüşme öncesinde belirlendikten sonra sigara bırakmaya yönelik bilişsel-davranışçı yaklaşım ve bireye uygun farmakolojik tedavi ile davranış değişikliği desteği verilmektedir. Hastalar sigara bırakma gününden 1 hafta, 2 hafta, 3 hafta, 1 ay, 2 ay, 3 ay, 6 ay ve 1 yıl sonra yüz

yüze görüşmelerle izlenmektedir. Hastalardan başvuru gününde ayrıca rutin laboratuvar incelemeleri (solunum fonksiyon testi, posterioanterior akciğer grafisi, elektrokardiyogram, hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri) istenmektedir.

Bu yapılanlara ek olarak çalışmamızın amacı doğrultusunda görüşmelerde ve izlemlerde hastaların vücut ağırlığı ölçümleri de yapılmıştır. Kişilerin vücut ağırlığı ölçümleri aynı tartı ile sigara bırakma polikliniğinde ve eğitim aile sağlığı merkezinde yapılmıştır.

Çalışmaya katılan hastalara ait veriler Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniği izlem protokolü aracılığıyla elde edilmiştir. Üç ayın sonunda sigara kullanmama durumu sigara bırakma başarısı ve verilen farmakolojik destek tedavisini en az sekiz hafta kullananlar yeterli tedavi almış olarak kabul edilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Veri analizleri IBM SPSS 25 paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra sigara bırakma başarısına etki eden değişkenleri belirlemek için ki-kare testi ile ikili analizler yapıldı. Bırakma başarısına etki eden kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare ve Fisher's exact testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Student t testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı.

3.6. İzinler

Çalışma için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli onay alınmıştır (27/04/2020 tarih ve 2020/72 protokol numarasıyla). Çalışmaya katılan tüm hastalardan araştırma hakkında bilgi verildikten sonra yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine 1 Haziran 2020 – 30 Kasım 2020 tarihleri arasında sigara bırakma danışmanlığı için başvuran 122 hastadan 115'i çalışmaya alındı. Dört kişi sigara bırakmaya hazır olmadığı ve üç kişi mükerrer başvuru olması nedeniyle çalışmaya alınmadı.

4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş ortalaması $41,6 \pm 13,3$ yıl (18 – 75 yaş arası) olan 115 içiciden 76'sı (%66,1) erkekti. Katılımcıların %67,8'i (s=78) evli ve %33,9'u (s=39) 12 yıldan uzun süreli eğitim almış olup %62,6'sı (s=72) halen gelir getirici aktif bir işte çalışmaktaydı. Yüzde 27'si (s=31) serbest meslek sahibi ve %47,8'i (s=55) orta düzeyde (2000-5500 TL) gelire sahip olan katılımcıların, %91,3'ü (s=105) kentsel bölgede oturmakta ve yüzde 38,3'ü (s=44) alkol kullanmaktaydı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri **Tablo 6'da** gösterilmiştir.

4.2 Katılımcıların Sigara Kullanım Özellikleri

Katılımcıların sigaraya başlama yaşı ortalama $16,9 \pm 5,3$ (5 – 46 yaş arası), günlük içtikleri sigara miktarı ortalama $26,5 \pm 12,9$ adet (5 – 80 arası) ve toplam sigara içme süreleri ortalama $27,5 \pm 16,8$ paket/yıl (2 – 80 paket/yıl arası) idi.

Erkek sigara kullanıcıların paket/yıl olarak sigara içme süresi kadınlardan anlamlı olarak yüksek olup, sigaraya başlangıç yaşı anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0,05$).

Yüzde 76,5'inin (s=88) sigaraya başlama nedeni sosyal etki ve yine %76,5'inin (s=88) sigara kullanmaya devam etme nedeni alışkanlık oluşmasıydı; %72,2'sinin (s=83) sigara içme isteği çay-kahve tüketimi ile artmaktaydı. Katılımcıların %14,8'inin (s=17) sigarayı bıraktığında kilo alacağı kaygısı bulunmaktaydı.

Yüzde 67,8'inde (s=78) pasif sigara içiciliği bulunan katılımcıların %40'ının (s=46) ailesinde en az bir birey sigara içmekteydi. Katılımcıların sigara kullanım özellikleri **Tablo 7'de** gösterilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, s=115

Sosyodemografik özellikler		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	39	33,9
	Erkek	76	66,1
Medeni Durum	Evli	78	67,8
	Bekar	28	24,3
	Diğer	9	7,8
Meslek	Serbest meslek	31	27,0
	Memur	28	24,3
	Çalışmayan-düzensiz işlerde çalışan	19	16,5
	Ev hanımı	15	13,0
	İşçi	10	8,7
	Öğrenci	9	7,8
	Çiftçi	3	2,6
Gelir Düzeyi	<2000 TL	35	30,4
	2000-5500 TL	55	47,8
	>5500 TL	25	21,7
Oturduğu Yer	Kentsel Bölge	105	91,3
	Kırsal Bölge	10	8,7
Eğitim Düzeyi	<9 yıl	38	33,0
	9-12 yıl	38	33,0
	>12 yıl	39	33,9
Alkol kullanımı	Yok	71	61,7
	Var	44	38,3
Madde kullanımı	Yok	114	99,1
	Var	1	0,9

Tablo 7: Katılımcıların sigara kullanma özellikleri, s=115

Sigara kullanım özellikleri		Sayı	%
Başlama Nedeni*	Sosyal Etki	88	76,5
	Özenti	38	33,0
	Merak	35	30,4
	Stres	16	13,9
	Kendini Kanıtlama	13	11,3
Şimdiki Sigara Kullanma Nedeni*	Alışkanlık	88	76,5
	Bağımlılık	37	32,2
	Stresle Baş Etme Yöntemi Olarak	33	28,7
	Psikojenik	25	21,7
	Sosyal Çevre	8	7,0
Ailede Sigara İçen	Hayır	69	60,0
	Evet	46	40,0
Pasif Sigara İçiciliği	Hayır	37	32,2
	Evet	78	67,8
Sigara Kullanımını Artıran Faktörler*	Çay-Kahve	83	72,2
	Stres-Anksiyete-Depresyon	75	65,2
	Yemek	36	31,3
	Alkol	15	13,0
	Diğer	16	13,9
Kilo alma kaygısı	Yok	98	85,2
	Var	17	14,8
Ortalama ± SS (Ortanca; Çeyrekler arası))			
Başlama Yaşı	16,9±5,3 (16; 4)		
Günlük Sigara İçme Miktarı	26,5±12,9 (25; 15)		
Sigara İçme Süresi	27,5±16,8 (25; 25)		

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olabilir

4.3. Katılımcıların Önceki Bırakma Deneyimleri

Katılımcıların %93'ü (s=107) daha önce de sigara bırakmayı düşünmüş ve %87'si (s=100) daha önce sigara bırakmayı en az bir kez denemişti. Bırakmayı deneyenlerin bırakma deneme sayıları ortalama $2,0 \pm 1,4$ (1 - 10 arası) ve en yakın bırakma tarihi ortalama $30,9 \pm 59,9$ ay (1 hafta - 40 yıl arası) öncesi idi. Daha önceden sigarayı bırakmayı deneyen katılımcıların yalnızca %28,7'si (s=33) profesyonel bir yardım almıştı. Bırakmayı deneyenlerin %85,2'si (s=98) nikotin yoksunluk semptomları yaşamıştı; %60'ı (s=69) olumsuz sigara bırakma deneyimi olarak aşırı sigara içme isteği yaşadığını belirtti. Katılımcıların önceki sigara içmeyi bırakma deneyimleri **Tablo 8'de** gösterilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların önceki sigara içmeyi bırakma deneyimleri, s=115

Bırakma deneyimleri		Sayı	%
Daha Önce de Bırakmayı Düşünme	Hayır	8	7,0
	Evet	107	93,0
Bırakmayı Deneme	Hayır	15	13,0
	1 kez	23	20,0
	>1 kez	77	67,0
Bırakma Yardımı	Hayır	82	71,3
	Evet	33	28,7
Nikotin Yoksunluk Semptomları	Hayır	17	14,8
	Evet	98	85,2
Olumsuz Sigara Bırakma Deneyimi-Engel*	Aşırı sigara içme isteği	69	60,0
	Sinirlilik-Huzursuzluk-Stres	65	56,5
	İştah ve Kilo Artışı	13	11,3
	Konsantrasyon Eksikliği	12	10,4
	Sosyal Baskı	8	7,0
	Diğer	20	17,4
Ortalama $\pm$ SS (Ortanca; çeyrekler arası)			
Bırakma Deneme Sayısı	$2,0 \pm 1,4$ (2; 2)		
En Yakın Deneme Tarihi, ay	$30,9 \pm 59,9$ (12; 35)		

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olabilir

4.4. Katılımcıların Başvuru Özellikleri

Katılımcıların %95,7'si (s=110) kendi isteği ile ve %47'si (s=54) sigara bırakmaya hazırlık evresinde polikliniğimize başvurdu. Yüzde 87,8'i (s=101) hastalık ve hastalık korkusu nedeniyle sigara bırakmak istemekteydi (**Tablo 9**).

