



**T.C.**

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**2002-2018 YILLARI ARASINDA  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ  
SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN  
HASTALARDA SİGARA BIRAKMA ORANI VE  
ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER**

**Dr. Esra TAŞ  
UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır**

**SIVAS**

**2019**



**T.C.**

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**2002-2018 YILLARI ARASINDA  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ  
SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN  
HASTALARDA SİGARA BIRAKMA ORANI VE  
ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER**

**Dr. Esra TAŞ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Olarak Hazırlanmıştır**

**Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL  
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ**

**SİVAS**

**2019**

## ONAY SAYFASI

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

İMZA

Üye: Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL

Üye: Yrd. Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA

Üye: Yrd. Doç. Dr. Nagihan YILDIZ ÇELTEK

Bu tez, .....tarih ve ..... Sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

...../...../2019  
Tıp Fakültesi Dekanı  
Prof. Dr. İlhan ÇETİN



Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010 / 1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Bu tez bu yönetmelik hükümlerine göre yazılmıştır.

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime başladığım günden itibaren iyi bir eğitim almam için çaba sarf eden, bilgi ve desteklerini esirgemeyen, *tezimin her aşamasında emeği bulunan, saygıdeğer hocam Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL' e,*

*Uzmanlık eğitimim süresince her zaman bilgi, beceri ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocam, Dr. Öğr. Üyesi Sanem NEMMEZİ KARACA' ya,*

*Değerli vaktini bana ayıran saygıdeğer Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Dr. Öğr. Üyesi Ziynet ÇINAR' a,*

Tüm rotasyonlarım boyunca birlikte çalışma şansı bulduğum, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım hocalarıma, uzman doktorlarımıza, asistan arkadaşlarıma, hemşirelerimize ve personellerimize,

Tez sürecimde moral ve motivasyon desteği veren değerli asistan arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim canım annem, babam ve kardeşlerime

Hayatımı daha eğlenceli hale getiren, *yüzümü güldüren canım oğluma,*

*Tezimi hazırlarken yorgunluğumu unutturup bana anlayış gösteren ve beni teşvik eden diğer yarım, sevgili eşim, hayat arkadaşım,*

*teşekkür ederim...*

## ÖZET

### 2002-2018 YILLARI ARASINDA CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA SİĞARA BIRAKMA ORANI VE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER

**Dr. Esra TAŞ, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Sivas, 2019**

Çalışmamız sigarayı bırakmak için 2002-2018 yılları arasında polikliniğimize başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerini karşılaştırmak, sigara bırakmada etkili olan faktörleri incelemek, kullanılan tedavi yöntemlerinin başarı oranlarını ve polikliniğimizdeki sigara bırakma oranlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Ocak 2002-Mayıs 2018 yılları arasında polikliniğimize başvurmuş olan hastaların içinden 584 hasta çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik özellikleri, sigara içme durumları, Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi ve kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Olguların tedavi sonrası ve şu anki sigara içme durumları İstatistiksel analiz Statistical Package for Social Sciences Version 23.0 (SPSS-23.0) programı kullanılarak değerlendirildi.

Değerlendirilen 584 hastanın 110'u (%18,8) kadın, 474'ü (%81,2) erkek, 432'si (%74) evli, 152'si (%26) bekar. Yaş ortalaması  $35.9 \pm 10.47$  yıldır. Hastaların verilen tedaviyle elde edilen 1 haftalık bırakma oranı %39.9, 1-3 aylık bırakma oranı %35.6, 3-6 aylık bırakma oranı %27.5, 6 ay-1 yıllık bırakma oranı %20.7, 1 yıl üzeri bırakma oranı %17.6 ve bırakma durumu halen devam edenlerin oranıysa %10.6 olarak belirlendi. Cinsiyet, başvuru yaşı, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, Fagerström nikotin bağımlılık testi skoru ve sigaraya başlama yaşı ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark izlenmedi. Eğitim durumuyla sigara bırakma ilişkisine bakıldığında üniversite mezunu olanların ilkökul ve ortaokul mezunlarına göre daha yüksek oranda (%47.3) sigarayı bıraktıkları görüldü ( $p=0,047$ ).

Olguların sigara bırakma durumları aldıkları tedaviye göre karşılaştırıldığında Vareniklin başlanan hastaların diğer hastalara göre sigara bırakma başarısı (%47,6) anlamlı yüksek bulundu ( $p=0,014$ ). Verilen tedavi ile sigarayı bıraktıktan sonra bırakmayı devam ettirme süreleri arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamsızdı. Hastaların verilen tedaviyi kullanma sürelerine bakıldığında NRT tedavisi verilenlerin

daha yüksek oranda (%34) ilacı kullanmadığı görüldü. Verilen tedaviyi kullanma süreleriyle bırakma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde tedaviyi kullanma süresi 1 aydan uzun olan hastaların daha yüksek oranda (%38,4) sigarayı bıraktıkları tespit edildi(p=0,001).

Polikliniğimize başvurup sigarayı bırakan 233 hastanın tedavi kullanım süreleri ile sigarayı bırakma devamlılığı arasındaki ilişki incelendiğinde ilaç kullanmayarak sadece motivasyonel görüşmeyle sigarayı bırakanların 6 ay içinde tekrar başlama oranlarının daha düşük olduğu tespit edildi(p=0,01). Telefonla aranma sayıları 3-4 kez ve 4 üzerinde olanların bırakma oranları anlamlı olarak yüksek bulundu(p=0,001). Hastaların bırakma sürecinde kimden destek aldıklarıyla sigara bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, aileden destek alanların sigarayı bıraktıktan sonra temiz kalma sürelerinin daha yüksek olduğu görüldü(p=0,035). Düzenli spor ve alkol kullanımı ile sigarayı bırakma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde ise farklılık istatistiksel olarak anlamsızdı. Yanında sigara içilmeyen hastaların şu anki sigara içme oranının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az olduğu görüldü (p=0,009).

Polikliniğimize başvurduktan sonra tedaviyle sigarayı bırakan 233 hastadan 171'inin tekrar sigaraya başladığı öğrenildi. Bu hastaların en sık stres (%51,8) nedeniyle ve ilk 6 ayda (%66,2) tekrar sigaraya başladığı görüldü. Sigarayı bırakamayan veya bıraktıktan sonra tekrar başlayanlardan 290'ının kendi başına veya destek alarak tekrar sigara bırakma girişiminde bulunduğu tespit edildi.

Sigara bırakma ilaçlarının ücretsiz verilmesi, sigara bırakma konusunda profesyonel destek alma oranlarını önemli oranda arttırmıştır. Bırakma ilaçları hakkında daha fazla insan haberdar olmuş, bırakma denemesi yapan kişi sayısı artmıştır. Benzer kampanyaların artması, sigara bırakma denemelerini ve başarılarını da arttıracaktı

**Anahtar Kelimeler:** Tütün, bağımlılık, sigara bırakma polikliniği, bırakma oranı

**ABSTRACT**  
**SMOKING CESSATION RATE AND EFFECTIVE FACTORS IN PATIENTS**  
**ADMITTED TO THE SMOKING CESSATION POLİCLİNİC OF**  
**CUMHURİYET UNIVERSITY MEDICAL FACULTY HOSPİTAL**  
**BETWEEN 2002-2018**

*Esra TAŞ MD, Cumhuriyet University, School of Medicine, Department of Family Medicine, Sivas, 2019*

The aim of this study was to compare the socio-demographic characteristics of the patients who applied to our outpatient clinic between 2002 and 2018, to examine the factors effective in smoking cessation, and to evaluate the success rates of the treatment methods and the smoking cessation rates in our outpatient clinic.

584 patients who were admitted to our outpatient clinic between January 2002 and May 2018 were included in the study. Demographic characteristics, smoking status, Fagerstrom nicotine dependence level and drugs used were recorded. Statistical analysis was performed using SPSS version 23.0 (SPSS-23.0).

Of the 584 patients evaluated, 110 (18.8%) were female, 474 (81.2%) were male, 432 (74%) were married and 152 (.26%) were single. The mean age was  $35.9 \pm 10.47$  years. Yaş ortalaması  $35,9 \pm 10,47$  yıldır. 1 week quit rate was 39.9%, 1-3-quit rate was 35.6%, 3-6-quit rate was 27.5%, 6-quit rate was 20.7%, 1-year cessation rate was 17.6% and cessation rate was 10.6%. Gender, age at admission, marital status, number of children, occupational Fagerström nicotine dependence test score and the relationship between smoking start age and smoking cessation status were not significantly different. It was seen that university graduates quit smoking at a higher rate (47.3%) than primary and secondary school graduates ( $p = 0.047$ ).

When the smoking cessation status of the patients were compared according to the treatment they received, the success rate of smoking cessation (47.6%) was significantly higher in patients who started varenicline ( $p = 0.014$ ). The relationship between the treatment given and the duration of quitting after quitting was statistically insignificant. When the duration of use of the patients was examined, it was seen that those who were given NRT treatment di The relationship between the treatment given



and the duration of quitting after quitting was statistically insignificant. d not use the drug at a higher rate (34%). When the relationship between the duration of use of the given treatment and cessation status was examined, it was found that the patients who had a treatment duration longer than 1 month (38.4%) quit smoking ( $p = 0.001$ ).

When the relationship between the duration of treatment and the continuation of smoking cessation of 233 patients who applied to our outpatient clinic and quit smoking was examined, it was found that those who quit smoking only by motivational interviewing and did not use medication had a lower rate of resumption within 6 months ( $p = 0.01$ ). Cessation rates were significantly higher in patients with a telephone call number of 3-4 times and above 4 ( $p = 0.001$ ). While there was no statistically significant difference between the patients who received support during the cessation process and their smoking cessation status, it was seen that the supporters from the family were found to have a longer time to stay clean after quitting smoking ( $p = 0.035$ ). When the relationship between regular sports and alcohol use and smoking cessation was examined, the difference was not statistically significant. The current smoking rate of non-smoking patients was found to be statistically significantly lower. ( $p = 0.009$ ).

It was learned that 171 of 233 patients who quit smoking with treatment after applying to our outpatient clinic started smoking again. It was seen that these patients started smoking again most frequently due to stress (51.8%) and in the first 6 months (66.2%). It was found that 290 of those who could not quit or resumed after smoking cessation attempted to quit smoking on their own or with support.

The free administration of smoking cessation drugs significantly increased the rate of professional support for smoking cessation. More people have been informed about cessation drugs and the number of people who have tried to cessation has increased. Increasing similar campaigns will also increase smoking cessation attempts and success.

**Keywords:** Tobacco, dependence, smoking cessation clinic, release rate

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>1</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>2</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi .....	3
2.2.Tütünün Kullanım Şekilleri.....	5
2.3. Sigara Epidemiyolojisi .....	5
2.4. Sigaranın İçeriği .....	7
2.5. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri .....	9
2.5.1.Kanserler .....	9
2.5.2.Solunum Sistemi Hastalıkları.....	9
2.5.3.Kardiyovasküler Hastalıklar.....	10
2.5.4.Gebelikte Sigara İçilmesine Bağlı Hastalıklar .....	10
2.5.5.Diğer.....	10
2.6.Pasif İçicilik.....	11
2.7. Nikotin Bağımlılığı.....	11
2. 8. Sigara Bıraktıktan Sonra Yaşanabilecek Sorunlar .....	12
2.8.1. Nikotin Yoksunluk Sendromu.....	12
2.8.2. Rekürren Aftöz Stomatit .....	13
2.8.3. Kilo Alma .....	14
2.8.4. Depresyon.....	14
2. 9. Sigara Bırakmanın Faydaları.....	14
2. 10.Tütün Kontrolü .....	15
2. 11. Sigara İçen Hastaya Yaklaşım.....	16
2.11.1.Bırakmanın Düşünülmediği Evre .....	17
2.11.2Bırakmanın Düşünüldüğü Evre .....	17
2.11.3.Bırakmaya Hazırlanılan Evre .....	17
2.11.4.Bırakmanın Denendiği Evre.....	18

2.11.5.Bırakmayı Sürdürme .....	18
2.12. Sigara Bırakma Davranış Terapileri.....	22
2.12.1.Doyurma Yöntemi.....	22
2.12.2.Kendi Kendini Yönetme Teknikleri.....	22
2.12.3.Kendini İzleme .....	22
2.12.4.Ani Bırakma ve Azaltarak Bırakma .....	22
2.12.5.Hipnoz .....	23
2.12.6.Grup Tedavileri .....	23
2.13. Sigara Bırakmada İlaç Tedavileri.....	23
2.13.1. Nikotin Replasman Tedavisi (Nrt) .....	24
2.14.2. Bupropion.....	28
2.13.3. Vareniklin.....	29
2.13.4. Kombinasyon Tedavileri .....	30
2.13.5. İkinci Seçenek İlaçlar .....	31
2.13.6.Diğer Yöntemler.....	31
2.13.7. Özel Gruplarda Tedavi Seçimi.....	31
3.1. Araştırmanın Özellikleri.....	34
3.2.İstatistiksel Analiz .....	36
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>37</b>
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri .....	37
4.2. Katılımcıların Sigara Bırakma Oranları ve Etkileyen Faktörler .....	38
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>49</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>59</b>
<b>10. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>61</b>
<b>11. KAYNAKLAR .....</b>	<b>62</b>
<b>12.EKLER.....</b>	<b>80</b>

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Sosyo-demografik özellikler .....	37
<b>Tablo 2.</b> Hastaların sigara kullanım özellikleri ve fagerstrom test skorları.....	38
<b>Tablo 3.</b> 2002-2018 yılları sigara bırakma oranlarının değerlendirilmesi .....	39
<b>Tablo 4.</b> Sigaraya başlama yaşı ile sigara bırakma oranı ilişkisinin değerlendirilmesi	39
<b>Tablo 5.</b> Verilen tedavi ile sigara bırakma oranı ilişkisinin değerlendirilmesi.....	40
<b>Tablo 6.</b> Verilen tedavi ile sigara bırakma devamlılığı arasındaki ilişki .....	40
<b>Tablo 7.</b> Hastalara verilen tedavi ile tedaviyi kullanma süreleri arasındaki ilişki .....	41
<b>Tablo 8.</b> Farmakoterapi verilen hastaların tedavi kullanım süreleri .....	41
<b>Tablo 9.</b> Tedavi kullanım süresi ile sigara bırakma devamlılığı arasındaki ilişki .....	42
<b>Tablo 10.</b> Tedavi süresi ile sigara bırakma oranı ilişkisinin değerlendirilmesi .....	43
<b>Tablo 11.</b> Telefonla aranma sayısı ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişki .....	43
<b>Tablo 12.</b> Telefonla aranma sayısı ile sigara bırakma devamlılığı ilişkisi .....	44
<b>Tablo 13.</b> Destek alma durumu ile sigarayı bırakma devamlılığı arasındaki ilişki .....	44
<b>Tablo 14.</b> Düzenli spor ile ilaç sonrası sigara bırakma durumu arasındaki ilişki.....	45
<b>Tablo 15.</b> Alkol kullanımı ile ilaç sonrası sigara bırakma durumu arasındaki ilişki ....	45
<b>Tablo 16.</b> Kaçamak sebepleri.....	46
<b>Tablo 17.</b> Sigaraya tekrar başlama nedenleri.....	46
<b>Tablo 18.</b> Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların bırakma devamlılık süresi .....	47
<b>Tablo 19.</b> Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların bırakma devamlılık süresi .....	48

## KISALTMALAR

CO	: Karbonmonoksit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM-IV	: The Diagnostic And Statistical Manuel Disorders
DEN	: N-Nitrozodietilamin
FDA	: Amerika Gıda Ve İlaç Örgütü
IARC	: The İnternational Agency For Research On Cancer
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
M.Ö	: Milattan Önce
M-POWER	: Monitor, Protect, Offer Warn, Enforce, Raise
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
SR	: Sustained Release,Sürekli Salınım
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TTM	:Transteorik Model
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara içeriğindeki nikotin maddesinden dolayı bağımlılık yapmaktadır (1). Sigaradaki bağımlılık riski eroin ve alkoldekine benzemektedir (2). Sigara kanserojen maddeler içermesinden dolayı bağımlılığın yanında pek çok hastalığa ve ölümlere de sebebiyet vermektedir (3,4). Tüm dünyada sigara bırakma oranları halen istenilen düzeylerde değildir. Dünya’da her 10 ölümden biri tütün kullanıma bağlı nedenlerden gerçekleşmekte ve yılda 8 milyondan fazla insan tütün bağımlılığı nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Tütün ürünleri kullanımının dünya ekonomisine yıllık maliyeti ise 1 trilyon 400 milyar dolardan fazladır (5).