Tablo 9: Katılımcıların başvuru özellikleri, s=115

Başvuru özellikleri		Sayı	%
Başvuru Nedeni	Kendi İsteği	110	95,7
	Çevresinin (aile, arkadaşlar) Yönlendirmesi	4	3,5
	Başka Branşlardan Sevk	1	0,9
Bırakma Nedeni*	Hastalık-Hastalık Korkusu	101	87,8
	İyi Örnek Olma	26	22,6
	Doktor Önerisi	22	19,1
	Ekonomik	20	17,4
	Çevre Baskısı	6	5,2
	Diğer	14	12,2
Motivasyon Evresi	Düşünme	44	38,3
	Hazırlanma	54	47,0
	Deneme	16	13,9

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olabilir

4.5. Katılımcıların Genel Sağlık Durumuna İlişkin Veriler

Katılımcıların %41,7'sinin (s=48) en az bir kronik hastalığı vardı. En sık rastlanan kronik hastalık grubu %18,3 (s=21) ile kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet idi; katılımcıların %38,3'ü (s=44) ilaç kullanmaktaydı. Yüzde 56,5'inin (s=65) ailesinde en az bir hastalık bulunmakta idi; bunların içerisinde en sık izlenen hastalık grubu %21,7 (s=25) ile kardiyovasküler hastalık ve diyabet idi. Katılımcıların genel sağlık durumuna ilişkin veriler **Tablo 10'da** gösterilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların genel sağlık durumu, s=115

Genel Sağlık Özellikleri		Sayı	%
Kronik Hastalık*	Kardiyovasküler Hastalık -Tip 2	21	18,3
	Diyabet		
	Solunum Yolu Hastalıkları	18	15,7
	Ruhsal Bozukluklar	6	5,2
	Kanser	2	1,7
	Diğer	18	15,7
İlaç Kullanımı	Hayır	71	61,7
	Evet	44	38,3
Ailede Bulunan Hastalık*	Kardiyovasküler Hastalık –Tip 2	25	21,7
	Diyabet		
	Kanser	21	18,3
	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	6	5,2

**Birden fazla seçenek işaretlenmiş olabilir*

4.6. Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeyleri

Katılımcılara uygulanan Fagerström nikotin bağımlılık testinde skor ortalaması $6,2 \pm 2,3$ (Ortanca 7, çeyrekler arası 3) saptandı; buna göre %35,7'si (s=41) çok yüksek düzeyde bağımlılık göstermekteydi. Katılımcıların sigara içme yoğunluk indeksi (SİYİ) skor ortalaması ise $3,9 \pm 1,6$ (Ortanca 4, çeyrekler arası 2) idi; buna göre %65,2'si (s=75) yüksek düzeyde bağımlılık göstermekteydi (**Tablo 11**).

Tablo 11: Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri

Bağımlılık Düzeyleri		Sayı	%
Bağımlılık Düzeyi	Çok hafif bağımlılık (0-2 puan)	10	8,7
	Hafif bağımlılık (3-4 puan)	17	14,8
	Orta bağımlılık (5 puan)	16	13,9
	Yüksek bağımlılık (6-7 puan)	31	27
	Çok yüksek bağımlılık (8-10 puan)	41	35,7
Bağımlılık Düzeyi (SİYİ*)	Düşük Bağımlılık (0-3 puan)	40	34,8
	Yüksek Bağımlılık (4-6 puan)	75	65,2
Ortalama $\pm$ SS (Ortanca, çeyrekler arası)			
Fagerström skoru	6,2 $\pm$ 2,3 (7; 3)		
SİYİ skoru	3,9 $\pm$ 1,6 (4; 2)		

* SİYİ: Sigara İçme Yoğunluk İndeksi

4.7. Uygulanan Tedaviler

Katılımcıların tamamına bilişsel davranışçı yaklaşımla danışmanlık verildi. Nikotin replasman tedavisi ve vareniklin çalışma grubumuzda %48,7 (s=56) ile en çok tercih edilen kombinasyon oldu.

Medikal tedavi önerilen katılımcıların %4,3'ü (s=5) ilacı almamış ve %16,5'i (s=19) aldığı ilacı düzenli kullanmamıştı. Katılımcılara uygulanan tedaviye ilişkin veriler **Tablo 12**'de gösterilmiştir.

Tablo 12: Katılımcılara uygulanan tedaviler

Tedavi Bilgileri		Sayı	%
Tedavi yaklaşımı	Bilişsel Davranışçı Danışmanlık	115	100
	NRT + Vareniklin	56	48,7
	NRT*	38	33,0
	Bupropion	10	8,7
	Vareniklin	6	5,2
	NRT + Bupropion	5	4,3
Reçete Edilen İlaçları Almış mı?	Hayır	5	4,3
	Evet	110	95,7
Verilen Tedaviyi Düzenli Kullanmış mı?	Hayır	19	16,5
	Evet	96	83,5
Tedavi Yan Etkisi	Hayır	102	88,7
	Evet	13	11,3

* NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

4.8. İzlem ve Kilo Alma Düzeyleri

Katılımcıların başlangıçtaki beden ağırlıkları ortalama $76,0 \pm 15,3$ kg (kadınlarda ortalama $66,1 \pm 11,1$ ve erkeklerde ortalama $81,8 \pm 14,5$) olarak belirlendi. İzlem devamsızlığı nedeni ile 44 içicinin ağırlık ölçümleri eksikti. Bu nedenle kilo düzeyleri açısından 71 hasta değerlendirmeye alındı.

Değerlendirmeye alınan 71 hastanın %52,1'i (s=37) üç aylık süre içinde kilo almış, %21,1'i (s=15) kilo vermiş ve %26,8'i (s=19) aynı kiloda kalmıştı. Tüm katılımcılar üç ayın sonunda başlangıç dönemine göre kilo almışlardı ($p < 0,05$).

Kilo alma kaygısı ile vücut ağırlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) (**Tablo 13**).

Tablo 13: Kilo alma kaygıları ve üç aylık izlemde beden ağırlığı değişimi ilişkisi, s=71

	Kilo alma kaygısı olmayanlar Sayı (%)	Kilo alma kaygısı olanlar Sayı (%)	İstatistik*
Kilo alanlar	29 (78,4)	8 (21,6)	p=0,246
Kilo almayanlar	31 (91,2)	3 (8,8)	
Toplam	60/71 (84,5)	11/71 (15,5)	

* *Ki-kare testi*

4.9. Sigara Bırakma Başarısı ve İlişkili Etkenler

Çalışmaya alınan 115 hastadan 37'si (%32,2) üç ayın sonunda hala sigara kullanmamaktaydı. İzlemde teması kopan 44 katılımcı sigara bırakmada başarısız olarak değerlendirildi.

Yaşları daha genç olan (p=0,017), sigara içme süresi daha az olan (p=0,036) ve kronik hastalık öyküsü olmayan kullanıcıların (p=0,016) sigara bırakma başarısı anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri, sigaraya başlama yaşı ve başlama nedenleri, hala sigara kullanma nedenleri, günlük içilen sigara miktarı, daha önceki bırakma deneyimlerine ilişkin özellikler, sigara içmeyi artıran etkenler, bırakma nedenleri, alkol ya da madde kullanımı ve nikotin bağımlılık düzeylerini gösteren diğer değişkenler sigarayı bırakma başarısı üzerinde etkili olarak bulunmadı (p>0,05) (**Tablo 14-19**).

Tablo 14: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin sigara kullanmayı bırakma başarısı üzerine etkisi, s=115

Sosyodemografik özellikler*		Bırakma Başarısı		Toplam	İstatistik
		Başarılı	Başarısız		
Yaş Ortalama $\pm$ SS		37,3 $\pm$ 11,6	43,6 $\pm$ 13,3	41,6 $\pm$ 13,3	p=0,017 [†]
		Başarılı Sayı (%)	Başarısız Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	
Cinsiyet	Kadın	12 (30,8)	27 (69,2)	39 (33,9)	p=0,984
	Erkek	25 (32,9)	51 (67,1)	76 (66,1)	
Medeni Durum	Evli	23 (29,5)	55 (70,5)	78 (67,8)	p=0,096
	Bekar	13 (46,4)	15 (53,6)	28 (24,3)	
	Diğer	1 (11,1)	8 (88,9)	9 (9,0)	
Gelir Getirici Bir İşte Aktif Çalışma	Hayır	13 (30,2)	30 (69,8)	43 (37,4)	p=0,890
	Evet	24 (33,3)	48 (66,7)	72 (62,6)	
Oturduğu Yer	Kentsel Bölge	34 (32,4)	71 (67,6)	105 (91,3)	p=1,000
	Kırsal Bölge	3 (30,0)	7 (70,0)	10 (8,7)	
Gelir Düzeyi	$\leq$ 2000 TL	12 (34,3)	23 (65,7)	35 (30,4)	p=0,787
	2000-5500 TL	16 (29,1)	39 (70,9)	55 (47,8)	
	>5500 TL	9 (36,0)	16 (64,0)	25 (21,7)	
Eğitim Düzeyi	<9 yıl	8 (21,1)	30 (26,1)	38 (33,0)	p=0,198
	9-12 yıl	14 (36,8)	24 (63,2)	38 (33,0)	
	>12 yıl	15 (38,5)	24 (61,5)	39 (33,9)	
Alkol Kullanımı	Hayır	24 (33,8)	47 (66,2)	71 (61,7)	p=0,787
	Evet	13 (29,5)	31 (70,5)	44 (38,3)	
Madde Kullanımı	Hayır	36 (31,6)	78 (68,4)	114 (99,1)	p=0,322
	Evet	1 (100)	0 (0)	1 (0,9)	
Genel Toplam		37 (32,2)	78 (67,8)	115 (100)	

* Ki-kare testi; [†] Student t testi

Tablo 15: Katılımcıların sigara kullanım özelliklerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi, s=115

Sigara kullanım özellikleri*		Bırakma Başarısı		Toplam Sayı (%)	İstatistik
		Başarılı Sayı (%)	Başarısız Sayı (%)		
Pasif Sigara İçiciliği	Hayır	11 (29,7)	26 (70,3)	37 (32,2)	p=0,863
	Evet	26 (33,3)	52 (66,7)	78 (67,8)	
Ailede Sigara İçen	Hayır	22 (31,9)	47 (68,1)	69 (60,0)	p=1,000
	Evet	15 (32,6)	31 (67,4)	46 (40,0)	
Başlama Nedeni*					
Sosyal Etki	Hayır	8 (29,6)	19 (70,4)	27 (23,5)	p=0,930
	Evet	29 (33,0)	59 (67,0)	88 (76,5)	
Kendini Kanıtlama	Hayır	34 (33,3)	68 (66,7)	102 (88,7)	p=0,544
	Evet	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (11,3)	
Merak	Hayır	28 (35,0)	52 (65,0)	80 (69,6)	p=0,445
	Evet	9 (25,7)	26 (74,3)	35 (30,4)	
Özenti	Hayır	23 (29,9)	54 (70,1)	77 (67,0)	p=0,589
	Evet	14 (36,8)	24 (63,2)	38 (33,0)	
Stres	Hayır	32 (32,3)	67 (67,7)	99 (86,1)	p=1,000
	Evet	5 (31,3)	11 (68,8)	16 (13,9)	
Şimdiki Sigara Kullanma Nedeni*					
Alışkanlık	Hayır	8 (29,6)	19 (70,4)	27 (23,5)	p=0,930
	Evet	29 (33,0)	59 (67,0)	88 (76,5)	
Bağımlılık	Hayır	28 (35,9)	50 (64,1)	78 (67,8)	p=0,304
	Evet	9 (24,3)	28 (75,7)	37 (32,2)	
Psikojenik	Hayır	29 (32,2)	61 (67,8)	90 (78,3)	p=1,000
	Evet	8 (32,0)	17 (68,0)	25 (21,7)	
Sosyal Çevre	Hayır	32 (29,9)	75 (70,1)	107 (93,0)	p=0,109
	Evet	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (7,0)	
Stresle Baş Etme Yöntemi	Hayır	27 (32,9)	55 (67,1)	82 (71,3)	p=0,959
	Evet	10 (30,3)	23 (69,7)	33 (28,7)	

Tablo 15: Devamı

Sigara Kullanımını Arttıran Faktörler*					
Yemek	Hayır	26 (32,9)	53 (67,1)	79 (68,7)	p=0,972
	Evet	11 (30,6)	25 (69,4)	36 (31,3)	
Çay-Kahve	Hayır	10 (31,3)	22 (68,8)	32 (27,8)	p=1,000
	Evet	27 (32,5)	56 (67,5)	83 (72,2)	
Alkol	Hayır	30 (30,0)	70 (70,0)	100 (87,0)	p=0,239
	Evet	7 (46,7)	8 (53,3)	15 (13,0)	
Stres/Anksiyete /Üzüntü	Hayır	13 (32,5)	27 (67,5)	40 (34,8)	p=1,000
	Evet	24 (32,0)	51 (68,0)	75 (65,2)	
Toplam		37	78	115 (100)	
Başlama Yaşı					
Ortalama ± SS, yıl		16,1 ± 4,0	17,3 ± 5,8	16,9 ± 5,3	p=0,179†
Günlük İçilen Miktar,					
Ortalama ± SS, adet		26,8 ± 11,5	26,4 ± 13,5	26,5 ± 12,9	p=0,532†
Sigara İçme Süresi					
Ortalama ± SS, paket/yıl		23,1 ± 15,4	29,7 ± 17,1	27,5 ± 16,8	p=0,036†

* *Ki-kare testi*; [†] *Mann-Whitney U testi*

Tablo 16: Katılımcıların önceki bırakma deneyimlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi

		Bırakma Başarısı		Toplam Sayı (%)	İstatistik
		Başarılı Sayı (%)	Başarısız Sayı (%)		
Önceki Bırakma Deneyimi*					
Bırakmayı Deneme	Hayır	8 (53,3)	7 (46,7)	15 (13,0)	p=0,077
	Evet	29 (29,0)	71 (71,0)	100 (87,0)	
Profesyonel Yardım	Hayır	30 (36,6)	52 (63,4)	82 (71,3)	p=0,169
	Evet	7 (21,2)	26 (78,8)	33 (28,7)	
Kilo Alma Kaygısı	Hayır	33 (33,7)	65 (66,3)	98 (85,2)	p=0,586
	Evet	4 (23,5)	13 (76,5)	17 (14,8)	
Bırakmayı Düşünme	Hayır	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (7,0)	p=0,109
	Evet	32 (29,9)	75 (70,1)	107 (93,0)	
Nikotin Çekilme Semptomu	Hayır	6 (35,3)	11 (64,7)	17 (14,8)	p=0,986
	Evet	31 (31,6)	67 (68,4)	98 (85,2)	
Olumsuz Sigara Bırakma Deneyimi-Engeller*					
Aşırı Sigara İçme İsteği	Hayır	18 (39,1)	28 (60,9)	46 (40,0)	p=0,271
	Evet	19 (27,5)	50 (72,5)	69 (60,0)	
Sinirlilik/Stres/Huzursuzluk	Hayır	15 (30,0)	35 (70,0)	50 (43,5)	p=0,580
	Evet	22 (33,8)	43 (66,2)	65 (56,5)	
Konsantrasyon Eksikliği	Hayır	31 (30,1)	72 (69,9)	103 (89,6)	p=0,196
	Evet	6 (50,0)	6 (50,0)	12 (10,4)	
Sosyal Baskı	Hayır	36 (33,6)	71 (66,4)	107 (93,0)	p=0,433
	Evet	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (7,0)	
İştah ve Kilo Artışı	Hayır	34 (33,3)	68 (66,7)	102 (88,7)	p=0,544
	Evet	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (11,3)	
Toplam		37	78	115 (100)	
Bırakmayı Deneme Sayısı Ortalama ± SS		1,92 ± 1,4	2,0 ± 1,4	2,0 ± 1,4	p=0,761 [†]
En Yakın Deneme Tarihi Ay, Ortalama ± SS		25,1 ± 43,0	33,6 ± 66,5	30,9 ± 59,9	p=0,406 [†]

* Ki-kare testi; [†] Mann-Whitney U testi

Tablo 17: Katılımcıların başvuru ve sigara bırakma nedenleriyle motivasyon evrelerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi

		Bırakma Başarısı		Toplam Sayı (%)	İstatistik*
		Başarılı Sayı (%)	Başarısız Sayı (%)		
Başvuru Nedeni	Kendi İsteği	35 (31,8)	75 (68,2)	110 (95,7)	p=0,656
	Çevresinin Yönlendirmesi	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (4,3)	
Motivasyon Evresi	Düşünme	11 (24,4)	34 (75,6)	45 (39,1)	p=0,295
	Hazırlanma	19 (35,2)	35 (64,8)	54 (47,0)	
	Deneme	7 (43,8)	9 (56,3)	16 (13,9)	
Bırakma Nedeni					
Doktor Önerisi	Hayır	31 (33,3)	62 (66,7)	93 (80,9)	p=0,769
	Evet	6 (27,3)	16 (72,7)	22 (19,1)	
Hastalık ya da Korkusu	Hayır	5 (35,7)	9 (64,3)	14 (12,2)	p=0,767
	Evet	32 (31,7)	69 (68,3)	101 (87,8)	
Çevre Baskısı	Hayır	34 (31,2)	75 (68,8)	109 (94,8)	p=0,385
	Evet	3 (50,0)	3 (50,0)	6 (5,2)	
İyi Örnek Olma	Hayır	29 (32,6)	60 (67,4)	89 (77,4)	p=1,000
	Evet	8 (30,8)	18 (69,2)	26 (22,6)	
Ekonomik	Hayır	32 (33,7)	63 (66,3)	95 (82,6)	p=0,623
	Evet	5 (25,0)	15 (75,0)	20 (17,4)	
Toplam		37	78	115 (100)	

* *Ki-kare testi*

Tablo 18: Katılımcıların sağlık durumlarının sigara bırakma başarısı üzerine etkisi

		Bırakma Başarısı		Toplam Sayı (%)	İstatistik*
		Başarılı Sayı (%)	Başarısız Sayı (%)		
Kronik Hastalık	Hayır	28 (41,8)	39 (48,2)	67 (58,3)	p=0,016
	Evet	9 (18,8)	39 (81,2)	48 (41,7)	
İlaç Kullanımı	Hayır	28 (39,4)	43 (60,6)	71 (61,7)	p=0,056
	Evet	9 (20,5)	35 (79,5)	44 (38,3)	
Ailede Hastalık Öyküsü	Hayır	16 (32,0)	34 (68,0)	50 (43,5)	p=1,000
	Evet	21 (32,3)	44 (67,7)	65 (56,5)	
Toplam		37	78	115 (100)	

* *Ki-kare testi***Tablo 19:** Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri ve kararlılık düzeyinin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi

	Başarılı (s=37)	Başarısız (s=78)	İstatistik*
	Ortalama $\pm$ SS (Ortanca)	Ortalama $\pm$ SS (Ortanca)	
Kararlılık Düzeyi	7,7 $\pm$ 1,2 (8)	7,0 $\pm$ 2,0 (7)	p=0,067
SIYİ puanı	3,7 $\pm$ 1,7 (4)	3,9 $\pm$ 1,6 (4)	p=0,692
Fagerström Skoru	6,1 $\pm$ 2,2 (7)	6,2 $\pm$ 2,4 (7)	p=0,811

* *Mann-Whitney U***4.10. Katılımcıların Kilo Alma Kaygıları Ve Kilo Alma Durumlarının****Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkisi**

Sigarayı bırakan 37 katılımcının %48,6'sı (s=18) üç ay sonunda kilo almış, %21,6'sı (s=8) kilo vermiş ve %29,7'si (s=11) aynı kiloda kalmıştı. Sigarayı bırakamayan 34 katılımcının ise üç ay sonunda %55,9'u (s=19) kilo almış, %20,6'sı (s=7) kilo vermiş ve %23,5'i (s=8) aynı kiloda kalmıştı.

İlk görüşmede katılımcıların ifade ettikleri sigara bırakmayla ilişkili kilo alma kaygılarının ve üç aylık izlem sürecinde kilo alma durumlarının sigarayı bırakma başarısı üzerinde anlamlı bir etkisi yoktu ($p>0,05$). Katılımcıların cinsiyete ve sigarayı bırakma başarısına göre ağırlık ve beden kitle indeksi değerleri **Şekil 2**'de; kilo alma kaygısı ve izlem sürecinde kilo alma durumu ile sigarayı bırakma başarısı arasındaki ilişki **Tablo 20,21 ve 22**'de gösterilmiştir.