Sigara kullananların %70’ine yakını sigarayı bırakmayı düşünmekteyken, %80’ i de yaşamının bir döneminde sigarayı bırakma denemesinde bulunmaktadır (6,7). Sigarayı bırakmayı deneyenlerin çoğunluğu yardım almadan bırakmaya çalışmakta ve bunların birçoğu da çok geçmeden tekrar sigara kullanmaya başlamaktadır (8). Sigarayı bırakma başarısını ve devamlılığını arttırmak için, sigara kullanımının devamına sebep olan etkenleri belirleyip sosyal, çevresel ve farmakolojik yönden mücadele edilmesi gerekmektedir. Sigaranın bırakılıp devamlılığının sürdürülmesinde çoğunlukla sosyal, ekonomik ve kültürel etkenler rol oynarlar (9).

Ülkemizdeki sigara kullanımıyla ilgili toplumsal farkındalığın artması, kapalı alanlarda sigara içme yasağı, sigara bırakma ilaçlarının ücretsiz verilmesi, sigara kullanımıyla ilişkili hastalıklar ve ekonomik kayıplar sebebiyle sigara bırakma polikliniklerine başvuru sayısı gittikçe artmaktadır. Sigara kullananların sigarayı bırakma istekleri, çeşitli ilaç tedavileri ve motivasyonel görüşmeler ile teşvik edilmektedir. Biz de hastanemizde aile hekimliği bünyesinde hizmet veren sigara bırakma polikliniğimize 2002-2018 yılları arasında başvuran 584 hastada sigara bırakma oranını hesaplamayı, sigarayı bırakmak için polikliniğimize başvuran hastaların demografik özelliklerini belirlemeyi, sigarayı bırakmada etkili olan faktörlerin ve verilen tedavilerin etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi

Milattan Önce (M.Ö) 6000 yılında Amerika kıtasında Tütün üretiminin başladığı, M.Ö 1500 yılında Orta Amerika'da yaşayan Mayalar tarafından tütün kullanıldığı tarih kitaplarında belirtilmiştir. Yerliler önceleri kuru tütün yapraklarını sararak veya ufalayarak ilkel pipolarda kullanmaktaydı. Bazılarının ise tütünden yapılmış sakızları çiğnedikleri, tütün tozlarını derilerine sürdükleri veya lavman gibi kullandıkları hatta yiyip içtikleri düşünülmektedir. Tütün tarımı ve kullanımı daha sonra da kızıl deriler tarafından devam etmiştir (10) .

Avrupalılar tütünle Kolomb (Christopher Columbus) aracılığıyla tanışmışlardır. Kolomb San Salvador'da 15 Ekim 1492 tarihinde ilk defa tütünü ve tütün yapraklarının çubuklarla tütürüldüğünü ve çiğnediğini görmüştür (11) .

Tütün Orta Amerika'da da halk tarafından daha çok haz alma amaçlı kullanılmıştır ve Amerika'ya yolculuk eden gemicileri de bağımlısı yapmıştır (12) .

Başlarda dini törenlerde kullanılan tütün, sonraki dönemlerde süs ve şifa bitkisi olarak kullanılmış, keyif verici olarak yaygın duruma gelmesiyle kullanımı gittikçe artmaya başlamıştır (12) .

Amerika'nın 1492 yılında keşfedilmesi sonrası tütün Amerika'dan Avrupa'ya getirilmiş ve 1500'lü yıllarda kullanımı yaygınlaşmıştır. Başlarda tabaka/tağa olarak söylenmiş, daha sonraları devlet dilinde duhân, toplumda tütün olarak adlandırılmıştır (13).

Tacirler aracılığıyla her hastalığa deva olarak reklamı yapılan tütünün kullanımı hızla artmakla birlikte bu durum dinî tartışmalara ve siyasal tepkilere yol açmıştır. Dinî açıdan tütünün haram, mekruh veya caiz olup olmadığı, yasaklanıp yasaklanmayacağı tartışılmıştır. Siyasî tepki ise diğer devletlerde olduğu gibi tütünün tarımı, ticareti ve tüketimi konularında yoğunlaşmıştır (13) .

Tütün içerek insanların işlerinden geri kalması, hastalık ve ölümlerin artması gerekçesiyle 1609 yılında tütün ekimi, ticareti ve içimi yasaklanmıştır. Bu yasak IV. Murat zamanında sıkı bir şekilde uygulanmıştır.4. Murat'ın ölümünden sonra 1640

yılında yasağın etkisi azalmış, Şeyhülislam Bahaî Efendi'nin fetvası ile IV. Mehmet döneminde 1646'da sigara kullanımını serbest bırakılmıştır (13,14) .

Tütün dış alımı nedeniyle gümrük vergisi 1678'de alınmaya başlanmış daha sonra, tütün ticaretinden vergi alınması ise 1686'da olmuştur, ilerleyen zamanlarda vergiler kademeli olarak artırılmıştır (13) .

II. Mahmut'un 1826'da kurduğu asker ocağının masraflarını karşılamak için; 1856'da vergiler yükseltilmiştir (12).

Tütün, Osmanlı İmparatorluğunda, 1862 yılında devlet monopolü (tekel) altına alınmıştır. Bu monopolün işletme imtiyazı ekonomik sıkıntılar nedeniyle 1884 yılında Fransız Reji idaresine verilmiştir. Cumhuriyet Hükümeti Rejinin bu imtiyazını 1923 yılında iptal etmiştir. Tütün ve tütün mamullerinin devlet inhisarı altına alınması 26.05.1925 tarih ve 558 sayılı kanunla olmuştur. Bu inhisar (monopol) uygulaması 07.06.1926 tarih ve 907 sayılı, 05.06.1930 tarih ve 1701 sayılı, 10.06.1938 tarih ve 1177 sayılı kanunlarla devam ettirilmiştir. Tütün mamullerinin üretim, dağıtım ve pazarlamasındaki monopol 28.05.1986 tarih ve 3291 sayılı kanun ve daha sonraki tarihlerde yapılan düzenlemelerle kaldırılmıştır (15) .

Türkiye'de sigara karşıtı derneklerin yoğun çabaları sonucunda 7.11.1996 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nden "Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine" dair 4207 sayılı yasa çıktı (16).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2003 yılında hazırlanan Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşması 27.04.2004 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanmıştır. Ulusal tütün kontrol programı oluşturulmuş, Ekim 2006 yılında Başbakanlık genelgesi ile yürürlüğe girmiştir (17) .

Tütün ürünlerinin zararlı sonuçlarından kişileri ve gelecek nesilleri korumak ve herkesin temel haklarından biri olan temiz hava soluyabilmesini sağlamak amacıyla 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'da 5727 sayılı kanunla değişiklik yapılmış ve bir bölümü 19/5/2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile tam reklam yasağı zorunlu kılınmış ve bu kanunla beraber kapalı alanlarda tütün ürünlerinin kullanılması yasaklanmıştır (18) .



## **2.2.Tütünün Kullanım Şekilleri**

Genetik olarak değiştirilsin ya da değiştirilmesin tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, buruna çekme, emme ya da çiğneme amaçlı tüm ürünler “tütün mamulü” veya “tütün ürünü olarak adlandırılmaktadır (12) .

Tütün insanlar tarafından tanındıktan sonra birçok farklı şekilde kullanılmıştır.

Tütünün doğrudan dumansız olarak kullanım şekilleri: çiğneme, enfiye, nikotin bandı, sakızı, tableti, granülleri ,pastili, spreyi, nikotinli su, nikotinli lolipop ve elektronik sigaradır (15,16) .

Tütünün yanmasından oluşan dumanın kullanım şekilleri: tütsü, sigara, puro, pipo ve nargiledir (19) .

Tütün ayrıca kolonya, gübre, selüloz, pestisit, kağıt elde etmek için de kullanılır.

Tütün birçok şekilde kullanılmasına rağmen en çok “keyif verici” olarak kullanılmaktadır. Günümüzde tütün denince akla ilk olarak sigara gelmektedir (20) .

## **2.3. Sigara Epidemiyolojisi**

Sigara bağımlılığı hem Dünya’da hem de ülkemizde en büyük toplumsal sorunlardan biridir (21). Tütün kullanımı milyonlarca insanın morbidite ve mortalitesinden sorumlu, tüm toplumu ilgilendiren Dünya’daki en önemli sağlık sorunlarından biridir (22) .

Tütün salgını, 8 milyondan fazla insanı öldürerek, dünyanın şimdiye kadar karşılaştığı en yaygın toplum sağlığı sorunlarından biridir. Yedi milyondan fazla ölüme doğrudan tütün tüketimi neden olmuştur ve yaklaşık ölümlerin 1,2 milyonu da sigara içmeyenlerin sigara dumanına maruz kalmasının sonucudur (5).

Dünya’da sigara kullanan 1,1 milyar kişiden yaklaşık% 80’i tütün kaynaklı hastalık ve ölümün en fazla olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (5).

Dünya’da her 10 ölümden biri tütün kullanıma bağlı nedenlerden gerçekleşmekte ve yılda 8 milyondan fazla insan tütün bağımlılığı nedeniyle hayatını

kaybetmektedir. Tütün ürünleri kullanımının dünya ekonomisine yıllık maliyeti ise 1 trilyon 400 milyar dolardan fazladır (5).

Türkiye'deki erkeklerin yüzde 31'i, kadınların yüzde 12'si tütün kullanımının ilişkili olduğu hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Türkiye'de her yıl 83 bin yüz kişi sigaraya bağlı sebeplerle hayatını kaybederken, 252 bin çocuk ve 14,5 milyon yetişkin tütün ürünü kullanmaktadır (5).

TÜİK'in (Türkiye İstatistik Kurumu) 2016 verilerine göre Türkiye'de 15 yaş üzeri nüfusun yüzde 26,5'i her gün tütün ürünü kullanmaktadır. Bu oran 2014'te 27.3, 2010'da ise 25,4'tü (5).

Erkeklerde tütün tüketimi 2014-2016 yılları arasında azalırken kadınlarda bu oran arttı. Kadın ve erkeklerde en çok tütün ürünü içen yaş grubunu 35-44 yaş aralığındakiler oluşturmaktaydı (5).

Türkiye'de 2017 yılında 15 yaş üzerindeki erkeklerde sigara kullanım oranı %60, kadınlarda %10 düzeyinde olduğu saptanmıştır (5).

DSÖ'ye göre, erkeklerin yüzde 33,7'si ve kadınların yüzde 6,2'si olmak üzere, dünya nüfusunun yüzde 19,9'u sigara kullanmaktadır (5).

Gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımının artmaya devam etmesi nüfusun hızlı artması, kadınların toplumdaki statülerinin artması, sağlıkla ilgili bilgi eksiklikleri ve sigara bağımlılığını önlemeye yönelik yöntemlerin yetersizliği sigara kullanımının artmasına neden olacaktır. Bununla birlikte gelişmiş ülkelerde sigara ile ilgili çeşitli yasaklarla karşılaşan sigara şirketlerinin yeni pazar arayışı ile üçüncü dünya ülkelerine yönelmeleri de bu ülkeler açısından sigara kullanım oranlarını yükseltmektedir (23).

DSÖ'nün raporunda, sigara tüketiminin Afrika ve Doğu Akdeniz bölgeleri haricinde dünyada gittikçe azaldığı Afrika ve Doğu Akdeniz'de ise aynı oranda seyrettiği belirtilmektedir (5).

Sigara içmek ABD'de yılda 480000'den fazla ölümden ve ikinci elle sigaraya maruz kalmadan kaynaklanan 41000'den fazla ölümden sorumludur. Bu, yılda 5

ölümden biri veya her gün 1300 ölümdür (4). Ortalama olarak, sigara içenler sigara içmeyenlerden 10 yıl önce ölmektedir (24).

Akciğer kanserinin 10'undan yaklaşık 9'u sigara içilmesinden veya sigara dumanına maruz kalmasından kaynaklanmaktadır. Aslında, sigara içenler, bugün daha az sigara içiyor olsalar bile, 1964'te olduğundan daha fazla akciğer kanseri riski taşımaktadır. Bunun bir nedeni, sigaraların nasıl üretildiği ve hangi kimyasalları içerdiği konusunda değişikliklerdir (4).

Sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre kalp hastalığı, felç ve akciğer kanseri gelişimi olasılığı daha yüksektir (4). Sigara içmek koroner kalp hastalığı ve inme için 2 ila 4 kat, erkeklerde akciğer kanseri için 25 kez, riski arttırmaktadır (4).

Tütünün en çok tüketilen şekli olan sigara, özellikle 1920 yılında yapılan büyük reklam kampanyalarından sonra tüm dünyada yaygınlaşmıştır. 1930-1960 yılları arasında Avrupa ülkelerinde ve Amerika'da yapılan çalışmalar sigaranın akciğer kanseri, kronik bronşit ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bunun sonucunda 1960'lı yıllarda sigara karşıtı faaliyetler başlamış ve sigara kullanımını azaltmaya yönelik adımlar hız kazanmıştır (25).