Tablo 20: Kilo alma kaygıları ve sigara bırakma başarısı ilişkisi, s=115

	Sigarayı bırakamayan Sayı (%)	Sigarayı bırakan Sayı (%)	İstatistik*
Kilo alma kaygısı olmayanlar	65 (66,3)	33 (33,7)	p=0,586
Kilo alma kaygısı olanlar	13 (76,5)	4 (23,5)	
Toplam	37	78	115

* *Ki-kare testi*

Tablo 21: Beden ağırlığı değişiklikleri ve sigara bırakma başarısı ilişkisi, s=71

	Sigarayı bırakamayan Sayı (%)	Sigarayı bırakan Sayı (%)	İstatistik*
Kilo alanlar	19 (51,4)	18 (48,6)	p=0,710
Kilo almayanlar	15 (44,1)	19 (55,9)	
Toplam	34/71 (47,9)	37/71 (52,1)	71

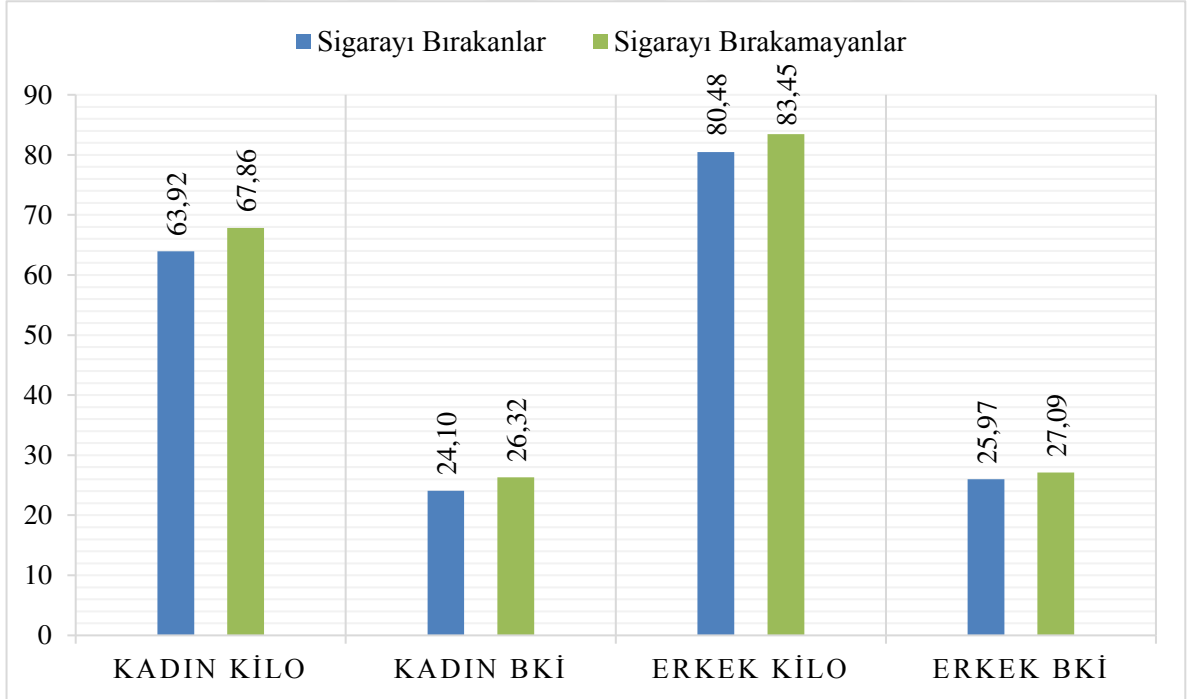
* *Ki-kare testi*

Tablo 22: Katılımcıların izlem sürecinde kilo alma durumu ile sigarayı bırakma başarısı arasındaki ilişki, s=71

	Başlangıç ağırlıkları Ortalama ± SS	3 ayın sonundaki ağırlıkları Ortalama ± SS	İstatistik*
Sigarayı bırakan (s=37)	75,11 ± 16,55	76,30 ± 17,82	t= -3,135 p=0,003
Sigarayı bırakamayan (s=34)	77,03 ± 13,99	78,09 ± 15,01	t= -3,530 p=0,001
Toplam (s=71)	76,03 ± 15,30	77,15 ± 16,44	t= -4,643 p<0,001

* Paired samples t testi

Şekil 2: Cinsiyete göre başlangıç dönemindeki ortalama kilo ve beden kitle endeksi değerleri



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada sigara bırakma girişiminde bulunan içicilerin, sigara bırakma süreci öncesindeki sigarayı bırakma ile ilişkili kilo alma kaygılarının ve bırakma sürecindeki kilo alma durumlarının kısa dönem sigara bırakma başarısı üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışma sonuçlarımıza göre; sigara bırakmaya karar veren içicilerin sigara içmeyi bıraktıklarında kilo alma kaygıları düşüktür. Yaklaşık yarısı sigarayı bıraktıktan sonraki üç ay içinde kilo almıştır. Üç ayın sonunda hem sigarayı bırakanlar hem de bırakmayanlar bu süreçte kilo almıştır; ancak bırakanlarla bırakmayanlar arasında kilo alma bakımından fark yoktur. İçicilerin sigarayı bırakma durumunda kilo alma kaygıları ve bırakma sürecinde kilo alma durumları kısa dönem sigara bırakma başarısı üzerinde etkili bulunmamıştır.

Çalışmamızda sigara bırakma polikliniğimizin 3 aylık başarı oranı %32,2 olarak saptanmıştır. Argüder ve arkadaşları üç ayın sonunda sigara bırakma başarısını %37 (82), Berkeşoğlu ve arkadaşları 6 aylık başarı oranını %28 (83), Kanatsız ve arkadaşları 12 aylık başarı oranını %19 (84) olarak saptamıştır. Bizim çalışmamızdaki sigara bırakma başarı oranı 3 aylık sigara bırakma başarı oranlarından kısmen düşüktür.

Çalışmamızda sigara bırakmada başarılı olan kişilerin yaş ortalaması daha düşüktü ve istatistiksel olarak anlamlılık mevcuttu. Literatürde yer alan çalışmalarda sigarayı bırakanların yaş ortalamasının bırakamayanlara oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (79, 82). Pandemi döneminde yaşları daha yüksek olan katılımcıların poliklinik başvuru sayısı azaldığı için çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalamasının daha düşük olabileceği düşünülmüştür.

Sigara bırakmak amacıyla başvuran kişilerin yaklaşık üçte ikisi erkekti. Literatürde yer alan çalışmaların bir çoğunda da sigara bırakma polikliniklerine başvuran erkek hasta sayısı daha fazladır (6, 83, 84). Başvuran kişilerin çoğunun erkek olması, ülkemizde ve tüm dünyada sigara kullanma prevalansının erkeklerde daha fazla oluşu ile açıklanabilir.

Çalışmamızda medeni durum ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da medeni durumun sigara bırakma başarısı üzerine etkisinin olmadığı gösterilmiştir (82, 85). Eğitim düzeyi ile sigara bırakma arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim düzeyi yükseldikçe bırakma oranlarının yükseldiği görülse de istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısı üzerinde etkisinin olmadığı gösterilen çalışmalar olmasına karşın (6,

82, 84) eğitim düzeyi düşük olanlarda sigara bırakma oranının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (35).

Çalışmamızdaki katılımcıların sigaraya en çok başlama nedeni sosyal etki olarak bulunmuştur. Hassoy ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde en sık neden arkadaş ortamı olarak belirtilmiştir (86). Çalışmamızda en sık ikinci neden olan özentî ise Argüder ve arkadaşlarının yayınlamış oldukları çalışmada en sık neden olarak saptanmıştır (87). Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında da sigara kullanmaya başlamanın en sık nedenleri olarak sosyal etki, merak, özentî ve stres gösterilmiştir (82, 86, 87).

Çalışmamızdaki katılımcıların sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması 17 idi. Çalışmamız ile benzer şekilde sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması 14-17 arasında bulunan birçok çalışma bulunmaktadır (82, 86, 88). Çalışmamızda sigara kullanmaya başlama yaşı ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Yapılan diğer çalışmalarda da sigara kullanmaya başlama yaşının, sigara bırakma başarısı üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir (6, 82, 84). Fidan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 15 yaşından önce sigara içmeye başlayan kişilerin sigara bırakma oranı daha düşük bulunmuştur (79).

Çalışmamızda günlük içilen sigara adedi ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde günlük sigara tüketim miktarının sigara bırakma başarısı ile ters orantılı olduğu gösterilmiştir (6, 89). Çalışmamızda sigara içme süresinin (paket/yıl), sigara bırakma başarısı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptanmıştır. Çalışmamız ile benzer şekilde sigara içme süresinin sigara bırakma başarısı üzerine etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (90, 91).

Çalışmamızdaki katılımcıların sigara içme isteğini en sık artıran faktörün çay-kahve olduğu saptanmıştır. Ardından sırasıyla duygusal durumlar ve yemek gelmektedir. Çalışmamızdaki sigara içme isteğini arttıran faktörler literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (6, 79). Sigara içimini arttıran faktörlerin ikili analizlerinde sigara bırakma başarısı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ailede sigara içen birey bulunması ve pasif sigara içiciliği ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Literatürde evde sigara

içilmesinin sigara başarısını olumsuz etkilediğini ve sigara bırakma başarısı üzerine etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar yer almaktadır (6, 84, 89).

Çalışmamızda sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarımızın hemen hemen hepsi daha önceden sigara bırakmayı denemişti ve bunların yaklaşık 4'te 3'ü profesyonel yardım almamıştı. Çalışmamızda önceden sigara bırakmayı deneme ve sigara bırakmayı deneme sayısı ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamız ile benzer olarak literatürdeki çalışmalarda da sigara bırakmayı deneme ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (79, 82). Yaşar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da sigara bırakmayı deneme sayısı ile bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (6). Ancak Prochaska ve arkadaşları tarafından yayınlanan bir çalışmada sigara bırakma deneyimlerinin artması ile sigara bırakma başarısının arttığı bildirilmiştir (92). Sigara bırakma sürecindeki kişiler bir çok engel ile karşılaşmaktadır. Çalışmamızda “aşırı sigara içme isteği”, “sinirlilik-huzursuzluk-stres” ve “iştah-kilo artışı”, sigara bırakma sürecinde en sık karşılaşılan engeller olarak bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar ile karşılaştırıldığında sıralamaları farklı olsa da sık karşılaşılan engeller benzer olarak bulunmuştur (6, 93, 94).