#### **2.4. Sigaranın İçeriği**

Sigara dumanında insan sağlığına zararlı olan 7000 civarında kimyasal madde (katran, nikotin, fenol, kresol, b.naftilamin, benzo(a)piren, katekol, indol, karbazol vb...) bulunmaktadır. Sigara dumanının %92-95'i gaz halindedir ve 1 ml'de 0,3-3,3 milyar partikül içerir. Ortalama partikül çapı 0.2-0.5 mm'dir, yani solunabilir büyüklüktedir (4,26,27).

Bu maddelerin 69-81 tanesinin karsinojen olduğunu belirten kaynaklar vardır (4,26-28). IARC tütün dumanını Grup1 (kanseri yaptığı bilinen) karsinojen olarak kabul etmiştir. Bu 81 maddenin 11'i Grup1 (kanseri yaptığı bilinen), 14'ü Grup2A (insanda kanser yapması olası), 56'sı Grup2B (insanda kanser yapabilen) karsinojen olduğu saptanmıştır (29).

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

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

Grup2B (insanda kanser yapabilen) bazı maddeler: asetaldehit, propilen oksit, vinil asetat, aromatik aminler (29).

Sigarada çok fazla madde bulunmasına karşın özellikle fiziksel bağımlılık yapması açısından en çok önem taşıyan madde nikotindir. Nikotin doğal olarak tütünde bulunan sigara dumanının içeriğinin en az %95' ini oluşturan alkaloiddir (30). Nikotin inhalasyon, sindirim ve deri yoluyla alındığında çok yüksek oranda emilime uğrar (31).

Her sigaradaki nikotin miktarı aynı değildir. Tütünün türü ve imalatına göre sigaradaki nikotin miktarı değişmekle beraber, bir sigarada 1 mg'a bir pakette 20 mg'a kadar çıkabilir. Alınan her soluk ile yaklaşık 50 µg nikotin emilir (30).

Nikotinin %90'a yakını karaciğerde metabolize edilirken, az bir kısmı akciğer ve böbreklerde yıkıma uğramaktadır. Nikotinin %10-20 kadarı da idrar yoluyla atılmaktadır. Nikotin karaciğerde CYP2A6 enzimi ile hızla kotinine metabolize olur. Major metabolitlerinden olan kotininin yarı ömrü 16 saattir. Kotinin kan, tükürük ve idrar örneklerinde ölçülebilir. Sigarayı bırakma programlarında kan kotinin düzeyi sigara içilip içilmediğinin takibinde kullanılabilir (32–34)

Nikotin mezolimbik sistemdeki dopaminerjik yolları uyarır. Bunun sonucunda oluştuğu düşünülen; kiloda azalma, konsantrasyon ve psikomotor fonksiyonlarda artma gibi olumlu etkileri vardır (35). Bu olumlu etkilerin sigara bağımlılığını kolaylaştırdığı tahmin edilmektedir (36).

Nikotin asetilkolin reseptörlerine bağlanır. Bunlar otonomik gangliyonlar, nöromusküler bileşke, adrenal medulla ve beyindeki reseptörlerdir. Böylece dikkat ve konsantrasyonda artışı sağlayan Lokus sereleusu uyarır. Nörohormonal yolları uyaran nikotin, birçok hormonun (asetilkolin, noradrenalin, dopamin, serotonin, vazopressin, endorfin, büyüme hormonu ve ACTH) salgılanmasını sağlar. Serotonin seviyesi nikotinin etkisi ile akut dönemde artarken kronik dönemde azalmaktadır. Görüntüleme teknikleri ile intravenöz nikotin verilmesi ile nükleus akkumbens,

amigdala ve frontal lobda, nikotin dozuyla korele aktivite artışı olduğu kanıtlanmıştır (37).

Sigara dumanı her sigarada farklı oranda olmakla birlikte yaklaşık 1400 kadar katkı maddesi içermektedir. Asetaldehit, kakao, teobramin, glisin, amonyak, pridin bu katkı maddelerinden bazılarıdır. Teobramin ve glisin bronkodilatör etki yaparak nikotinin emilimini kolaylaştırır. Asetaldehid nikotinin bağımlılık yapıcı özelliğini artırır. Pridin nikotin benzeri etki gösterir (38).

## **2.5. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri**

Sigara içmek kişilerde mortalite ve morbidite oranını arttırmaktadır. Sigara içen kişilerin bırakan veya hiç içmeyenlere göre akut ve kronik hastalıklara yakalanma oranı daha yüksektir. Bu yüzden sigara içen kişiler gündelik aktivitelerini yapmakta daha fazla zorlanırlar, yatarak geçirdikleri gün sayısı da daha fazladır. Sigara kullanmaya ergenlik döneminde başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara kullanan kişilerin yarısı sigaradan ölmekte ve bunların da yarısı orta yaşlarda ölmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (39)

ABD Sağlık Bakanlığı raporuna (40) göre sigaranın kesinleşen zararları şunlardır:

### **2.5.1.Kanserler**

- . Akciğer kanseri,
- . Mesane kanseri,
- . Serviks kanseri,
- . Özefagus kanseri,
- . Larinks kanseri
- . Böbrek kanseri
- . Akut myeloid lösemi
- . Ağız kanseri
- . Pankreas kanseri
- . Mide kanseri

### **2.5.2.Solunum Sistemi Hastalıkları**

- . KOAH,
- . Erken yaşlarda akciğer fonksiyonlarında azalma
- . Pnömoni ve diğer akut solunum yolu hastalıkları,

- . Çocuk ve ergenlik döneminde sigara kullanımı veya çevresel sigara dumanına maruziyet sonucu akciğer gelişmesinde ve büyümesinde gerilik,
- . Öksürük, balgam, hışıltılı solunum ve nefes darlığı gibi solunum yolu problemleri,
- . Çocuklar ve gençlerde astım benzeri bulgular.

### **2.5.3.Kardiyovasküler Hastalıklar**

- . Ateroskleroz , . Abdominal aorta anevrizması,
- . Koroner kalp hastalığı, . Serebrovasküler hastalık.
- . Periferik arter hastalığı,

### **2.5.4.Gebelikte Sigara İçilmesine Bağlı Hastalıklar**

- . Ani bebek ölümü, . Bebeklikte akciğer fonksiyonlarının düşüklüğü
- . Fetal hipoksi, . Plasenta previa veya dekolmanı.
- . Düşük doğum ağırlığı . Erken membran rüptürü,
- . Miadından önce doğum,

### **2.5.5.Diğer**

- . Katarakt,
- . Yara iyileşmesinde gecikme,
- . Ameliyat sonrası solunum yolu problemleri,
- . Kadında fertilitede azalma,
- . Peptik ülser,
- . Kalça kırıkları,
- . Postmenapozal kemik dansitesinde azalma,
- . Periodontitis,
- . İlaçların metabolizmasını etkileyerek, kronik hastalıkların tedavilerinde zorluklar,
- . Sağlık masraflarının yüksekliği,

- . İş yerinde hastalığa bağlı devamsızlık fazlalığı,
- . Ölüm oranlarının yüksekliği.

## **2.6.Pasif İçicilik**

Sigara içmeyen birisinin sigara dumanına maruz kalmasına pasif içicilik denmektedir. Pasif içicilik, sigaranın dumanında boğulmak ya da kokusundan rahatsız olmanın dışında önemli bir sağlık sorunudur. ABD Sağlık Bakanlığı bu konu için uzun bir rapor hazırlamıştır (9). Bu rapora göre pasif içicilik hem çocuklarda hem de yetişkinlerde birçok hastalığa ve erken ölümlere yol açar. Pasif içici çocuklarda ani bebek ölümü sendromu, akut solunumsal enfeksiyonlar, kulak problemleri ciddi astımlı olma riski ve akciğer gelişimlerinde yavaşlama vardır. Pasif içici olan erişkinlerde kardiyovasküler sistem hemen olumsuz etkilenir bu da koroner kalp hastalığı ve akciğer kanseriyle sonuçlanır (41).

Kapalı alanlarda çalışmakta olan 5 milyonu erkek ve 1 milyonu kadın olmak üzere 6 milyondan fazla yetişkinin (%38,5) 2008 yılı kasım ayında sigara dumanına maruz kalarak pasif olarak etkilendiği tahmin edilmektedir. İşyerlerinde 2.6 milyonun üzerinde sigara içmeyen kişi sigara dumanından pasif olarak etkilenmektedir.

Pasif içiciliğe maruz kalmada güvenilir bir seviyenin olduğunu gösteren kanıt yoktur. Bu nedenle sigara içmeyenleri pasif içicilikten korumak için kapalı alanlarda sigara içmeyi tamamen engellemek gereklidir. Sigara içenle içmeyenlerin ayrılması, havanın temizlenmesi ya da binanın havalandırılması pasif içiciliği önlemez (41).

## **2.7. Nikotin Bağımlılığı**

İlk kez nikotin bağımlılığı tanımı 1964 yılında “Surgeon General” raporunda kullanılmıştır. Nikotinin çok yüksek bağımlılık yapıcı madde olduğundan 1979 yılında bahsedilmiştir. Nikotin bağımlılığı için 1988 yılında, “Tütündeki bağımlılık yapıcı madde nikotindir ve eroin-esrar bağımlılığına benzer şekilde farmakolojik ve psikolojik boyutta bağımlılık yapar,” cümlesi yer almıştır (42).

Dünya sağlık örgütü nikotin bağımlılığını kronik bir hastalık olarak kabul etmiş ve nikotini mental ve davranışsal bozukluklara yol açan psikoaktif bir madde olarak tanımlamıştır (43).

Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesinde bağımlılığın derecesini, bağımlılığın nasıl geliştiğini açıklamaya ve tedaviye yardım sağlayacak psikometrik testler ve biyokimyasal parametreler kullanılmaktadır. En sık kullanılan psikometrik test Fagerstrom bağımlılık testidir (44). Nikotin bağımlılığını değerlendirirken Nikotin ve metaboliti kotinin seviyesi, plazma tiyosiyonat seviyesi, soluk havasında ve kanda karbonmonoksit (CO) seviyesi ölçümü kullanılabilir.

## **2. 8. Sigara Bıraktıktan Sonra Yaşanabilecek Sorunlar**

Sigara bıraktıktan sonra bağımlılık yapıcı nikotinin yoksunluk sendromu, ağızda yaralar, kilo alma ve depresyon görülebilir (45).

### **2.8.1. Nikotin Yoksunluk Sendromu**

Nikotinin uzun süreli ve yineleyici alımı ile vücutta nöroadaptasyon olur ve nikotin reseptörlerinde artış meydana gelir. Beyindeki nikotin reseptörlerinin artması sonucu nikotinin bazı etkilerine tolerans gelişir. Bu tolerans gelişimi de sigara bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur (46).

Yoksunluk belirtileri; sigara arama davranışı, irritabilite, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, bradikardi, unutkanlık, sabırsızlık, insomnia, iştah artması ve kilo alma, gastrointestinal bozukluklar gibi belirtilerdir (47).

DSM-IV kriterlerine göre nikotin bağımlılığı başlıca altı kriterden üç veya daha fazlası var olan kişiler için tanımlanmaktadır (48).

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

**2. Yoksunluk;**

**a. Haftalardır günlük sigara içiminin olması.**

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

**I. Disfori, keyifsizlik,**

**II. Uykusuzluk,**



**III.** İrritabilite, öfke kontrolünde güçlük,

**IV.** Anksiyete,

**V.** Konsantrasyon güçlüğü,

**VI.** Huzursuzluk,

**VII.** Bradikardi,

**VIII.** İştah artışı veya kilo alımı.

3. Nikotin kullanımını azaltma veya kesme girişimlerinde yinelenen başarısızlıklar.

4. Sigara içimine izin verilmediği için sosyal çevre veya iş ortamındaki etkinliklere katılımın azalması veya katılamama.

5. Tıbbi ve psikolojik zararlarına karşın sigara içiminin sürmesi.

6. İstenenden daha fazla ve daha sık tüketim.

Yoksunluk belirtileri sigaranın bırakılmasıyla birlikte 1-3. günlerde en şiddetli düzeyindedir. Semptomların çoğu üçüncü-dördüncü haftalarda sonlanır ancak iştah artışı birkaç ay sürebilmektedir (49).

### **2.8.2. Rekürren Aftöz Stomatit**

Patofizyolojisi tam olarak bilinmese de sigarayı bıraktıktan sonra ilk birkaç hafta içinde ağızda yaralar oluşabilir (50). Genellikle ilk iki üç haftada artış gösterir ve sonraki birkaç hafta içinde düzelir (50). Ancak bazen inatçı olması ve hasta konforunu ciddi düzeyde etkilemesi nedeniyle, sigara bırakma sonrası ağızda oluşan bu yaralar yeniden sigaraya başlama nedenleri arasında yer alır (51).

Steroidli pomad ve koterizasyon gibi mevcut tedavi yöntemlerinin yeterince etkili olamaması da tekrar sigara kullanımını başlatan nedenlerdendir. Ayrıca sigarayı bırakanlarda, tekrar sigaraya başlanırsa bu lezyonların geçeceği (sigaranın koruyucu etkisinin olduğu) inancı vardır. Sigaraya yeniden başlamanın ağızda oluşan lezyonlarda iyileşme etkisi olduğunu belirten bazı çalışmalar da vardır (52).

### **2.8.3. Kilo Alma**

Sigara bırakma kararında kilo alma korkusu bir engel olabilmektedir (53). Sigara bırakanlarda bir, iki, üç, altı ve on iki ay sonrasında alınan ortalama kilolar 1.12 kg, 2.26 kg, 2.85 kg, 4.23 kg ve 4.67 kg şeklinde görülmüştür (53). Genellikle sigarayı bıraktıktan sonraki ilk 3 ayda kilo alımı daha fazla olur (53). Sigarayı bıraktıktan bir yıl sonra sigara bırakanların %16'sı kilo kaybeder, %37'si 5 kg'dan az kilo alır, %34'ü 5-10 kg, %13'ü ise 10 kg'dan fazla kilo alır (53). Kilo alma endişesi olanların sigara bırakma tedavisi sonrası daha fazla nüks yaptığı da görülmüştür (54).

### **2.8.4. Depresyon**

Özellikle özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda sigarayı bıraktıktan sonra nikotin çekilme sendromu, depresyon ve anksiyete daha sık görülebilmektedir. Temelinde psikiyatrik hastalıklar olmadığı halde nikotin çekilme sendromunun depresyon yapma nedeni halen tam olarak açıklanamamıştır (55).

## **2. 9. Sigara Bırakmanın Faydaları**

Sigarayı bırakan kişi sigarada bulunan kanserojenlere maruz kalmayacağı gibi, yine sigaraya bağlı oluşabilen hastalıklardan da sigarayı ne kadar erken bırakırsa o kadar yüksek oranda korunmuş olacaktır. İngiltere'de 50 yıl boyunca sigara içen ve içmeyen erkek doktorlar sağ kalım açısından izlenmiştir. Sigara içip sağ kalan kişi oranı 80 yaşında %20'yi ancak geçerken, sigara kullanmayıp 80 yaşına ulaşan kişi oranı %80'in üzerindedir. Yani her yaşta sigara bırakmanın faydası vardır (56).