Çalışmamızdaki katılımcıların sigara bırakma nedeni olarak en sık hastalık ve hastalık korkusu saptanmıştır. Diğer bırakma nedenleri sırasıyla iyi örnek olma, doktor önerisi, ekonomik ve çevre baskısıdır. Literatürdeki çalışmalar ile karşılaştırıldığında sık karşılaşılan sigarayı bırakma nedenleri benzer olarak bulunmuştur (87, 93, 95).

Katılımcıların yaklaşık yarısının en az bir kronik hastalığı bulunmaktaydı. En sık kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet görülürken ikinci sıklıkta solunum yolu hastalıkları bulunmaktadır. Çalışmamızda kronik hastalık öyküsü olmayan kullanıcıların sigara bırakma başarısı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Önen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalıkları olan kişilerin sigara bırakma başarısı daha düşük olarak bulunmuştur (96). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan olgular üzerinde yapılan bir çalışmada KOAH'lı olguların sağlıklı sigara içicilerine göre sigarayı daha zor bıraktıkları gösterilmiştir (97). Ancak literatürde kronik hastalık ile bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki saptamayan çalışmalar da vardır (82, 83).

Çalışmamızdaki katılımcıların fagerström skorları ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Çalışmamız ile benzer şekilde literatürdeki çalışmalarda da FNBT ile bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır

(83, 84, 90). Ancak literatürde düşük bağımlılık düzeyi ile sigara bırakma başarısının arttığına dair çalışmalar da bulunmaktadır (82, 94, 98). Bu çalışmalar nikotine fiziksel bağımlılığın artması ile sigara bırakmanın zorlaştığını ve fiziksel bağımlılık düzeyinin tedavi düzenlenmesinde önemli bir rolü olduğunu göstermektedir.

Sigara bırakma sürecinde başarısızlığa yol açan etkenlerden birisi de hastaların sigara bırakma sürecinde kilo alma endişeleridir (99, 100). Pomerleau ve arkadaşları yapmış oldukları bir çalışmada, kişilerin kilo alma kaygılarının sigara bırakmayı denemeyi engelleyebileceğini belirtmişlerdir (101). Çalışmamız ile benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada kilo alma endişesi ile sigarayı bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (102). Kilo alma endişesi ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki saptanmamış olan bir başka çalışmada kilo alma endişesi olan kişilerin sigara bırakma tarihi belirlemede gecikme yaşadığı gösterilmiştir (103). Tuovinen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise kişilerin kilo alma kaygısı olması ile bırakma motivasyonu arasında bir ilişki saptanmamıştır (104). Bir diğer çalışmada ise sigara bırakma sürecinin birinci ayında olan ve kilo alma endişesi bulunan katılımcıların sigara bırakma başarısı daha yüksek olarak bulunmuştur (105). Çalışmamıza katılan katılımcıların %15,5'i sigara bırakma sürecinde kilo alma kaygısı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların ifade ettikleri sigara bırakmayla ilişkili kilo alma kaygılarının sigarayı bırakma başarısı üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır.

Çalışmamıza alınan içicilerin yaklaşık yarısı ilk üç aylık dönemde kilo almıştır. Yalçın ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada sigara bırakma durumlarından bağımsız olarak sigara bırakma tedavisi uygulanan katılımcıların yaklaşık yarısının bir yıllık süre içerisinde kilo aldığı gösterilmiştir (106). Çalışmamız ile benzer şekilde üç aylık sigara bırakma başarısı ve vücut ağırlığı düzeylerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada sigarayı bırakan katılımcılar ile bırakamayan katılımcılar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (107). Katılımcıların ortalama 9 yıl takip edildiği başka bir çalışmada 4 yıldan uzun süredir sigarayı bırakmış olan kişiler ile sigara içenler ve hiç sigara içmeyenler karşılaştırıldığında kilo alımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (108). Bir başka çalışmada bir yıldan uzun süredir sigarayı bırakmış olan kişiler ile sigara içmeyenler karşılaştırıldığında kilo alımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (109).

Katılımcıların bırakma sürecindeki beden ağırlığı değişikliklerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada sigarayı bırakan katılımcıların üçüncü ayda sigarayı bırakmayan katılımcılara göre daha fazla kilo aldıkları saptanmıştır (110). Ülkemizde yapılan bir çalışma

sonucunda sigarayı tamamen veya bir süre bırakan katılımcıların beden ağırlıklarının ve BKİ'lerinin 1 yıllık süreç sonrasında arttığı tespit edilmiştir (106). Katılımcıların ortalama 5 yıl takip edildiği bir çalışmada sigarayı bırakan katılımcıların beden ağırlıklarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (111). Başka bir çalışmada katılımcılar 8 yıl süre ile izlenmiş, sigarayı bırakan katılımcıların beden ağırlığındaki artış, sigarayı bırakmayan katılımcıların beden ağırlığındaki artışa göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (112). Bizim çalışmamızda katılımcıların 3 aylık izlemdeki kilo alma durumları ile sigarayı bırakma başarıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Altmış iki çalışmanın dahil edildiği bir metaanalizde sigara bırakma sürecinin üçüncü ayında katılımcıların yaklaşık 5'te 1'inin kilo verdiği ve en çok kilo alınan dönemin ilk üç ay olduğu belirtilmiştir (113). Benzer şekilde çalışmamızda da 3 aylık sigara bırakma sürecinin sonunda katılımcıların yaklaşık 5'te 1'inin kilo vermiş olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza benzer ülkemizde sigara bırakma sürecinde kilo alma kaygısını sorgulayan ve sigara bırakma sürecinde vücut ağırlığı değişimlerini değerlendiren çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu yönüyle çalışmamızın literatüre katkısı olacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızın verilerinin pandemi döneminde toplanması, kişilerden bazılarının rutin takiplerine düzenli gelmemiş olması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonuçlarımıza göre;

- Sigara bırakma sürecindeki kişilerin yaklaşık yarısı kısa dönemde kilo almıştır.
- Sigara bırakma süreci öncesinde sigarayı bırakma ile ilişkili kilo alma kaygısının olması kişinin sigara bırakma başarısını etkilememektedir.
- Sigara bırakma sürecindeki kişilerin kısa dönemdeki beden ağırlığı değişiklikleri ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki saptanmamıştır.
- Yaşları daha genç ve sigara içme süresi daha az olanlarla kronik hastalık öyküsü olmayan kişilerin sigara bırakma başarısı daha yüksek saptanmıştır.
- Sigara bırakma sürecindeki sigara bırakma ile ilişkili kilo alma kaygılarının ve bırakma sürecindeki beden ağırlığı değişikliklerinin bırakma başarısı üzerine etkilerini değerlendiren daha geniş katılımlı çalışmalara gereksinim vardır.
- Sigarayı bırakmanın bilinen yararları nedeniyle, sigara bırakma sürecinde kilo alma olasılığı hakkında hastalar bilgilendirilmeli, kilo alma kaygısı olan hastalar cesaretlendirilmelidir. Ayrıca tedavinin bireyselleştirilmesi ve aşırı kilo alımından kaçınmak için sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmeye teşvik edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

ÖZET

SİĞARA BIRAKMA SÜRECİNDE HASTALARIN KİLO ALMA DURUMLARI: SİĞARAYI BIRAKMA ÖNÜNDE ENGEL Mİ?

Giriş ve amaç: Ülkemizde, sigara içiciliği prevalans yüksekliğinin nedenlerinden birisi de bırakma oranlarının düşük olmasıdır. Sigara bırakma başarısızlığına yol açan etkenlerden birisi de hastaların sigara bırakma sürecinde kilo alma endişelerinin olması ya da kilo almalarıdır. Çalışmamızdaki amacımız sigara bırakma sürecindeki hastaların kilo alma kaygılarının ve kilo alma durumlarının kısa dönem sigara bırakma başarısı üzerindeki etkisini belirlemektir.

Gereç ve yöntem: İleriye dönük tanımlayıcı-kohort tipteki bu çalışmaya ADÜ aile hekimliği sigara bırakma polikliniğine Haziran 2020-Kasım 2020 tarihleri arasında sigara bırakmak amacıyla başvuran sigara kullanıcıları alındı. Veriler sigara bırakma polikliniği izlem protokolü formu aracılığı ile toplandı. Hastaların ilk geliş, birinci, ikinci ve üçüncü ay ağırlık ölçümleri “Vestel V-fit” elektronik tartı ile yapıldı. Veri analizi SPSS 25.0 paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra sigara bırakma başarısına etki eden değişkenleri belirlemek için ki-kare testi ile ikili analizler yapıldı. Bırakma başarısına etki eden kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare ve Fisher’s exact testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Student t testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Sigara bırakma polikliniğimize altı aylık dönem içinde sigara bırakma desteği için 115 içici başvurdu. Katılımcıların sigaraya başlama yaşı ortalaması $16,9 \pm 5,3$ idi ve günlük ortalama $26,5 \pm 12$ adet sigara içmekteydi; %14,8’i sigara bırakma sürecinde kilo alma kaygısı taşıyordu. Sigara bırakma desteği alan hastalardan 37’si (%32,2) üç aylık izlem sonunda sigara kullanmamaktaydı. İzlem devamsızlığı nedeni ile 44 içicinin ağırlık ölçümleri eksik olduğundan 71 hasta değerlendirmeye alındı. Değerlendirmeye alınan 71 hastanın %52,1’i üç aylık süre içinde kilo almış, %21,1’i kilo vermiş ve %26,8’i aynı kiloda kalmıştı. Üç ayın sonunda sigara kullanmayı bırakanlar ($37,3 \pm 11,6$) bırakmayı başaramayanlara ($41,6 \pm 13,3$) göre daha gençti ($p=0,017$) ve sigara kullanma süreleri daha kısaydı ($29,7 \pm 17,1$ ’e karşılık $23,1 \pm 15,4$ paket/yıl; $p=0,036$). Kronik bir hastalığı olmayanların üç aylık sigara bırakma başarısı (%41,8) olanlara göre (%18,8) daha yüksekti ($p=0,016$). Tüm katılımcılar