Sigarayı otuz yaşında bırakanların, sigara kullanırken ki beklenen yaşam süresinin 10 yıl , kırk yaşında bırakanların 9, 50 yaşında bırakanların 6, 60 yaşında bırakanların yaşam süresinin 3 yıl arttığı görülmüştür (57).

Sigara bırakmanın faydaları bıraktıktan hemen sonra görülmeye başlar (34). 12 saat içinde kandaki CO düzeyi normale gelir. 2-12 hafta içinde dolaşım güçlenir ve akciğer fonksiyonları düzelmeye başlar (57).

Sigarayı bıraktıktan sonra öksürük ve nefes darlığı şikâyeti 1-9 ay içinde azalır. Bir yılda koroner kalp hastalığı görülme riski sigara içen birine göre %50 azalır. Felç riski 5 -15 yıl içinde azalır. Akciğer kanseri, ağız, larinks, özofagus, mesane, serviks

kanseri riski 10 yıl içinde sigara içen birine göre yarı yarıya düşer. 15 yıl içinde koroner kalp hastalığı riski sigara içmeyen biriyle aynı olur (58).

Sigara bırakmak etrafımızdaki pasif içici kişileri de zararlı dumana maruz kalmaktan korumuş olur, çocuklardaki astım ve kulak enfeksiyonları gibi şikâyetlerin de sıklığı azalır (41). Sigarayı bırakmak aynı zamanda gebe kalma zorluğunu, erken doğum riskini ve düşükleri de azaltır (57).

Sigarayı bıraktırmak kadar sigaraya başlamanın önlenmesi de, toplumun korunmasında çok önemlidir. Sigaraya genellikle 18 yaşından önce başlanır (%88 oranında). Bu nedenle sigara içmeyi önleme çabalarında özellikle ergen ve gençlere odaklanılmalıdır (59).

## 2. 10. Tütün Kontrolü

2003 yılında DSÖ'nün öncülüğünde, tütün bağımlılığına karşı verilen savaşta en büyük adımı oluşturan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) imzalanmıştır. TKÇS tütün kontrolünde tüm alanlardaki mücadele için yol gösterici niteliğindedir. Türkiye de Birleşmiş milletler tarihinde en çok desteğe sahip olan bu antlaşmaya imza atan ülkelerden biridir (60). Bu yeni mücadele döneminin temel belirleyicisi olmuştur (61).

TKÇS'de yer alan konuların etkili şekilde uygulanabilmesi için DSÖ tarafından 2008 yılındaki Küresel Tütün Salgını Raporu'nda sigaraya karşı geliştirilen 6 politikayı içeren **MPOWER** paketi hazırlanmıştır (62):

**M:** Tütün kullanımını ve önleme politikalarını izleme (Monitor tobacco use and prevention policies; prevalence of tobacco use)

**P:** Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerin önlenmesi (Protect people from tobacco smoke; smoke-free environments)

**O:** Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi (Offer help to quit tobacco use; treatment of tobacco dependence)

**W:** Bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması (Warn about dangers of tobacco; health warnings on tobacco packages)

**E:** Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakların uygulanması (Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship; bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)

**R:** Tütüne uygulanan vergi miktarının artırılması (Raise taxes on tobacco; tobacco taxation policy)

MPOWER paketi sayesinde tütün salgınının kontrol edilebileceği ve neden olduğu ölümlerin azaltılabileceği vurgulanmıştır (61,62).

## **2. 11. Sigara İçen Hastaya Yaklaşım**

Sigara içenlerin yaklaşık %70'i bırakmak istediğini ve %40'dan fazlası da geçmiş yıllarda sigara bırakmayı denediğini belirtmektedir (63). Ancak yardım almadan sigara bırakmaya çalışanların bir yıl sonraki başarı oranı sadece %3-7'dir. Optimum tedaviyle bir yıllık bırakma başarısı %30'u aşabilir, ancak sigara içenlerin sadece %25'i bırakmak için yardım talebinde bulunmakta ve az bir kısmı en uygun tedavileri kullanmaktadır (64).

DSÖ bir ülkenin sigara bırakma programının birinci basamağa entegre edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca DSÖ'ye göre ücretsiz ve kolay ulaşılabilen bir 'bırakma hattı' olmalı ve farmakolojik tedavi ucuz ve ulaşılabilir olmalıdır. Sigara bırakma hizmeti birinci basamak sağlık hizmetlerine veya benzeri rutin tıbbi muayeneler içine entegre edilirse sigara içenlere her fırsatta sigaranın zararlarını anlatma fırsatı doğmuş olur (62). Her muayenede sigarayı bırakma tavsiyesinin tekrarlanması, sigarayı bırakma isteğini arttırdığı görülmüştür (65).

Amerikan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı'nın sigara bırakma ile ilgili kılavuzunda tütün bağımlılığı ve tedavisi ile ilgili 10 temel prensip belirtilmiştir (42).

Sigara bırakılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından ilaç dışı tedavi diyebileceğimiz motivasyonel görüşme ve farmakoterapinin (NRT, bupropiyon, vareniklin) sigara bırakmadaki etkinliği kanıtlanmıştır ve birlikte kullanılmalarının her birinin tek başlarına kullanılmalarından daha etkili olduğu görülmüştür (66). 2008'deki kılavuzda (66) da iki çeşit desteğin kanıt düzeyi 'B' olarak gösterilmiştir. İlki, sigara içenlere pratik destek sağlama (problem çözücü becerilerin, çabaların aktarılması), ikincisi ise sigara içenlere destek olmanın ve sigarayı bırakmak için

yüreklendirmenin tedavinin bir parçası olmasıdır. Ayrıca destek için kontrol sayısının artmasının bırakma başarısında kanıt düzeyi 'A' olarak gösterilmiştir (66). Bu takibin en iyi yapılabileceği yer birinci basamaktır (62).

Sigara bırakma konusundaki düşüncelerine göre hastalar 5 farklı gruba ayrılmışlardır. Prochaska ve arkadaşlarının tanımladığı Transteorik model(TTM) bu amaçla kullanılmaktadır (67). TTM kişinin kendi davranışını değiştirmeye yönelik hazırlık düzeyini ortaya koyan bir modeldir. TTM'ye hastalar 5 gruba ayrılmıştır:

1. Bırakmanın düşünülmediği evre,
2. Bırakmanın düşünüldüğü evre,
3. Bırakmanın hazırlığının yapıldığı evre,
4. Bırakmanın denendiği evre,
5. Bırakmanın sürdürüldüğü evre

Bu evrelerin özellikleri;

#### **2.11.1.Bırakmanın Düşünülmediği Evre**

Bu evredeki hasta sigara kullanımı ile ilgili değişiklik yapmaya hazır değildir. Davranışını değiştirmeyi, sigaranın zararlarına yönelik bilgi almayı reddeder. Bu evrede hekim hastaya baskıcı olmayan bir tutumla sigaranın zararları konusunda bilgi vermelidir (67).

#### **2.11.2Bırakmanın Düşünüldüğü Evre**

Sigaranın sağlığa zararlarını bilse de bırakma için gün belirleyememektedir. Sigarayı bırakma konusunda cesaretlendirilmeli, motivasyon artırıcı görüşmeler yapılmalıdır (67).

#### **2.11.3.Bırakmaya Hazırlanılan Evre**

Sigaranın sağlığı için risklerini bilmektedir ve bırakma zamanını planlamıştır. Bu evredeki hastaya ilaç tedavisi ve davranış desteği tedavisi verilmelidir (67).

**2.11.4.Bırakmanın Denendiği Evre** Hasta sigarayı bırakmıştır ancak henüz deneme evresini yani 6 ayı doldurmamıştır. Bu süreçte hastanın yakın takibi yapılmalıdır (67).

#### **2.11.5.Bırakmayı Sürdürme**

Hasta sigarayı 6 aydan uzun süredir bırakmıştır. Ancak halen tekrar başlama riski vardır. Hasta en az 1 yıl takipte tutulmalıdır (67).

Tütün kullanımı ve Bağımlılığı Tedavisi Rehberi, günlük poliklinik işleyişinde hastaları üç gruba ayırmaktadır (66).

Bu gruplar;

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

#### **Sigara İçen ve Bırakma Denemesi İçin İstekli Olmayanlar**

Bu aşamada hekim hastaları sigaranın zararları konusunda bilgilendirmeli, ilerisi için bırakma motivasyonunu sağlayacak görüşmeler yapmalı, bırakma konusunda yardımcı olunabileceğini belirtmelidir. Bu yaklaşım 5R adı verilen yöntemle yapılırsa ilerideki bırakma girişimleri de olumlu etkilenecektir (68)

Sigarayı bırakmaya isteksiz bireyler için önerilen stratejiler (5R)

**R1. İlgilen (relevance):** Sigara bırakmak isteyen kişinin hastalık, sosyal durumu, endişeleri hakkında konuşulmalı ve sigaranın zararları, olabildiğince kişiye özgü bir şekilde anlatılmalıdır.

**R2. Riskler (risks):** Sigaranın erken dönemde ve uzun vadedeki zararları hastaya açıklanmalıdır. Ayrıca düşük nikotinli veya düşük katranlı sigara formlarının (light sigara, pipo, puro vb) bu riskleri azaltmayacağı vurgulanmalıdır.

**R3. Kazançlar (rewards):** Sigarayı bıraktıktan sonra hastanın sahip olabileceği kazançlardan bahsedilmelidir: Daha sağlıklı bir yaşam, daha iyi tat ve koku

alma, maddi kazanç, daha iyi hissetme, arabanın evin elbiselerin daha güzel kokması, çocuklara iyi örnek olma ve çocukların sigaraya başlama ihtimallerinin azalması, daha sağlıklı bebek sahibi olma, daha iyi fiziksel aktivite, daha genç cilt ve daha beyaz dişlere sahip olma gibi kazançları anlatmalıdır.

**R4. Engeller (roadblocks):** Doktor hastaya sigara bırakmasının önündeki engelleri sormalı ve tedaviye yol gösterecek durumları değerlendirmelidir: Yoksunluk semptomları, başaramama korkusu, kilo alma korkusu, destek azlığı, depresyon, sigara içerken aldığı haz, etrafında tütün kullananların olması, etkili tedavi yöntemleri hakkında yetersiz bilgi sahibi olması önündeki engellerdir.

**R5. Tekrarlama (repetition):** Sigara bırakmaya teşvik edici görüşme motivasyonu düşük hastalara her kontrolde tekrarlanmalıdır. Hastaya başarısız bırakma denemelerinin onu yıldırması gerektiği, sigara bırakmayı başarmış olanların çoğunun birçok başarısız bırakma denemesinden sonra başardığı ve bunun aslında pozitif bir tecrübe olduğu söylenmelidir (69).

#### **Sigara İçen ve Bırakma Denemesi İçin İstekli Olanlar**

Bu evredeki hastaları deneme aşamasına getirmek ve bıraktıktan sonra yaşayacakları sürece hazırlamak gerekmektedir. Bu amaçla önerilen yöntemler 2008 de ABD sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan klavuzda 5A başlığı altında toplanmıştır. Bu stratejiler Türkçeye “5Ö” olarak geçmiştir (42).

Bu stratejilerin içeriklerini inceleyecek olursak;

**Ö1.Öğren (Ask-Değerlendir):** Tüm hastalara her gelişinde tütün kullanım durumunu sor ve vital bulgularıyla beraber kaydet. Bu sorguda bağımlılık derecesini tespit edebilmek ve tedavi dozunu ayarlayabilmek için ne zamandan beri sigara kullandığı, günde içtiği sigara sayısı, sabah kalktıktan sonra ilk sigarasını ne zaman içtiği sorulmalıdır (70)

Sigara haricinde nikotin içeren maddeler (nargile, e-sigara vs.) ve pasif içiciliğe maruziyeti de sorgulanmalıdır. Sigara bırakmadaki nikotin yoksunluk sendromu gibi zorluklar ortaya konulmalıdır. Kahve içme, alkol kullanma, evde sigara içilmesi, sigara içilen ortamlarda bulunma gibi çevresel tetikleyiciler olup olmadığı sorgulanmalıdır. Mücadele etmede arkadaşıyla konuşma, telefon açma, nefes egzersizi

gibi bireysel aktiviteler geliştirmelidirler. Her şeyi denediğini söyleyen hastalar aslında düzenli ve profesyonel bir destek almamış olabilir veya ilaçlarını düzgün kullanmamış olabilirler. Her hastaya hekim olarak tüm zorluklarda destek olunacağı ve etkili tedavi yöntemleri olduğu net bir anlatımla açıklanmalıdır (42)

### **2.ner (Advise-Doğru bilgi)**

Hastaya sigara bırakma önerisinde bulun. Hastaya verilen bırakma mesajı; açık, güçlü, yüreklendirici, bireyselleştirilmiş olmalıdır.

**Açık Olmalı:** Sigarayı bırakmanız gerekiyor. Sadece azaltmak yetmez. Bu konuda size yardımcı olacağız.

**Güçlü Olmalı:** Bugünkü ve gelecek zamandaki sağlığınız için yapabileceğiniz en önemli şeyin sigarayı bırakmak olduğunu bilmeniz bizim için önemli.

**Yreklendirici olmalı:** Sigaranın bırakılmasında etkili ilaçlar ve teknikler artık biliniyor. Bu konuda size yardımcı olabiliriz. Siz de bırakmayı başarabilirsiniz.

**Bireyselleştirilmiş olmalı:** Astımı olan birine; “sigara kullanmak astımınızı daha da kötüleştirir. Sigarayı bırakınca sıkıntılarınızın azaldığını göreceksiniz.” çocuğu sık otitis media olan birine; “sigara bırakırsanız çocuğunuzun bu enfeksiyon sıklığı önemli derecede azalacaktır” gibi bireyselleştirilmiş mesajlar verilmelidir (42).

### **3.l (Assess-Derecelendir)**

Bırakma girişimi konusundaki isteğini ve nikotin bağımlılık düzeyini değerlendir.

### **4.nderlik Et (Asist-Destek ol)**

Kesin olarak sigarayı bırakma kararı vermiş hastaya:

- 1) Bırakma çabalarında yardım et;
  - Bırakma günü belirle
  - Bırakma düşüncesini yakınlarıyla paylaşmasını sağla.
  - Bırakma sonrası zorluklara hazırla



- Etrafındaki sigara ve sigarayı hatırlatacak nesnelere uzaklaştırmasını sağla

2) Günde  $\geq 10$  sigara içenlere ilaç tedavisi öner ve davranışsal tedavi uygula.

3) Sosyal destek sağla.

4) Destekleyici materyal (bırakma kılavuzu) ver.

5) Sigara içmeyi tetikleyen durumları açıkla; alkol kullanmak, stres, sigara içilen ortamda bulunmak, daha önce sigara içtiğiniz ortam ve size sigarayı hatırlatacak durumlar vs.

6) Baş edebilme, problem çözme yeteneğini geliştir; tetikleyicilere karşı koymayı öğrenme, stres ve sigara maruziyetini azaltıcı hayat tarzı değişikliklerini öğret.

7) Basit bilgiler ver; bir çekimin bile başlamaya neden olabileceğini, yoksunluk semptomlarının en sık ilk 1-2 hafta içinde olacağını ama birkaç ay da sürebileceğini anlat.

8) Hastayı bırakma konusunda yüreklendir; artık etkili ilaçlar var, tüm içenlerin yarısı artık içmiyorlar gibi söylemlerle hastanın özgüvenini güçlendir.

9) Endişeler hakkında konuş; bırakma hakkında neler hissediyor? Direk olarak ilgi ve istekliliğini göster. Hastanın endişe ve gelgitlerini sorgula.

10) Hastayı bırakma süreci hakkında konuşmaya teşvik et; sigara bırakma nedenlerini, sigara bırakma hakkında endişelerini, hastanın başarılarını, bırakma sürecinde karşılaştığı zorlukları sor.

Yeni bırakan ve zorluk yaşamayanlar için: Başarılarını tebrik et. Yaşadıkları zorluklar varsa bunların geçici olduğunu vurgula.

### **Ö5.Örgütle (Arrange-Düzenli Olarak izle)**

Sigarayı bırakmak isteyen tiryakilerin bırakma çabalarını destekleyecek düzenli izlem yapılmalı. Bırakmayı izleyen hafta içinde ve aynı ay içerisinde kontrol görüşmesi yapılmalı. Yüz yüze görüşme mümkün olmuyorsa telefonla görüşme sağlanmalıdır (69).

## **Sigara İcmiş ve Yeni Bırakmışlar**

Sigarayı bırakan hastaların en büyük sorunu nükstür. Sigarayı bıraktıktan sonra yoksunluk semptomları en çok birkaç hafta hissedilir ve bu dönem hastaların sigara içme isteğine karşı koyamadığı bir dönemdir. Bu yüzden bu dönemde hastalara etkili tedaviyi vermek çok önemlidir. Hasta günde 1-2 tane sigara içiyorsa buna hata (lapse), bu hatalar sık tekrarlanıyorsa nüks olarak adlandırılır. Hastaya bu dönemde karşılaşacağı sorunlar anlatılmalı ve hatalar nedeniyle kendisini suçlamaması gerektiği söylenmelidir (71).

### **2.12. Sigara Bırakma Davranış Terapileri**

Sigaraya karşı olumsuz tepki geliştirmeye yönelik teknikler, sigara rutinlerinden uzaklaşma, sigara içme dürtüsüyle başa çıkma becerilerinin kazandırılmasına yönelik teknikler mevcuttur. Davranışçı yöntemler şunlardır:

#### **2.12.1.Doyurma Yöntemi**

Kişi midesi bulanana kadar eskisinden daha fazla sayıda ve hızda sürekli sigara içer. Bu teknikte iyi hasta uyumuna ihtiyaç vardır (72).

#### **2.12.2.Kendi Kendini Yönetme Teknikleri**

Bir yönetici veya terapist eşliğinde bazı ters güdüleme yöntemlerinin kullanılmasını içerir: Sigara hastası kendisini ve sağlıksız davranışını hayal gücüyle değerlendirir. Kendini rahatsız hisseder (72).

#### **2.12.3.Kendini İzleme**

Kişi sigara içme davranışına yönelik günlük tutar. Bu günlük ile sigara içme nedenleri anlaşılır. Kişi kendi sigara davranışını inceleyerek bu davranışı değiştirme olasılığı artar (73)

#### **2.12.4.Ani Bırakma ve Azaltarak Bırakma**

Bu tedavi yöntemini biz de eskiden polikliniğimizde yapmakla beraber artık vazgeçildi. Vücuda alınan nikotin miktarını azaltmak için sigara sayısı giderek azaltılır veya nikotin içeriği düşük olan başka bir sigaraya geçilir. Bu yöntemde de nikotin eşik değerinin altına düşüğünde yoksunluk semptomları yaşanabilir. Aniden bırakmada ise

yoksunluk semptomları daha yoğun yaşanır. Aniden bırakanlarda tekrar başlama eğilimi azaltarak bırakanlara göre daha azdır (74,75)

### **2.12.5.Hipnoz**

Hipnoz yöntemleri en çok hayal kurma, öneriler, empati yapma, kendi kendine gevşeyebilme, öfke duyma gibi davranış yöntemlerini içerir. Tekli ya da grup seansları yapılabilir. Sigara bırakma için önerilen ancak ulaşması kolay olmayan bir yöntemdir (76).

### **2.12.6.Grup Tedavileri**

Sigara bırakmada grup tedavileri de yapılabilir. Grup sigara bırakma öncesi ve takip eden günlerde toplanır. Birçok sigara bağımlısı destek almadan sigarayı bırakamayacağını belirtmiştir. Bu nedenle grup terapilerinin faydalı olduğunu üzerinde durulmaktadır (72,74).

Davranış tedavileri, pratik önerilerden oluşmalıdır. Sigara bırakmada döneminde nikotin yoksunluk belirtileri en çok ilk 72 saatte ortaya çıkar, 2-3 hafta içinde azalarak kaybolur. Sigarayı bırakmayı takip eden üç ay içinde de kişinin karşılaşacağı bazı problemler ve yakınabileceği semptomlar görülebilir. Hekimin bu dönemdeki yardımları sigara bırakma oranlarını artıracaktır. İlk 72 saatte ortaya çıkabilecek olan erken yoksunluk semptomlarıyla (anksiyete, huzursuzluk, iritabilite, öfke, korku, konsantrasyon güçlüğü, depresyon, aşırı sigara içme isteği...) mücadele edebilmesi için kişiye bu dönemde, sigara içme ihtimali olan ve kendisine sigarayı hatırlatan ortamlardan uzak durması, egzersiz yapması veya bir işle meşgul olması, sakız kullanması, derin nefes alma egzersizleri yapması önerilmelidir. Sigarayı bıraktıktan sonra ilk üç ay içinde depresyon ve kilo artışı da görülebilir. Depresyon genellikle hafif ve geçicidir, kilo artışının önlenmesi için de hastaya egzersiz ve düşük kalorili gıda alımı önerilmelidir (77).

### **2.13. Sigara Bırakmada İlaç Tedavileri**

Sigara bırakmak kolay değildir ve özellikle destek almadan sigarayı bırakmaya çalışmak ciddi düzeyde bırakma çabası gerektirebilir (66). Hiçbir destek almadan kendi kendine sigara bırakmayı deneyenlerin %5'inden azı başarılı olabilmektedir (78). Sigarayı bırakmak için kişinin istemesi, yakın çevre ve hekim desteğinin

olmasının yanında günümüzde ilaç desteği de önemlidir ve kontrendike olmadıkça sigara bırakmak isteyen herkese önerilmelidir (66).

ABD Halk Sağlığı Servisinin (United States Department of Health and Human Services Public Health Service; US HHS) sigara bağımlılığına yaklaşımla ilgili kılavuzunda 7 ilaç ilk seçenek olarak gösterilmiştir:

1. Transdermal nikotin bandı,

2. Nikotin sakızı,

3. Nikotin pastili,

4. İnhaler nikotin,

5. Burun spreyi nikotin,

6. Bupropiyon,

7. Vareniklin (66).

Türkiye’de bu ilaçlardan ulaşılabilenler nikotin bandının 24 saatlik formları (Nicotinell TTS 10, 20 ve 30), 16 saatlik formları (Nicorette invisi 10 mg, 15 mg ve 25 mg ), nikotin sakızı (Nicotinell 2mg, Nicorette 2 ve 4mg), nikotin pastili (Niquitin 2mg ve 4mg), vareniklin (Champix) ve bupropiyon hidroklorürdür (Zyban, Wellbutrin). Zyban sigara bıraktırmada daha sık kullanılırken, Wellbutrin daha çok majör depresif bozuklukta ve mevsimsel afektif bozuklukta kullanılan aminoketon sınıfı antidepresandır. Wellbutrin; Wellbutrin sürekli salınımlı (SR) ve Wellbutrin uzatılmış salınımlı (XL) formları vardır (79)

### **2.13.1. Nikotin Replasman Tedavisi (Nrt)**

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

NRT’nin iki hedefi vardır.

1) Nikotinik reseptör sayısını azaltmak

2) Nikotinik reseptörlere bağlanarak aşırı isteği ve diğer yoksunluk semptomlarını gidermek

Sigara içildiğinde nikotin kısa sürede beyne ulaşır ve reseptörleri “vurucu etkiyle” doyurur. Beyinde nikotin reseptörlerinin bulunduğu başlıca yerler olan nukleus akkumbens ve anterior tegmental alanda reseptörler duyarsızlaşır ve sayılarını artırarak buna yanıt verir. Bu yüzden sigara içenlerde yüksek nikotin toleransı ve bağımlılığı meydana gelir (80).

Nikotin yerine koyma tedavileri ile nikotin sistemik venöz emilime uğrayacağından beyne sigaradan daha yavaş iletilir ve tepe noktası oluşmaz. Sigara ile birkaç saniyede beyne yüksek dozda nikotin ulaşırken NRT ile dakikalar boyunca (inhalatör, dil altı tableti veya pastil gibi oral ürünler) veya saatler sonucunda (transdermal bantlar için) daha düşük seviyelerde nikotin beyne ulaşır. Böylece nikotin reseptörleri uyarılmadan doyurulur ve reseptör sayısı giderek azalır, üç aylık NRT sonrası reseptör sayısı normal düzeye geriler (81,82).

Tedavinin diğer bir hedefi de sigaranın bırakıldığı dönemde yaşanabilecek yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmaktır. Günde 10’dan fazla sigara içen hastalara nikotin yerine koyma tedavisi başlanabilir. Nikotin yerine koyma tedavisi seçenekleri arasında birbirine üstünlük yoktur(82). Bu yüzden hastanın tercihi de önemlidir.

NRT kullanarak sigarayı bırakan kişilerin %93’ünün altı ay içinde tekrar sigaraya başladığı görülmüştür. NRT ve diğer farmakolojik tedavilerin davranışsal terapilerle etkili olduğu bildirilmiştir (28). Ayrıca davranışsal destek ile nikotin bandının birlikte kullanımı üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Nikotin bant tedavisiyle birlikte davranışsal destek yöntemi kullanılırsa bırakma başarısının iki kat arttığı görülmüştür (83).

### **Nikotin Bandı**

Nikotin bandı ile vücuda nikotin kontrollü şekilde verilir. Bandın 16 saat ve 24 saat vücuda yapıştırılan iki formu vardır; Nicorette Invisi (16 saatlik form) ve Nicotinell TTS (24 saatlik form).

Ülkemizde 24 saatlik formu bulunan Nicotinell TTS bantları üç farklı boyuttadır, 30 cm<sup>2</sup>’lik bantta 24 saatte 21 mg, 20 cm<sup>2</sup>’lik bantta 14 mg, 10 cm<sup>2</sup>’lik bantta 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 21

mg başlanması, bu dozda 4 hafta devam edilmesi, daha sonra 2' şer hafta süreyle sırayla 14 mg ve 7 mg olarak tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir (84). Günde 10-19 adet sigara kullananlarda 14 mg'lık Nicotinell TTS 20; başlama preparatı olarak verilebilir. Bu şekilde başlandığında bir-iki ay kullanılır, daha sonra 15 gün 7 mg'lık Nicotinell TTS 10'a geçilir. Nikotin içeriği 7 mg olan Nicotinell TTS 10; başlama preparatı olarak kullanılmaz. Sigara bırakma tedavileri sırasında doz 2-4 haftada bir azaltılarak, daha düşük düzeyde nikotin içeren banda geçilir ve tedavi 8-12 hafta devam eder. Bantlar 24 saatte bir değiştirilmelidir (78,85).

Nicorette invisi 16 saatlik form gündüz takılıp (16 saat) gece uyurken çıkarılan (8 saat) nikotin bandıdır. Nicorette invisi' nin 25 mg, 15 mg ve 10 mg olmak üzere 3 formu vardır. Fagerström Testi skoru  $\geq 6$  olan veya günde 20 ve üzerinde sigara içenlere 25 mg dozundaki bant ile tedaviye başlayıp 8 hafta süreyle kullanılması önerilir. Daha sonra bant kullanımı 2 hafta süreyle kademeli olarak azaltılarak 15 mg ve 10 mg' lık banda geçilir. Fagerström Testi skoru  $< 6$  olan veya günde 20'den daha az sigara içenlere 15 mg ile tedaviye başlayıp, 8 hafta süreyle devam ettikten sonra 10 mg ' lık doz 4 hafta kullanılmalıdır (86).

Nikotin bandının yüksek dozda kullanıldığı bir çalışmada, sigara bırakmada uzun süreli başarının sağlandığı ancak 12 haftadan uzun süre verilen bant tedavilerinde başarı oranının etkilenmediği görülmüştür (87).

Nikotin bandı tercihen sabah, kuru, temiz, kalça, üst kol veya gövde ön yüzünde tüysüz bir bölgeye yapıştırılıp üzerine yaklaşık 20 saniye bastırılır. Her gün farklı bir bölgeye yapıştırılmalı, cilt tahrişini önlemek amacıyla ancak dört gün sonra tekrar aynı yere dönülmelidir (87).

Nikotin bandı yan etkileri: baş ağrısı, uykusuzluk, ciltte kızarıklık, kaşıntı, alerjik reaksiyon, egzema ve ödem gibi deri reaksiyonları, anormal düşler, dengesizlik, bulantı, göğüs ağrısı, çarpıntıdır (88,89). Deri reaksiyonlarının tedavilerinde bandın takılan yerinin her gün değiştirilmesi, gerektiğinde antihistaminikler ya da topikal kortikosteroidlerin kullanılması bu sorunun çözümü için çoğu kez yeterlidir (89).

### **Nikotin Sakızı**

Nikotin çiğneme sırasında ağız mukozasından emilir. Nikotin sakızınının 2 ve 4 mg olmak üzere iki formu vardır. İki miligramlık sakız düşük ve orta derece bağımlılar tarafından, dört miligramlık sakız ise ağır bağımlılar için daha uygundur Tedavide sadece sakız kullanılacaksa altı hafta boyunca her 1-2 saatte bir, sonraki altı haftada kademeli azaltılarak kullanılır (89,90).