üç ayın sonunda başlangıç dönemine göre kilo almışlardı ($p<0,05$) ancak sigarayı bırakanlarla bırakmayanların kilo almaları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Kilo alma kaygısı ve sigara bırakma sürecinde kilo düzeyindeki değişiklikler ile üç aylık bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Sigara bırakma süreci öncesinde sigarayı bırakma ile ilişkili kilo alma kaygısının olması kişinin sigara bırakma başarısını etkilememektedir ve sigara bırakma sürecindeki kişilerin kısa dönemdeki beden ağırlığı değişiklikleri ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki saptanmamıştır. Sigarayı bırakmanın bilinen yararları nedeniyle, sigara bırakma sürecinde kilo alma olasılığı hakkında hastalar bilgilendirilmeli, kilo alma kaygısı olan hastalar cesaretlendirilmelidir. Ayrıca tedavinin bireyselleştirilmesi ve aşırı kilo alımından kaçınmak için sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmeye teşvik edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Sigara kullanımını bırakma; Kilo alma; Kilo alma kaygısı

ABSTRACT

WEIGHT GAIN OF PATIENTS DURING THE SMOKING CESSATION PROCESS: IS IT AN OBSTACLE TO QUITTING SMOKING?

Objective: One of the reasons for the high prevalence of smoking in our country is the low rate of quitting. One of the factors that cause smoking cessation failure is that patients have weight gain concerns or gain weight during the smoking cessation process. Our aim in our study was to determine the effect of weight gain concern and weight gain on short-term smoking cessation success of patients in the smoking cessation process.

Methods: In this prospective descriptive-cohort study, the smokers who applied to the ADU family medicine smoking cessation clinic between June 2020 and November 2020 participated in smoking. Data were collected through the smoking cessation outpatient clinic follow-up protocol form. The weight measurements of the patients at first admission, first, second and third months were made with “Vestel V-fit” electronic scale. Data analysis was done with SPSS 25.0 package program. In addition to descriptive statistics, binary analyzes were performed with the chi-square test to determine the variables affecting the success of smoking cessation. Chi-square and Fisher's exact test were used to compare categorical data affecting quitting success. Student t test and Mann-Whitney U test were used to compare quantitative data.

Results: 115 smokers applied to our smoking cessation outpatient clinic for smoking cessation support in a six-month period. The mean age of onset of smoking of the participants was 16.9 ± 5.3 and they smoked an average of 26.5 ± 12 cigarettes per day; 14.8% of them were concerned about gaining weight during the smoking cessation process. 37 (32.2%) of the patients who received smoking cessation support were non-smokers at the end of the three-month follow-up. Due to the absence of follow-up, 71 patients were evaluated because the weight measurements of 44 smokers were missing. Of the 71 patients included in the evaluation, 52.1% gained weight within three months, 21.1% lost weight and 26.8% remained at the same weight. At the end of 3 months, those who quit smoking were younger (41.6 ± 13.3 vs. 37.3 ± 11.6 ; $p=0.017$) and their duration of smoking was shorter (29.7 ± 17.1 vs. 23.1 ± 15.4 packs/year; $p=0.036$). The three-month smoking cessation success of those without a chronic disease was higher (41.8%) than those who have (18.8%) ($p=0.016$). All

participants gained weight compared to the baseline period at the end of three months ($p < 0.05$), but there was no significant difference between the weight gain of those who quit smoking and those who did not ($p > 0.05$). There was no significant relationship between weight gain concern and changes in weight during the smoking cessation process and success in quitting at three months ($p > 0.05$).

Conclusion: The presence of weight gain concern related to smoking cessation before the smoking cessation process does not affect the quitting success of the person and no relationship was found between the short-term body weight changes of the people who are in the smoking cessation process and the success of smoking cessation. Because of the known benefits of quitting smoking, patients should be informed about the possibility of weight gain during the smoking cessation process, and patients with weight gain concern should be encouraged. We also think that treatment should be individualized and encouraged to maintain a healthy lifestyle to avoid excessive weight gain.

Keywords: Smoking cessation; weight gain; weight gain concern

KAYNAKLAR

1. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews. 2016(5).
2. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. Onor IO, Stirling DL, Williams SR, Bediako D, Borghol A, Harris MB, et al. Clinical effects of cigarette smoking: epidemiologic impact and review of pharmacotherapy options. International journal of environmental research and public health. 2017;14(10):1147.
4. Substance A, Mental HSAU, General OotS. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. 2020.
5. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER Paketi, Ankara, 2008 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43888/9789241596633_tur.pdf?sequence=5, Erişim Tarihi: 15.11.2020.
6. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. One-year follow-up results of smoking cessation outpatient clinic: factors affecting the cessation of smoking. Eurasian J Pulmonol. 2014;16(2):99-104.
7. Germeroth LJ, Levine MD. Postcessation weight gain concern as a barrier to smoking cessation: Assessment considerations and future directions. Addictive behaviors. 2018;76:250-7.
8. Bush T, Lovejoy JC, Deprey M, Carpenter KM. The effect of tobacco cessation on weight gain, obesity, and diabetes risk. Obesity. 2016;24(9):1834-41.
9. Audrain-McGovern J, Benowitz N. Cigarette smoking, nicotine, and body weight. Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2011;90(1):164-8.
10. Biedermann L, Zeitz J, Mwinyi J, Sutter-Minder E, Rehman A, Ott SJ, et al. Smoking cessation induces profound changes in the composition of the intestinal microbiota in humans. PloS one. 2013;8(3):e59260.
11. Komiyama M, Wada H, Ura S, Yamakage H, Satoh-Asahara N, Shimatsu A, et al. Analysis of factors that determine weight gain during smoking cessation therapy. PloS one. 2013;8(8):e72010.

12. Blum K, Liu Y, Shriner R, S Gold M. Reward circuitry dopaminergic activation regulates food and drug craving behavior. *Current pharmaceutical design*. 2011;17(12):1158-67.
13. Veldheer S, Yingst J, Zhu J, Foulds J. Ten-year weight gain in smokers who quit, smokers who continued smoking and never smokers in the United States, NHANES 2003–2012. *International journal of obesity*. 2015;39(12):1727-32.
14. Otan H, Apti R. Tütün. 1 inci baskı. İzmir: ETAEM yayını, 1989: 9.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin). Ankara; 2010.
16. Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu Yayınları, 1979: 2-5.
17. M. Onat Çakıt, İsmail Arslan. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. *Türkiye Klinikleri J FamMed-Special Topics* 2016;7(5):1-4.
18. World Health Organization. The History of Tobacco. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf> (erişim tarihi 16.11.2020).
19. Hanafin J, Clancy L. History of tobacco production and use. *The Tobacco Epidemic*. 42: Karger Publishers; 2015. p. 1-18.
20. Benedict C. Golden-Silk smoke: A history of tobacco in China, 1550–2010: Univ of California Press; 2011.
21. Okulu TEY. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını. 1978:9-18.
22. Türkiye'de Tütünün Tarihçesi. [http://www.tutuneksper.org.tr/files/turkiye-ve-dunyada-tutun/Dunyada Tutun.pdf](http://www.tutuneksper.org.tr/files/turkiye-ve-dunyada-tutun/Dunyada_Tutun.pdf) (erişim tarihi: 16.11.2020).
23. Öztürk S. Osmanlı İmparatorluğu'nda Kamusal Alanın Dinamikleri. *Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*. 2005;21:95-124.
24. Şuben M. Tütün Fabrikasyonu. 1.baskı. İstanbul: TEYO yayını, 1989:9-33.
25. Atam Taşdemir Z. Tütün Ürünleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):27-31.
26. Amtha R, Razak IA, Basuki B, Roeslan BO, Gautama W, Puwanto DJ, et al. Tobacco (kretek) smoking, betel quid chewing and risk of oral cancer in a selected Jakarta population. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(20):8673-8.
27. Kozlowski LT, Pillitteri JL. Beliefs about “Light” and “Ultra Light” cigarettes and efforts to change those beliefs: an overview of early efforts and published research. *Tobacco Control*. 2001;10(suppl 1):i12-i6.

28. Kabbani N. Not so Cool? Menthol's discovered actions on the nicotinic receptor and its implications for nicotine addiction. *Frontiers in Pharmacology*. 2013;4:95.
29. Yılmaz A. Türkiye de tömbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi. Ankara: TAPDK. 2006.
30. O'leary T, Grizeau-Clemens D. World No Tobacco Day 2006, Prevention and Control; 2 (1): 57-8.
31. Reddy SS, Prashanth R, Devi BY, Chugh N, Kaur A, Thomas N. Prevalence of oral mucosal lesions among chewing tobacco users: A cross-sectional study. *Indian Journal of Dental Research*. 2015;26(5):537.
32. Murphy SE, Carmella SG, Idris AM, Hoffmann D. Uptake and metabolism of carcinogenic levels of tobacco-specific nitrosamines by Sudanese snuff dippers. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 1994;3(5):423-8.
33. Lazarus P, Idris A, Kim J, Calcagnotto A, Hoffman D. p53 mutations in head and neck squamous cell carcinomas from Sudanese snuff (toombak) users. *Cancer Detection & Prevention*. 1996;20(4):270-8.
34. Idris AM, Ibrahim SO, Vasstrand EN, Johannessen AC, Lillehaug J, Magnusson B, et al. The Swedish snus and the Sudanese toombak: are they different? *Oral oncology*. 1998;34(6):558-66.
35. WHO Tobacco Fact Sheet. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (erişim tarihi: 21.11.2020).
36. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2019.
37. Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. *Tütün ve Tütün Kontrolü* (Eds AZ Aytemur, S Akçay, O Elbek). 2011:21-3.
38. Bakanlığı TS. GATS 2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. Ankara; 2010.
39. Bakanlığı TS. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın. 2014(948).
40. Örsel O. Tütün İçeriği, Farmakokinetiği ve Tütün Ürünleri. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, eds. *Tütün ve Tütün Kontrolü*. Toraks Kitapları. İstanbul: Aves Yayıncılık; 2010.
41. Talhout R, Schulz T, Florek E, Van Benthem J, Wester P, Opperhuizen A. Hazardous compounds in tobacco smoke. *International journal of environmental research and public health*. 2011;8(2):613-28.