Nikotin sakızı için 'çiğne ve bekle' modeli önerilir. Yavaş yavaş çiğnenmeli, keskin bir tat oluşunca bir süre çiğnemeye ara verilmeli ve diş eti ile yanak arasında bekletilmelidir. Bu şekilde yaklaşık yarım saat, özelliği kayboluncaya kadar kullanılmalıdır. Emilimin iyi olabilmesi için ağızın pH'sı ve çiğneme tekniği önemlidir. Alkali ortamda nikotin daha iyi emilir. Sakız kullanırken asitli içeceklerin (kahve, kola, meyve suyu gibi) alınması nikotin emilimini bozar. Çiğneme öncesindeki 15 dakika ile çiğneme sırasında bir şey yenilmemesi ve içilmemesi en uygun olanıdır. Nikotin bandıyla kombine kullanımda savuşturulması zor içme istekleri geldiğinde 4 miligramlık veya 2 adet 2 miligramlık sakız çiğnenebilir. Bırakmanın ilk günlerinde, uyanır uyanmaz takılacak bandın etkisi başlayıncaya kadar, kan nikotin düzeyini daha hızlı yukarı çekerek yoksunluk belirtilerini önlemek amacıyla da nikotin bandı kullanılır (85,87). Nikotinin yutulması mideyle ilgili şikayetlere yol açabilir. Nikotin sakızı ayrıca hıçkırık, çene ağrısı, dişle ilgili problemlere de nadiren yol açabilir (91).

### **Nikotin Pastili**

Nikotin sakızıyla benzer etkilere sahiptir. Pastilin de 2 ve 4mg'lık formları vardır. Pastil ağızda dilaltında bekletilir ve çözülmesi beklenir. Kalkar kalkmaz 30 dakika içinde sigara içenlere 4mg, diğer içicilere 2mg'lık form önerilir. Tedavide sadece pastil kullanılacaksa altı hafta boyunca her 1-2 saatte bir, sonraki altı haftada kademeli azaltılarak kullanılır. Günde en fazla 20, 6 saatte en az 5 pastil kullanılmalıdır. Sakız gibi bantla kombine şekilde kullanımı yaygındır (87,91).

### **İnhaler Nikotin**

Bir ağızlık ve nikotin içeren plastik bir kartuştan oluşur. Her bir inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içerir ve ortalama 80 inhalasyon sağlar. İnhaler nikotinde amaç nikotin yoksunluğunun giderilmesinin yanında sigarayı tutma, içine çekme gibi

davranışsal durumları da tatmin etmeyi amaçlar. İlk 6-12 hafta günde 6 ila 16 kartuş önerilir ve bu sayı sonraki 6-12 hafta kademeli azaltılır. Sigara kullanımına benzer şekilde kullanılması el ağız alışkanlığının devam etmesine neden olup, davranış değişikliği yapılmasını zorlaştırabilir. Ağız ve boğazda ağrı sıklıkla görülür (92,93).

### **Nazal Sprey**

Nikotinin en hızlı vücuda alım şeklidir, plazmada 10 dakika içinde nikotin piki oluşur. Her bir püskürtmede 0,5 mg nikotin verir. Üç ay boyunca saatte 1 ya da 2 sprey önerilir. Nazal irritasyon, rinit, hapşırma, göz yaşarması gibi yan etkileri nedeniyle klinik kullanımı sınırlıdır (82,93).

### **2.14.2. Bupropion**

Bupropion, dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür. Aslında depresyonda kullanılan tedavi yöntemi olmasına rağmen sigaranın bırakılmasına bağlı gelişen yoksunluk semptomlarını azaltmada etkinliği kanıtlanmıştır ve sigara bırakma amacıyla kullanılmasına ilişkin onay almıştır (94). Sigara bırakmada nöbet yapıcı etkisi daha az olan yavaş salımlı formu 'Bupropiyon SR' kullanılır. Sigaranın bırakılmasındaki etkisinin nasıl oluştuğu tam olarak bilinmese de nöradrenerjik ve/veya dopaminerjik mekanizmalarla ilgili olduğu tahmin edilmektedir. Otuzaltı randomize çalışmanın metaanalizine göre bupropiyon ile sigara bırakma başarısı plaseboya göre 2 kat daha fazladır (95).

Elli iki hafta boyunca Bupropion tedavisi verilerek plasebo ile karşılaştırılan bir çalışmada, 24 aylık izlemde tekrar sigaraya başlamayı azalttığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada ileri yaş ve başlangıçta kilo almayan ya da az alan olgularda Bupropion'un tekrar başlamayı önlemede daha etkili olduğu görülmüştür (96).

Bağımlılık yapıcı diğer maddeler ve nikotin, ödül döngüsünde rol alan dopamin salgılayan nöronları aktive eder. Bupropion'un, bu nöronların dopamin salgısını azaltarak ödül döngüsünü baskıladığı ve sigara içme isteğini azalttığı gösterilmiştir (97). Sigarayı bırakma sürecinde kilo alımını engelleyici özelliği de bulunmaktadır (98).

Yavaş salımlı Bupropiyon, kararlı kan düzeyine 5-7 gün içinde ulaşabildiğinden, tedaviye başladıktan sonra 7-14 gün arasında sigara bırakma günü



belirlenir. Önerilen doz ilk 3 gün 150 mg/gün, sonraki günlerde 2x150mg/gün'dür. Aynı zamanda bazı çalışmalarda 150 mg/gün dozajının 300 mg/gün dozajı kadar etkili olduğu ve daha az yan etki geliştiği söylendiğinden, özellikle yan etki nedeniyle tam dozu tolere edemeyenlerde bir seçenek olabilir. Önerilen tedavi süresi 7-12 haftadır (99,100). Daha uzun süreli tedaviler duruma göre bazı kişiler için değerlendirilmelidir (101).

Bupropion'un en sık görülen yan etkileri uykusuzluk, ajitasyon, ağız kuruluğu ve baş ağrısıdır. Uykusuzluk ve ağız kuruluğu genellikle geçicidir ve genellikle terapötik müdahale olmadan hızla çözülür. Sigara bırakmak için Bupropiyon kullananlarda nöbet geçirme riski %0.1'dir ve doz bağımlıdır. Bu yüzden, nöbet geçiren ve nöbete eğilimi olanlarda kontrendikedir. Bupropiyon ayrıca yeme hastalığı olanlarda (anoreksiya nervoza, bulimia), son iki hafta içinde monoamin oksidaz inhibitörü ilaç kullananlarda, fazla miktarda alkol alanlarda, alkolü yeni bırakanlarda, bipolar bozukluğu olanlarda ve benzodiazepinler dâhil sedatiflerin birden bırakılması durumlarında da kontrendikedir (102).

Davranış değişikliği, ajitasyon, depresif duygudurumu, intihar düşüncesi ve girişimi gibi nöropsikiyatrik semptomları olanlar yakın takip edilmelidir. Yan etkilerin belirlenmesi ve hastaya sigara bırakma konusunda motivasyonunu arttırmak için sigara bırakma gününden sonraki 3-7 gün içinde hastayla tekrar görüşülmelidir (102). Bupropiyon stabil kardiyovasküler hastalığı ve kronik obstruktif akciğer hastalığı olanlarda güvenilirdir (103,104).

Sigara bırakmada Bupropion SR ve nikotin bandının tek başlarına ve birlikte kullanımlarının etkinliğini değerlendirmek amacıyla Jamerson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tedavi aldıktan sonra ilk üç haftada sigarayı bırakamayan hastalarda tek başına Bupropion SR ya da nikotin bandı ile birlikte kullananlarda, kısa ve uzun süreli sigara bırakma oranının sadece nikotin bandı kullananlara ve plaseboya göre anlamlı derecede farklı olduğu görülmüştür (97).

### **2.13.3. Vareniklin**

Merkezi sinir sistemindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerinin alt tipleri  $\alpha 4\beta 2$  ve  $\alpha 7$  dir. Bu reseptörlerin %90'ını  $\alpha 4\beta 2$  reseptörleri oluşturur. Nikotine en fazla bağlanma gösteren reseptörün bu olduğu düşünülmektedir. Bu reseptör alt tipine etki

gösteren ilaçların sigara bırakma tedavisi için potansiyel bir hedef olduğu düşünülmektedir (105,106).

Plasebo kontrollü çalışmalarla etkinliği kanıtlanan bir diğer ilaç, FDA tarafından 2006'da sigara bırakma ilacı olarak kabul edilen Vareniklin'dir (107). Vareniklin nikotinik  $\alpha 4\beta 2$  reseptörlerinin parsiyel agonistidir. İki şekilde sigarayı bırakmaya yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bir parsiyel agonist olarak  $\alpha 4\beta 2$  reseptörüne bağlanıp dopamin salınımını azaltıp, aşırı tütün isteği ve nikotin yoksunluğunu giderir. İkincisi; vareniklin  $\alpha 4\beta 2$  reseptör subünitine yüksek afiniteyle bağlandığından nikotinin reseptöre bağlanmasını bloke eder, böylece sigara içmeyle sağlanan ödül azalır, kişinin sigaradan uzaklaşmasını sağlar (108).

Hasta sigarayı kullanırken ilk 3 gün günde bir kez 0.5 miligram, 4.-7. günlerde 0.5 miligram günde iki kez, 8. günden itibaren günde iki kez 1 miligram olarak almaya başlar. 7-14. günler arasında bırakma günü belirlenip, tedaviye 12 hafta süre ile devam edilir. Tedavi süresinin bazı durumlarda 24 haftaya tamamlanması gerekebilir. Bulantı tedaviye bağlı görülen en sık yan etkidir. Nadiren anormal düşler, kusma, ağızda kötü tad, uyku bozuklukları, gaz şikayetleri de görülebilmektedir (109).

Vareniklin tedavisi alanlarda sigara bırakma oranları 12. hafta sonunda %23 ile %29.7 arasında bulunmuştur. Kronik obstruktif akciğer hastalığı olan hastalarda Vareniklin ile yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada 9-12. haftalar arasında bırakma oranları plasebo ile %8.8, Vareniklin ile %42.3 tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise vareniklin ile altı ay sonraki bırakma başarısı %49.5 olarak bulunmuştur (110).

Başka bir çalışmada Vareniklin ve Buproionun 12 hafta kullanılmasının ardından plaseboyla karşılaştırılmıştır. 52 haftanın sonunda bırakma oranları Vareniklin için %21.9, Bupropion için %16,1 ve plasebo için %8,4 olarak görülmüştür. Bu çalışmada yan etki olarak en fazla bildirilen Vareniklin için bulantı (%28,1) ve Bupropion için uykusuzluk (%21,9) olmuştur (111).

#### **2.13.4. Kombinasyon Tedavileri**

Nikotin Bandı + Nikotin Sakızı, Nikotin Bandı + Nikotin Pastili, Nikotin Bandı + İnhaler Nikotin, Nikotin Bandı + Nazal Sprey, Nikotin Bandı + Bupropiyon; sigara bırakma oranlarını artırdığı söylenen ve önerilen kombinasyonlardır (66,112,113).

Vareniklin ile NRT kombinasyonu ve vareniklin ile bupropiyon kombinasyonları da denenmiş ancak beraber etkinlikleri konusunda net bir sonuca varılamamıştır (114,115).

### **2.13.5. İkinci Seçenek İlaçlar**

Nortriptilin, Klonidin isimli ilaçlar ABD Sağlık Bakanlığının sigara bırakma için hazırladığı kılavuzda sigara bırakmada ikinci seçenek ajanlar olarak önerilmektedir (65).

#### **Nortriptyline**

Kontrollü randomize çalışmalarda kısmî bir faydası görülmüş trisiklik antidepresandır (95,104). Tedaviye günde tek sefer 25 mg ile başlanır, 75-100 mg'a kadar çıkılarak ortalama 12 hafta tedaviye devam edilir. Sigaranın 10-28 günler arasında bırakılması önerilir. Nortriptyline alan hastalarda ağız kuruluğu ve sedasyon gibi yan etkiler görülebilir (116).

#### **Klonidin**

Alfa-2 reseptörlerin selektif agonisti olan hipertansiyon anksiyete ve panik atakta kullanılan bir ilaçtır (39). Sigara bırakmada kısıtlı bir etkisi olduğu kabul edilmektedir (117,118). Bir meta analizde Klonidin'in plaseboya göre sigara bırakmayı kolaylaştırmada üstün olduğu söylenmesine rağmen (118), çalışmaların çoğunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (119).

### **2.13.6. Diğer Yöntemler**

Cytisine, Nikotin aşısı, akupunktur, caydırıcı terapi, finansal teşvikler, hipnoz, motivasyonel görüşme, dianicline , lobeline , anksiyolitikler, kanabinoid tip 1 reseptör antagonistleri, Mecemylamin ve Naltrekson sigara bırakmada araştırılan, denenmiş ya da güvenilirlikleri konusundaki kanıtların yetersiz olduğu ilaç veya yöntemlerdir (119–131).

### **2.13.7. Özel Gruplarda Tedavi Seçimi**

#### **• Adölesan ve Çocuklarda Sigara Bırakma Tedavisi**

Bu yaş grubunun sigara bırakma programına alınması başarıyı artıracaktır. Sigara bırakma desteği 18 yaşına kadar sürdürülmelidir. Bu yaş grubunda ilaç

tedavisinin uzun dönem sonuçlarının çok etkili olmaması nedeniyle davranış tedavisi ve sosyal destek verilmesi daha uygundur (132,133).

- **Psikiyatrik Hastalarda Sigara Bırakma Tedavisi**

Psikiyatrik hastaların çoğu genellikle sigara kullanıcılar. Psikiyatri bölümü ile tedavi ortak planlanmalıdır (133). Madde bağımlılığı ve psikiyatrik hastalığı olanlara iyileşme dönemlerinde sigara bırakma tedavisi önerilmemelidir(132). Anksiyete ve depresyon tanısı alan kişilerde sigara bırakma sonrası hastalığın seyri kötüleşebilir (133).

- **Gebelerde Sigara Bırakma Tedavisi**

Gebelerde tedavide ilk seçenek motivasyonel destek tedavisi olmalıdır. Kendisinde ve fetüste meydana gelebilecek patolojiler görsel materyallerle desteklenerek hastaya anlatılmalıdır (132).

Gebelerde vareniklinin güvenliğini değerlendiren birkaç küçük çalışmada teratojenite yapmadığı görülmüştür (134,135) ancak veriler sınırlıdır. Bupropion'un bilinen fetal anomaliler veya ters gebelik etkileri riski yoktur (136). Bununla birlikte hem bupropion hem de vareniklin anne sütüne geçer. Gebelik ve emzirme döneminde bu tedavilerin güvenilirliğini ve etkinliğini değerlendirmek için yeterli kanıt yoktur. Ayrıca, depresyon riski taşıyan bir popülasyonda, psikiyatrik semptom ve intihar riskinin artmasına neden olabilecek bupropion ve vareniklin gibi ilaçlar dikkatli kullanılmalıdır (134).

Nikotin replasman tedavisinin gebe sigara içicilerinde yoksunluk oranlarını artırıp arttırmadığına dair çelişkili kanıtlar vardır ve bu hastaların doğum sonrası izleminde kalıcı sigara bırakma olasılığını arttırdığı görünmemektedir (137,138). Gebelikte nikotin replasman tedavisinin kullanımını inceleyen çalışmalar yapılmış, ancak ABD' de yapılanların çoğu, gebelikte olumsuz etkilerinin gösterilmesi veya etkili olmaması nedeniyle veri ve güvenlik izleme komiteleri tarafından durdurulmuştur (139–141). Bu nedenle, nikotin replasman tedavisinin kullanımı yakın gözetim ile yapılmalı ve sigara içmeye devam etmenin bilinen risklerinin ve nikotin replasman tedavisinin olası risklerinin hasta ile dikkatlice değerlendirilmesi ve tartışılmasından sonra yapılmalıdır.

Nikotin bağımlılığı orta ve yüksek derecede olup motivasyonel destek ile bırakamayan gebelerde nikotin yerine koyma tedavileri kullanılabilir. Nikotin yerine koyma tedavisinde kullanılan ilaçların hepsi gebelikte C grubu ilaç olduğundan yarar-zarar ilişkisi gebeye anlatılarak başlanmalıdır. İlk tercih nikotin sakızı olmalıdır. Eğer gebe nikotin sakızı kullanmak istemezse gece çıkarmak şartıyla nikotin bandı kullanılabilir (142).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Özellikleri

Araştırmamız Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sigara Bırakma polikliniğine Ocak 2002-Mayıs 2018 tarihleri arasında başvuran hastaları kapsayan retrospektif bir çalışmadır.

Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurum yönetiminin yazılı izni; Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu'ndan 02.01.2019 tarihinde 2019-01/32 numaralı kararı ile alındı. (EK-1).

Çalışmaya; Ocak 2002-Mayıs 2018 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sigara Bıraktırma polikliniğine başvuran 10330 hasta arasından yıllara göre başvuran hasta sayısına eşit oranla rastgele seçilen ve telefonla ulaşarak anketimiz hakkında bilgi verdikten sonra katılmayı kabul eden 584 hasta dahil edilmiştir. Hastaların ilk gelişlerinde elde edilen bilgiler doğrultusunda doldurulan dosyaları da incelenmiştir.

Anket çalışması, 07.01.2019-28.03.2019 tarihleri arasında hastaların telefonla aranarak şu anki durumunun sorgulanması ve değerlendirilmesi şeklinde yapıldı. Dosya taranması ve telefonla anket doldurma yöntemi kullanıldı.

Hastaların ilk başvurularında doldurulan dosyalar taranarak elde edilen ve çalışmaya dahil edilen bilgiler şunlardır:

Ad-soyadı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, polikliniğimize başvuru şekli, sigaraya başlama yaşı, sigara kullanım miktarı (paket/yıl), fagerström nikotin bağımlılık testi puanı, karbonmonoksit düzeyi, en son sigara içme saati, bırakma kararı nedenleri, bırakma deneme sayısı, sigarayı depresyon veya kilo sorunu ile mücadelede kullanıyor mu, kullanımının stres veya konsantrasyonla bağlantısı var mı, özgeçmiş veya soy geçmişinde kronik hastalığı olup olmadığı, hastaya başlanan tedavi.

Ocak 2002-Mayıs 2018 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran hastalara şu anki sigara bırakma durumlarını öğrenmek amacıyla telefonla ulaşıldığında ise şu bilgiler öğrenildi:

Tüm hastaların;

- polikliniğe geliş sayısı

- hastaya başlanan tedavi

- başlanan tedavi sonucunda sigara bırakma durumu

-bu süreçte sigara bırakma durumunu öğrenmek amacıyla telefonla aranıp aranmadığı

-bu süreçte düzenli spor yapma durumu, alkol alma durumu ve destek görüp görmediği (Aile, arkadaş veya eşinden)

-hastanın yaşadığı ortamlarda (ev veya işyerinde) sigara içilip içilmediği

Eğer hasta sigarayı bırakmışsa;

-bu bırakmanın tedavinin kaçınıcı gününde olduğu

- bu bırakmanın ne kadar sürdüğü

- bu süreçte kaçamak olup olmadığı, olduysa kaçamak miktarı ve sebebi

Eğer hasta sigarayı hiç bırakmadıysa;

-şu an günde kaç adet sigara içtiği

-tekrar sigara bırakma girişiminde bulunup bulunmadığı, bulduysa polikliniğimiz veya başka merkezden destek alıp almadığı ve ilaç kullanıp kullanmadığı

-tekrar sigara bırakmak için polikliniğimize başvurma isteği

Eğer hasta sigarayı bırakıp tekrar başladıysa;

- başlama zamanı ve dolayısıyla temiz kalma süresi

- sigaraya tekrar başlama sebebi

- günlük içilen sigara adeti

-tekrar sigara bırakma girişiminde bulunup bulunmadığı, bulduysa polikliniğimiz veya başka merkezden destek alıp almadığı ve ilaç kullanıp kullanmadığı-tekrar sigara bırakmak için polikliniğimize başvurma isteği

### **3.2.İstatistiksel Analiz**

10330 kişinin olduğu sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar için örnekleme yapıldı. Sigara bırakma ile ilgili oran %27 ve yanılma payı da 0,35 olarak belirlendi. Yapılan çalışmada 0,05 anlamlılık düzeyinde örneklem hacmi yaklaşık 584 olarak hesaplandı.

Araştırmanın verileri SPSS 23.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Veriler nominal ve ordinal ölçekli olduğundan ki kare veya ilişki katsayıları (Contingency Coefficient, Phi, Cramer's V...) kullanıldı. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alındı.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak önemlilik için yeterli kabul edildi.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan 584 kişinin yaşlarına bakıldığında en küçüğü 17, en büyüğü 64 yaşında olmakla birlikte yaş ortalaması  $35,9 \pm 10,47$  yıldır. Katılımcıların 369'unun (%63,2) 21-40 yaş aralığında olduğu görüldü. Katılımcıların 110'u (%18,8) kadın, 474'ü (%81,2) erkekti. Katılımcıların 189'unun (%32,4) çocuk sahibi olmadığı ve 161'inin (%27,7) memur olduğu görüldü (Tablo 4.2). Araştırmaya katılanların tümü okuma yazma bilmekte ve %32,2'si üniversite %32,1'i lise mezunuydu (%32,1). Araştırmaya katılanların %74'ünün evli olduğu görüldü (Tablo 1).

**Tablo 1.** Sosyo-demografik özellikler

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		N	%
Yaş	20 YAŞ VE ALTI	29	%5,0
	21-30 YAŞ	194	%33,2
	31-40 YAŞ	175	%30,0
	41-50 YAŞ	131	%22,4
	51-60 YAŞ	48	%8,2
	61 YAŞ VE ÜSTÜ	7	%1,4
Cinsiyet	ERKEK	474	%81,2
	KADIN	110	%18,8
Eğitim	İLKOKUL	112	%19,3
	ORTAOKUL	67	%11,5
	LİSE	187	%32,1
	ÜNİVERSİTE	188	%32,2
	YÜKSEK LİSANS	29	%5
Medeni durum	EVLİ	432	%74
	BEKAR	152	%26
Çocuk sayısı	0	189	%32,4
	1	105	%18,0
	2	137	%23,5
	3	90	%15,4
	4 VE ÜZERİ	62	%10,6
Meslek	MEMUR	161	%27,7
	İŞÇİ	99	%17,0
	SERBEST	141	%24,2
	ÇALIŞMIYOR	65	%11,2
	ÖĞRENCİ	91	%15,6
	EMEKLİ	25	%4,3
<b>Toplam</b>		<b>584</b>	<b>%100</b>

Katılımcıların %52,4'ünün 16-20 yaş aralığında sigaraya başladığı görüldü. Katılımcıların %63,8' inin Fagerström nikotin bağımlılık testi skorları yüksek ve çok yüksekti (Tablo 2).

**Tablo 2.**Hastaların sigara kullanım özellikleri ve fagerstrom test skorları

N=584		N	%
<b>SİGARA BAŞLAMA YAŞI</b>	10-15 YAŞ	201	%34,4
	16-20 YAŞ	306	%52,4
	21 YAŞ VE ÜSTÜ	77	%13,2
<b>FAGERSTROM SKORU</b>	ÇOK AZ (1-2)	58	%9,9
	AZ (3-4)	80	%13,7
	ORTA (5)	73	%12,5
	YÜKSEK (6-7)	187	%32,0
	ÇOK YÜKSEK (8-9-10)	186	%31,9

#### 4.2. Katılımcıların Sigara Bırakma Oranları ve Etkileyen Faktörler

Hastaların sigara bırakma durumu ile başvuru yaşı, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, meslek ve fagerström nikotin bağımlılık testi skoru arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ( $p>0,05$ ).

Fagerstrom nikotin bağımlılık testinde yer alan günde içilen sigara miktarı, sabah ilk içilen sigaranın saati, sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanma, günün hangi saatindeki sigaranın vazgeçilmez olduğu ve günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olduğunda sigara içilip içilmediğinin sigara bırakma durumu ile ilişkisi incelendiğinde de istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p>0,05$ ).

Polikliniğimize sigara bırakmak için başvuran 584 hastanın bırakma kararı nedenleri incelendiğinde 429'unun (%73,5) sağlık problemi nedeniyle bu kararı aldıkları görüldü. Maddiyat, çevre baskısı, spor yapmaktan zorlanma, kokusundan rahatsız olma, çocuklarına zarar verme düşüncesi, nefes almaktan zorlanma, kapalı

alandanda sigara içme yasağı, hastalanma korkusu, çevresindekiler rahatsızlık verme ve ağız tadı bozukluğu sigara bırakma kararının diğer nedenleriydi.

Çalışmaya dahil edilen 584 hastadan 567'si (%97,1) kendi isteğiyle, 17'si (%2,9) sevk sonucu polikliniğimize başvurdu. Hastalardan 233'ü verilen tedaviyle sigarayı bıraktığını, 351'i ise verilen tedaviyle sigarayı bırakmadığını bildirdi. Sigara bırakma oranı %39,9 olarak saptandı (Tablo 3).

**Tablo 3.**2002-2018 yılları sigara bırakma oranlarının değerlendirilmesi

<b>TEDAVİYLE SİGARAYI BIRAKMA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	233	39,9
<b>Hayır</b>	351	60,1
<b>Toplam</b>	584	100

Katılımcıların sigaraya başlama yaşı ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında 10-15 yaş aralığında olan 201 hastadan 69'unun (%34,3), 16-20 yaş aralığında olan 306 hastadan 132'sinin (%43,1), 21 yaş ve üzerinde olan 77 hastadan ise 35'inin (%45,5) sigarayı bıraktığı görüldü. İstatistiksel olarak farklılık anlamsız bulundu. ( $p>0,05$ ). (Tablo 4.).

**Tablo 4.**Sigaraya başlama yaşı ile sigara bırakma oranı ilişkisinin değerlendirilmesi

<b>SİGARAYA BAŞLAMA YAŞI</b>	<b>TEDAVİYLE SİGARAYI BIRAKMA</b>		<b>SONUÇ</b>
	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	$X^2=4,24$ $p=0,12$
<b>10-15 yaş</b>	69 (34,3)	132 (65,7)	N=584
<b>16-20 yaş</b>	129 (42,2)	177 (57,8)	
<b>21 yaş ve üstü</b>	35 (45,5)	42 (54,5)	
<b>Toplam</b>	233 (39,9)	351 (60,1)	

Motivasyonel görüşmeyle birlikte Bupropion başlanan hastaların tedaviyle sigara bırakma başarısı %35,6, Vareniklin başlanan hastalarda bu oran %47,6 ve NRT verilen hastalarda ise %33,3 olarak tespit edildi. Farmakoterapi başlanmayıp sadece

motivasyonel görüşme yapılan hastalarda ise sigara bırakma oranı %33,3 olarak görüldü. Motivasyonel görüşmeyle birlikte Vareniklin başlanan hastaların sigara bırakma başarısı istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) yüksek bulundu (Tablo 5).

**Tablo 5.**Verilen tedavi ile sigara bırakma oranı ilişkisinin değerlendirilmesi

HASTAYA VERİLEN TEDAVİ	SİGARAYI BIRAKMA		SONUÇ
	Evet	Hayır	
Bupropion+ Motivasyonel Görüşme	52 (%35,6)	94 (64,4)	X <sup>2</sup> =10,59 p=0,014
Vareniklin+ Motivasyonel Görüşme	117 (%47,6)	129 (%52,4)	
Nrt+ Motivasyonel Görüşme	56 (%33,3)	112 (%66,7)	N=584
Motivasyonel Görüşme	8 (%33,3)	16 (%66,7)	
<b>Toplam</b>	233 (%100)	351(%100)	

Anketimize katılan 584 hastada verilen tedavi ile sigarayı bıraktıktan sonra bırakmayı devam ettirme süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) görüldü (Tablo 6).

**Tablo 6.**Verilen tedavi ile sigara bırakma devamlılığı arasındaki ilişki

VERİLEN TEDAVİ	SİGARAYI BIRAKMA DEVAMLILIĞI							SONUÇ
	0-6 ay	6-12 ay	1-2 yıl	3-4 yıl	5-6 yıl	6 yıl üzeri	Halen içmiyor	
Bupropion+ Motivasyonel Görüşme	27 %51,9	5 %9,6	4 %9,6	2 %0,0	0 %0,0	0 %3,8	14 %21,2	X <sup>2</sup> =22,12 p=0,254
Vareniklin+ Motivasyonel Görüşme	59 %50,4	8 %6,8	10 %8,54	3 %2,5	1 %0,8	2 %1,7	34 %29,0	
Nrt+ Motivasyonel Görüşme	27 %48,2	4 %7,1	9 %16,1	2 %3,6	1 %1,8	3 %5,4	10 %17,9	N=233 %100
Motivasyonel Görüşme	1 %11,1	1 %11,1	1 %11,1	2 %22,2	0 %0,0	0 %0,0	3 %44,4	
<b>Toplam</b>	114 %48,5	18 %8	24 %10,5	9 %3,8	2 %0,8	5 %2,1	61 %26,2	

Hastalara verilen tedavilerle tedaviyi kullanma süresi arasındaki ilişki incelendiğinde farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Verilen tedaviyi hiç kullanmayanların çoğunlukla NRT reçete edilenler (%34) olduğu görüldü (Tablo7).