42. Humans IWGotEoCRt, Organization WH, Cancer IAFRo. Tobacco smoke and involuntary smoking: Iarc; 2004.
43. Smoke T, Smoking I. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. IARC, Lyon. 2004;1-1452.
44. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research: World Health Organization; 1993.
45. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Ankara; 2014.
46. Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine. Pharmacol Rep. 2005;57(2):143-53.
47. Kayaalp SO. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji: Hacettepe Taş Kitapçılık Limited şti.; 2005.
48. Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;5(14).
49. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
50. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, FAGERSTROM KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British journal of addiction. 1991;86(9):1119-27.
51. Sağlam L. Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2017;4(1):78-89.
52. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 2004;52(2):115-21.
53. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS medicine. 2006;3(11):e442.
54. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks dergisi. 2006;7(1):51-64.
55. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins and Cotran pathologic basis of disease, professional edition e-book: Elsevier health sciences; 2014.
56. Grippi MA, Elias JA, Fishman J, Kotloff RM, Pack AI, Senior RM, et al. Fishman's pulmonary diseases and disorders: McGraw-Hill Education; 2015.

57. Andreotti G, Freedman ND, Silverman DT, Lerro CC, Koutros S, Hartge P, et al. Tobacco use and cancer risk in the Agricultural Health Study. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2017;26(5):769-78.
58. Burke GM, Genuardi M, Shappell H, D'Agostino Sr RB, Magnani JW. Temporal associations between smoking and cardiovascular disease, 1971 to 2006 (from the Framingham Heart Study). *The American journal of cardiology*. 2017;120(10):1787-91.
59. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
60. Hassan MM, Spitz MR, Thomas MB, El-Deeb AS, Glover KY, Nguyen NT, et al. Effect of different types of smoking and synergism with hepatitis C virus on risk of hepatocellular carcinoma in American men and women: Case-control study. *International journal of cancer*. 2008;123(8):1883-91.
61. on Smoking O, Control CfD, Prevention. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the surgeon general. 2010.
62. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Gürsoy ŞT. Çevresel tütün dumanının önlenmesinde etkili tek strateji:% 100 dumansız ortamlar. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2009(1):45-53.
63. TUĞCU GD. Çocuktan Erişkine Sigara Maruziyeti. *Türkiye Klinikleri Çocuk Göğüs Hastalıkları-Özel Konular*. 2020;1(1):73-7.
64. BÜLBÜL HS, CEYHUN G. Pasif sigara içiciliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2006;10(3):123-8.
65. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. The Tobacco Atlas 3rd Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; Bookhouse Group. Inc; 2009.
66. Harris KK, Zopey M, Friedman TC. Metabolic effects of smoking cessation. *Nature Reviews Endocrinology*. 2016;12(5):299-308.
67. Özçiçek F, Bilen H, Yıldız G, Özçiçek A, Ünüvar N, Yılmaz A. Sigaranın bırakılmasından sonra görülen kilo alımı ile serum leptin düzeyleri arasındaki ilişki. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;29(4):141-48.
68. AKMAN M, ÇİFÇİLİ SS. Sigara bırakma tedavileri: derlemeleri temel alan bir derleme. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular*. 2010;1(4):54-62.

69. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi. Ankara; 2013.
70. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*. 1982;19(3):276.
71. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*. 2002;121(3):932-41.
72. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.
73. Mottillo S, Filion KB, Belisle P, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European heart journal*. 2009;30(6):718-30.
74. Hezer H. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Bupropion. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):108-13.
75. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J, et al. Varenicline: an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *Journal of medicinal chemistry*. 2005;48(10):3474-7.
76. Uzaslan E. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Vareniklin. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2016. 4(1):p.114-117.
77. Cerimele JM, Durango A. Does varenicline worsen psychiatric symptoms in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder? A review of published studies. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73(8):1039-47.
78. Tobacco TCPGT. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. *American journal of preventive medicine*. 2008;35(2):158-76.
79. FİDAN F, Ebru P, SEZER M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2005;6(3):27-34.
80. Selçuk E.B., Kayhan Tetik B. Sigara bırakma başarısı üzerine etki eden faktörler, başarı ölçütleri. *Türkiye Klinikleri J FamMed-Special Topics*; 2016; 7(5), s. 69-73.
81. Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilsenan AW, Coste F, West R. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive behaviors*. 2009;34(4):365-73.

82. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kiliç H, Er M, Hasanoglu HC, et al. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler/Factors Affecting the Success of Smoking Cessation. *Türk Toraks Dergisi*. 2013;14(3):81.
83. Berkeşoğlu Ç, Özgür ES, Demir AU. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;11(3):355-65.
84. KANATSIZ B, BAŞLILAR Ş, ŞAYLAN B, ALBAY A, UÇAK BASAT S. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler ve Medikal Tedavilerin Değerlendirilmesi. *Eurasian Journal of Family Medicine*. 2017;6(2):65-71.
85. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2005;53(4):354-61.
86. Hassoy H, Ergin I, Davas A, Durusoy R, Karababa AO. Sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinde sigara, nargile, sarma tütün kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve öğrencilerin sigara, nargile, sarma tütüne başlama ve sürdürme konusundaki görüşleri. *Solunum Dergisi*. 2011;13(2):91-9.
87. ARGÜDER E, HASANOĞLU HC, KARALEZLİ A, KILIÇ H. Sigara bırakmaya eğilimi artıran faktörler. *Tuberk Toraks*. 2012;60(2):129-35.
88. Ceylan E, Yanık M, Gencer M. Harran Üniversitesi'ne kayıt yaptıran öğrencilerin sigaraya karşı tutumlarını etkileyen faktörler. *Toraks dergisi*. 2005;6(2):144-50.
89. Lesueur FE-K, Bolze C, Melchior M. Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study. *Addictive behaviors*. 2018;80:110-5.
90. Mutlu P, Yıldırım BB, Açıkmeşe B. İkinci Basamak Kamu Hastanesinde Hizmet Veren Sigara Bırakma Polikliniğinde Alınan Sonuçlar. *İstanbul Med J* 2015;16:145-148. 2015.
91. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respiratory medicine*. 2005;99(10):1303-10.
92. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross JC. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive behaviors*. 1985;10(4):395-406.
93. Ünüvar EM, Dişçigil G. Smoking cessation attempts and associated factors with success—Medical students sample. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2017;8(3):57-65.
94. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2012;42(3):515-22.

95. Eroğlu SA. İstanbul'da genel bir devlet hastanesinde çalışanların sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. *İst Med J.* 2013;14:170-4.
96. Onen ZP, Sen E, Oztürk A, Acıcan T, Saryal S, Karabıyıkoglu G. Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates. *Tüberkuloz ve toraks.* 2010;58(4):385-92.
97. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdinç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks dergisi.* 2006;54(1):43-50.
98. West R, Evins AE, Benowitz NL, Russ C, McRae T, Lawrence D, et al. Factors associated with the efficacy of smoking cessation treatments and predictors of smoking abstinence in EAGLES. *Addiction.* 2018;113(8):1507-16.
99. Landrau-Cribbs E, Cabriaes JA, Cooper TV. General and smoking cessation weight concern in a Hispanic sample of light and intermittent smokers. *Addictive Behaviors.* 2015;41:29-33.
100. Martin RA, Cassidy RN, Murphy CM, Rohsenow DJ. Barriers to quitting smoking among substance dependent patients predict smoking cessation treatment outcome. *Journal of substance abuse treatment.* 2016;64:7-12.
101. Pomerleau CS, Zucker AN, Stewart AJ. Characterizing concerns about post-cessation weight gain: results from a national survey of women smokers. *Nicotine & Tobacco Research.* 2001;3(1):51-60.
102. Fidancı İ, Arslan İ, Tekin O, Gümüş E. Sigara Bırakma Başarısında; Çay, Kahve, Alkol İçme Alışkanlıklarının, Kilo Alma Korkusunun ve Tedavi Yöntemlerinin Rolü. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi.* 2016;8(2).
103. Pánková A, Králíková E, Štěpánková L, Zvolska K, Bortlíček Z, Bláha M, et al. Weight concerns associated with delay in quit date but not treatment outcomes: A Czech Republic experience. *Nicotine and Tobacco Research.* 2017;20(1):89-94.
104. Tuovinen E-L, Saarni SE, Kinnunen TH, Haukkala A, Jousilahti P, Patja K, et al. Associations of weight concerns with self-efficacy and motivation to quit smoking: A population-based study among Finnish daily smokers. *Nicotine & Tobacco Research.* 2014;17(9):1134-41.
105. Baha M, Le Faou A-L. Perceived risks to smoking cessation among treatment-seeking French light smokers. *Preventive medicine.* 2013;57(4):372-6.
106. Yalçın BM, Yalçın E, Ünal M. Sigarayı Bırakan Kişilerin Bir Yıl İçinde Aldıkları Diyet ve Egzersiz Önerilerine Uyumları, Kilo ve Beden Kitle İndekslerindeki Değişiklikler. 2019.

107. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, et al. Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama*. 2006;296(1):47-55.
108. Clair C, Rigotti NA, Porneala B, Fox CS, D'Agostino RB, Pencina MJ, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *Jama*. 2013;309(10):1014-21.
109. Wannamethee SG, Shaper AG, Perry IJ. Smoking as a modifiable risk factor for type 2 diabetes in middle-aged men. *Diabetes care*. 2001;24(9):1590-5.
110. Levine MD, Perkins KA, Kalarchian MA, Cheng Y, Houck PR, Slane JD, et al. Bupropion and cognitive behavioral therapy for weight-concerned women smokers. *Archives of Internal Medicine*. 2010;170(6):543-50.
111. Tian J, Venn A, Otahal P, Gall S. The association between quitting smoking and weight gain: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obesity reviews*. 2015;16(10):883-901.
112. Lycett D, Munafò M, Johnstone E, Murphy M, Aveyard P. Associations between weight change over 8 years and baseline body mass index in a cohort of continuing and quitting smokers. *Addiction*. 2011;106(1):188-96.
113. Aubin H-J, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *Bmj*. 2012;345.

EKLER

Ek 1: Sigara bırakma polikliniği izlem protokol formu

ADÜ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI TÜTÜN KULLANIMINI BIRAKMA POLİKLİNİĞİ İZLEM PROTOKOLÜ

Ad Soyad:

Dosya No:

Görüşme tarihi:

İletişim bilgileri:

Görüşmeyi yapan doktor:

Danışman öğretim üyesi:

Geliş nedeni: (1) Sigarayı bırakma (2) Diğer

Bize nasıl ulaştınız?

1. Yaş:

2. Cinsiyet: (1) K (2) E

3. Boy: Kilo: BKİ:

4. Medeni durumu:

(1) Evli (2) Bekar (3) Diğer (.....)

5. Mesleği:

(1) Öğrenci (2) Memur (3) İşçi (4) Çiftçi

(5) Serbest çalışan (6) Ev hanımı (7) Çalışmıyor – işsiz/düzensiz işler

6. Gelir düzeyi (ailenin geliri):

(1) Aylık 2000 TL'nin altında

(2) Aylık 2000 – 5500 TL arasında

(3) Aylık 5500 TL'nin üzerinde

7. Eğitim düzeyi:

(1) 9 yıldan az (2) 9-12 yıl (3) 12 yıldan fazla

8. Sağlık güvencesi var mı?

(1) Yok (2) Var (SGK, Yeşil kart)

9. Oturduğu yer:

(1) Kentsel bölge (>10.000) (2) Kırsal bölge (<10.000)

10. Sigara içmeye başlama yaşı:

11. Sigara içmeye başlama nedeni:

(1) Sosyal etki (2) Kendini kanıtlama (3) Merak (4) Özenti (5) Stres
(6) Diğer

(.....)

12. Şimdiki sigara kullanma nedenleri

13. Güncel sigara içme durumu (adet/gün):

14. Sigara içme süresi (paket/yıl):

15. Ailede sigara içen: (1) Yok (2) Var

16. Pasif sigara içiciliği: (1) Yok (2) Var

17. Daha önceki bırakma denemeleri:

(1) Yok (2) Var

Kaç kere? (...) En yakın deneme tarihi (.....) Yardım almış mı?
(.....)

18. Daha önce hiç bırakmayı düşündünüz mü? (A) Hayır (B) Evet

19. Bıraktığınızda kilo alma kaygınız var mı? (A) Hayır (B) Evet

20. Yoksunluk belirtileri - Olumsuz bırakma deneyimleri ve engeller:

(1) Güçlük (2) Sinirlilik (3) Kilo alımı (4) Aşırı sigara isteği
(5) Ağız yarası (6) Baş ağrısı (7) İştah artışı (8) Kabızlık (9) Uyku
bozukluğu (10) Evde sigara içen (11) İşyerinde sigara içen (12)
Konsantrasyon eksikliği (13) Diğer
(.....)

21. Sigara içme isteğini arttıran faktörler:

(1) Çay-kahve (2) Yemek (3) Stres (4) Anksiyete (5) Depresyon
(6) Diğer

(.....)

22. Sigarayı bırakma talebi:

(1) Kendi isteği (2) Ailenin yönlendirmesi (3) Sevkle

23. Sigarayı bırakma nedeni (kendi isteği ile gelenler):

- (1) Doktor önerisi (2) Hastalık korkusu (3) Hastalık (4) Çevre baskısı
(5) İyi örnek (6) Ekonomi (7) Diğer
(.....)

25. Bırakma Kararlılığı:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26. Bağımlılık tipleri ve düzeyi?

27. Sigara hasta için ne anlam ifade ediyor?

28. Hastanın farkındalık düzeyi nedir?

29. Sigarayı hala ne için kullanıyor?

30. Sigarayı neden bırakmak istiyor?

31. Sosyal desteği var mı?

32. Sigara içmesine yol açan tetikleyiciler/bırakmasının önündeki engeller?

33. Bizden beklentileri neler? Yapabileceklerimiz ile ilgili düşüncesi/algısı nedir?

34. Alkol kullanımı: (1) Yok (2) Var (A) <26-30 gr/gün (B) > 26-30gr/gün

35. Madde kullanımı: (1) Yok (2) Var

36. Kronik hastalık varlığı:

- (1) Yok (2) Var (HT, KOAH, Astım, DM, Kanser, KVK,
Diğer.....)

37. Epilepsi-nöbet-kafa travması öyküsü

(1) Yok (2) Ailede var (3) Kendinde var

38. Sürekli ilaç kullanımı: (1) Yok (2) Var
(.....)

39. Ruhsal durum:

Ruhsal durum muayenesi:

Duygu durum:

Düşünce içeriği:

Uyku:

Psikotik bulgular:

Ruhsal hastalık öyküsü:

Beden algısı:

Antidepresan vb ilaç kullanımı:

40. Aile öyküsü: a) KOAH/Astım, KVVH Kanser
(.....)

b) Diğer(.....)

41. Evreleme: (1) Düşünmeme (2) Düşünme (3) Hazırlanma (4) Deneme (5) Sürdürme

42. Eylem: (1) Bırakma desteği (2) Evre atlama, motivasyon

43. Destek tedavisi

(1) Davranışçı yaklaşım (2) NRT (3) Bupropion (4) Vareniklin

44. Hastaya nasıl yardımcı olabiliriz. Yönetim planımız nedir?

LABORATUVAR

SFT: FEV₁: FEV₁/FVC:

Obstrüksiyon: (1) Yok (2) Var (hafif orta ağır çok ağır)

PAAC grafisi: CO düzeyi:

FGS PUANI:

PSİKİYATRİ KONS. SONUCU:

İLK GÖRÜŞME SONUCU VE KARAR:

İzlem Takvimi ve Sonuçları:

Bırakma günü: Görüşme + CO ölçümü:

.....
.....
.....
.....

1.hafta: Görüşme + CO ölçümü:

.....
.....
.....
.....

15. gün: Görüşme+CO ölçümü:

.....
.....
.....
.....

22. gün: Görüşme+CO ölçümü:

.....

.....

.....

.....

1.ay: Görüşme + Kilo ölçümü ve Beden algısı + CO ölçümü:

.....

.....

.....

.....

2.ay: Görüşme + Kilo ölçümü ve Beden algısı + CO ölçümü:

.....

.....

.....

.....

3.ay: Görüşme + Kilo ölçümü ve Beden algısı + CO ölçümü:

.....

.....

.....

.....

6. ay: Görüşme + CO ölçümü:

.....

.....

.....

.....

1.yıl: Görüşme + CO ölçümü:

.....

.....

.....

.....

SONUÇ

1. Başarılı (1 yıl tütünsüzlük)
2. Başarısız (ilk yıl içinde yeniden başlama)

Sorunlar:

Ek 2: Sigara içme yoğunluk indeksi

SİGARA İÇME YOĞUNLUK İNDEKSİ (SİYİ)

1. Günüñ ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- A. İlk 5 dakika içinde (3 puan)
- B. 6-30 dakika içinde (2 puan)
- C. 31-60 dakika içinde (1 puan)
- D. 1 saatten sonra (0 puan)

2. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- A. 31 ve daha fazla (3 puan)
- B. 21-30 adet (2 puan)
- C. 11-20 adet (1 puan)
- D. 10 ve daha az (0 puan)

Sorulara verilen yanıtlara göre:

(0-3) Düşük bağımlılık

(4-6) Yüksek bağımlılık

Ek 3: Fagerström nikotin bağımlılık testi

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ (FNBT)

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
 - A. İlk 5 dakika içinde (3 puan)
 - B. 6-30 dakika içinde (2 puan)
 - C. 31-60 dakika içinde (1 puan)
 - D. 1 saatten sonra (0 puan)
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
 - A. Evet (1 puan)
 - B. Hayır (0 puan)
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
 - A. Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
 - B. Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - A. 31 ve daha fazla (3 puan)
 - B. 21-30 adet (2 puan)
 - C. 11-20 adet (1 puan)
 - D. 10 ve daha az (0 puan)
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
 - A. Evet (1 puan)
 - B. Hayır (0 puan)
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?
 - A. Evet (1 puan)
 - B. Hayır (0 puan)

Sorulara verilen yanıtlara göre:

- (0-2) Çok hafif bağımlılık
(3-4) Hafif bağımlılık
(5) Orta derecede bağımlılık
(6-7) İleri derecede bağımlılık
(8-10) Çok ileri derecede bağımlılık olarak değerlendirilmektedir.

Ek 4: Etik kurul onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 29/04/2020-E.24686



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Okay BAŞAK
Anabilim Dalı Başkanı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.04.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamızla ilgili alınan 12 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR :12

Protokol No: 2020/72
Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Okay BAŞAK
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Okay BAŞAK'ın "Sigara bırakma sürecinde hastaların kilo alma durumları : Sigarayı bırakma önünde engel mi?" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerçekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Bununla birlikte Covid 19 pandemisi nedeniyle bu dönemde yapılacak çalışmalarda sosyal mesafe kuralına dikkat edilerek çalışmanın yürütülmesi uygun olacaktır.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.