**Tablo 7.**Hastalara verilen tedavi ile tedaviyi kullanma süreleri arasındaki ilişki

HASTAYA VERİLEN TEDAVİ	TEDAVİ KULLANMA SÜRESİ			SONUÇ
	Hiç	1ay ve daha az	1aydan çok	
Bupropion+ Motivasyonel Görüşme	25(% 17,4)	92(%63,9)	27(% 18,8)	$X^2=109,67$ $p=0,001$
Vareniklin+ Motivasyonel Görüşme	31(% 12,9)	147(%61,0)	63(%26,1)	
Nrt+ Motivasyonel Görüşme	54(%34,0)	83(%52,2)	22(%13,8)	N=544
<b>Toplam</b>	110(%20,2)	322(%59,1)	112(%20,	

Polikliniğimize başvurup farmakolojik tedavi verilen 560 hastanın tedavi kullanım süreleri incelendiğinde; hastaların %31,6'sının 1 hafta 1 ay arası, %25,8' inin 1 ay, %19,6' sının ise verilen tedaviyi hiç kullanmadığı görüldü (Tablo 8).

**Tablo 8.**Farmakoterapi verilen hastaların tedavi kullanım süreleri

TEDAVİ KULLANIM SÜRELERİ	N	%
Hiç	110	% 19,6
1hafta-1 ay arası	177	%31,6
1 ay	145	%25,8
1-2 ay arası	26	%4,6
2 ay	42	%7,5
2-3 ay arası	7	%1,2
3 ay	31	%5,5
3 aydan fazla	6	%1,0
Hatırlamıyor	15	%2,6
<b>Toplam</b>	560	%100

Polikliniğimize başvurup sigarayı bırakan 233 hastanın tedavi kullanım süreleri ile sigarayı bırakma devamlılığı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel

olarak farklılık anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Sigarayı bırakan hastalardan hiç ilaç kullanmayanların %30'unun, 1 ay ve daha az ilaç kullananların %53,7' sinin, 1 aydan çok ilaç kullananların ise %43,7' sinin 6 ay içinde tekrar sigaraya başladığı görüldü (Tablo 9). İlaç kullanmayarak sadece motivasyonel görüşmeyle sigarayı bırakanların 6 ay içinde tekrar başlama oranı daha düşüktü.

**Tablo 9.** Tedavi kullanım süresi ile sigara bırakma devamlılığı arasındaki ilişki

TEDAVİ SÜRESİ	SİGARAYI BIRAKMA DEVAMLILIĞI							SONUÇ
	0-6 ay	6-12 ay	1-2 yıl	3-4 yıl	5-6 yıl	6 yıl üzeri	Halen içmiyor	
<b>İlaç almayan</b>	8 %30,8	3 %11,5	6 %23,1	3 %11,5	1 %3,8	0 %0,0	5 %19,2	$X^2=26,17$ $p=0,01$
<b>1 ay ve daha az</b>	73 %53,7	11 %8,1	6 %4,4	3 %2,2	0 %0,0	3 %2,2	40 %29,4	
<b>1 aydan çok</b>	31 %43,7	5 %7,0	13 %18,3	3 %4,2	1 %1,4	2 %2,8	16 %22,5	N=233 %100
<b>Toplam</b>	112 %48,5	19 %8	25 %10,5	9 %3,8	2 %0,8	5 %2,1	61 %26,2	

Polikliniğimize sigara bırakmak için başvuran 584 hastanın daha önce bırakma denemesi ve kendilerine olan güveni sigara bırakma durumu ve bırakma devamlılığı ilişkisi incelendiğinde ise istatistiksel olarak farklılık önemsiz bulundu ( $p>0,05$ ).

Farmakoterapi başlanan 568 hastadan tedaviyi kullanma süresi 1 aydan fazla olan hastaların 1 ay ve daha az ilaç kullanan ve ilacı hiç kullanmayan hastalara göre sigara bırakma oranları istatistiksel açıdan anlamlı olarak ( $p<0,05$ ) yüksek bulundu (Tablo 10).

**Tablo 10.**Tedavi süresi ile sigara bırakma oranı ilişkisinin değerlendirilmesi

TEDAVİ SÜRESİ	HASTA TEDAVİYLE SİGARAYI BIRAKTI MI		SONUÇ
	Evet	Hayır	
İlaç kullanmamış	26 (%19,4)	108 (%80,6)	X <sup>2</sup> =109,67 p=0,001
1 ay ve daha az	135 (%41,9)	187 (%58,1)	
1 aydan çok	69 (%61,6)	43 (%38,4)	
<b>Toplam</b>	230	338	N=568

Polikliniğimize başvuran 584 hastada sigara bırakma durumlarını öğrenmek amacıyla telefonla aranma sayıları ile sigara bırakma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak farklılık önemli bulundu ( $p<0,05$ ). Telefonla aranma sayısı 3 ve üzerinde olan kişilerin bırakma oranları daha yüksekti (Tablo 11).

**Tablo 11.**Telefonla aranma sayısı ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişki

TELEFONLA ARANMA	HASTA TEDAVİYLE SİGARAYI BIRAKTI MI		SONUÇ
	Evet	Hayır	
Hiç	155 (%36,6)	268 (%63,4)	X <sup>2</sup> =18,51 P=0,001
1-2 kez	37 (%39,4)	57 (%60,6)	
2-3kez	18 (%51,4)	17 (%48,6)	
3-4kez	10 (%83,3)	2 (%16,7)	N=584
4 üzeri	13 (%65,)	7 (%35,0)	
<b>Toplam</b>	233	351	

Anketimize katılan 584 hastanın telefonla aranma sayıları ile sigara bırakma devamlılığı arasındaki ilişki incelendiğinde ise farklılık istatistiksel olarak anlamsız ( $p>0,05$ ) bulundu (Tablo 12).

**Tablo 12.**Telefonla aranma sayısı ile sigara bırakma devamlılığı ilişkisi

TELEFONLA ARANMA	SİGARAYI BIRAKMA DEVAMLILIĞI							SONUÇ
	0-6 ay	6-12 ay	1-2 yıl	3-4 yıl	5-6 yıl	6 yıl üzeri	Halen içmiyor	
<b>HİÇ</b>	70 %44,0	13 %8,8	16 %10,1	8 %5,0	2 %1,3	5 %3,1	43 %27,7	X <sup>2</sup> =27,91 p=0,26
<b>1-2 kez</b>	19 %52,8	2 %5,6	5 %13,9	1 %2,8	0 %0,8	0 %1,7	9 %25,0	
<b>2-3 kez</b>	13 %72,2	3 %16,7	1 %5,6	0 %3,6	0 %1,8	0 %0,0	1 %5,6	N=233 %100
<b>3-4 kez</b>	8 %80,0	0 %0,0	1 %10,0	0 %0,0	0 %0,0	0 %0,0	1 %10,0	
<b>4 Üzeri</b>	3 %25	0 %0,0	1 %8,3	0 %0,0	0 %0,0	0 %0,0	8 %66,7	
<b>Toplam</b>	113 %48,5	18 %7,7	24 %10,3	9 %3,9	2 %0,9	5 %2,1	62 %26,6	

Polikliniğimize gelen 584 hastanın bırakma sürecinde sigarayı bırakmaları konusunda kimden destek aldıklarıyla sigara bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, sigarayı bıraktıktan sonra tekrar sigara içmeme süreleri karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli bulundu ( $p<0,05$ ). Sigara bırakma sürecinde aileden (anne, baba veya çocuk) destek alanların sigarayı bıraktıktan sonra tekrar sigara içmeme sürelerinin daha yüksek (%39,5) olduğu görüldü (Tablo 13).

**Tablo 13.**Destek alma durumu ile sigarayı bırakma devamlılığı arasındaki ilişki

DESTEK	SİGARAYI BIRAKMA DEVAMLILIĞI							SONUÇ
	0-6 ay	6-12 ay	1-2 yıl	3-4 yıl	5-6 yıl	6 yıl üzeri	Halen içmiyor	
<b>Hiç kimse</b>	27 %54,0	4 %8,0	5 %10,0	0 %0,0	0 %0,0	2 %4,0	12 %24,0	X <sup>2</sup> =30,21 p=0,035
<b>Aile</b>	26 %34,2	4 %5,3	8 %10,5	6 %7,9	0 %0,0	2 %2,6	30 %39,5	
<b>Eş</b>	36 %60,0	6 %10,0	7 %11,7	2 %3,3	0 %0,0	0 %0,0	9 %15,0	N=233 %100
<b>Arkadaş</b>	24 %51,1	4 %8,5	4 %8,5	1 %2,1	2 %4,3	1 %2,1	11 %23,4	
<b>Toplam</b>	113 %48,5	18 %7,7	24 %10,3	9 %3,9	2 %0,9	5 %2,1	62 %26,6	



Polikliniğimize başvuran 584 hastada sigarayı bırakma sürecinde düzenli olarak spor yapılmasıyla sigara bırakma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak farklılık önemsiz ( $p>0,05$ ) bulundu (Tablo 14). Düzenli spor ile sigarayı bırakma devamlılığı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak incelendiğinde farklılık anlamlı bulunmadı.

**Tablo 14.**Düzenli spor ile ilaç sonrası sigara bırakma durumu arasındaki ilişki

DÜZENLİ SPOR	İLAÇ SONRASI BIRAKMA DURUMU		SONUÇ
	Evet	Hayır	
Evet	68 (%45,9)	80 (%54,1)	$X^2=3,62$ $p=0,16$
Hayır	165 (%37,9)	271 (%62,1)	
<b>Toplam</b>	233 (%100)	351 (%100)	N=584

Sigara bırakmak için polikliniğimize başvuran 584 hastada, bırakma sürecinde alkol kullanımıyla ilaç sonrası sigara bırakma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde farklılık istatistiksel olarak önemsiz ( $p>0,05$ ) bulundu (Tablo 15). Alkol kullanımı ile sigarayı bırakma devamlılığı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

**Tablo 15.**Alkol kullanımı ile ilaç sonrası sigara bırakma durumu arasındaki ilişki

ALKOL KULLANIMI	İLAÇ SONRASI BIRAKMA DURUMU		SONUÇ
	Evet	Hayır	
Evet	39 (%45,3)	47 (%54,7)	$X^2=1,250$ $p=0,26$
Hayır	194 (%39,0)	304 (%61,0)	
<b>Toplam</b>	233 (%100)	351(%100)	N=584

Anketimize katılan 584 hastadan 108'inin polikliniğimize başvurdukları anda CO (karbonmonoksit) değerlerine bakılmış olup sigara bırakma durumu ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak farklılık anlamlı bulunamadı ( $p>0,05$ ).

Polikliniğimize başvurduktan sonra ilaçla tedavi ve motivasyonel görüşme ile sigarayı bırakan 233 hastadan 20'sinin kaçamak sigara kullanımı olduğu görüldü. Hastaların kaçamak sebeplerine bakıldığında en sık sigara içilen ortamda bulunma (%55,0) nedeniyle kaçamak yapıldığı belirlendi (Tablo 16).

**Tablo 16.**Kaçamak sebepleri

<b>KAÇAMAK SEBEBİ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Keyif</b>	4	%20
<b>Stres</b>	3	%15
<b>Sigara içilen ortam</b>	11	%55
<b>Alışkanlık</b>	2	%10
<b>Toplam</b>	20	%100

Kaçamak sigara kullanımı olan 20 hastadan 11'inin (%55) ayda 1- 2 kez, 7'sinin (%35) haftada 1-2 kez kaçamak yaptığı görüldü.

Polikliniğimize başvurduktan sonra tedaviyle sigarayı bırakan 233 hastadan 171'inin tekrar sigaraya başladığı öğrenildi. Bu hastaların en sık stres (%51,8) nedeniyle tekrar sigaraya başladığı görüldü (Tablo 17).

**Tablo 17.**Sigaraya tekrar başlama nedenleri

<b>SİGARAYA TEKRAR BAŞLAMA NEDENİ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Keyif</b>	23	%13,5
<b>Stres</b>	89	%51,8
<b>Arkadaş ortamı</b>	35	%20,6
<b>Alışkanlık</b>	23	%13,5
<b>Kilo alımı</b>	1	%0,6
<b>Toplam</b>	171	%100

Polikliniğimizde aldığı tedaviyle sigarayı bırakıp tekrar başlayan 171 kişinin sigara bırakma devamlılığı incelendiğinde hastaların 113'ünün (%66,2) ilk 6 ayda sigaraya tekrar başladığı görüldü (Tablo 18).

**Tablo 18.**Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların bırakma devamlılık süresi

<b>TEKRAR BAŞLAYANLARIN BIRAKMA DEVAMLILIĞI</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>1 hafta</b>	6	%3,5
<b>1-2 hafta</b>	11	%6,4
<b>2-3 hafta</b>	4	%2,5
<b>3-4 hafta</b>	5	%2,9
<b>1-3 ay</b>	47	%27,5
<b>3-6 ay</b>	40	%23,4
<b>6 ay-1 yıl</b>	18	%10,5
<b>1-2 yıl</b>	24	%14,0
<b>3-4 yıl</b>	9	%5,3
<b>5-6 yıl</b>	3	%1,7
<b>6 yıl üzeri</b>	4	%2,3
<b>Toplam</b>	171	%100

Ayrıca verilen tedaviyle sigarayı bırakıp sonra tekrar sigaraya başlayan 171 hastanın 54'ünün yarım paket ve daha az, 98'inin ise 1 paket ve daha az sigara kullandığı tespit edildi.

Tekrar sigaraya başlayan 171 hastadan sadece 2'si tekrar polikliniğimize başvurmuşken, tedavi sonrası sigarayı bırakamayıp şu an sigara içme durumu devam eden 293 hastadan sadece 3'ünün polikliniğimize tekrar başvurduğu ancak yine de sigarayı bırakamadıkları görüldü.

Polikliniğimizde sigara bırakma tedavisi aldıktan sonra tekrar sigaraya başlayan 12 ve sigarayı bırakamayan 25 kişi olmak üzere toplam 37 kişinin sigara bırakma tedavisi amacıyla başka bir merkeze başvurduğu tespit edildi. Bu başvurulardan sonra sadece 5'inin sigarayı bıraktığı belirlendi.

Polikliniğimizde sigara bırakma tedavisi aldıktan sonra tekrar sigaraya başlayan 171 kişiden 82'si, başlanan tedavi sonucu sigarayı bırakamayan 351 kişiden 166'sı olmak üzere toplam 248 kişi destek almadan tekrar sigara bırakma girişiminde bulundu. Kendi başına sigara bırakma girişiminde bulunanlardan 45'inin sigarayı bıraktığı tespit edildi.

Sigara içme durumu devam etmekte olan 464 hastaya tekrar sigara bırakma amacıyla polikliniğimize başvurma isteği olup olmadığı sorulduğunda ise 206'sı (%44,3) evet, 258'i (%55,7) hayır yanıtını verdi.

Anket çalışmasına katılan 584 hastaya iş yerinde veya evde yanında sigara içilip içilmediği sorulduğunda 382 hasta (%65,4) içildiğini, 202 hasta (%34,6) ise içilmediğini belirtti. Yanında sigara içilmeyen hastaların şu anki sigara içme oranının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az olduğu görüldü (Tablo 19).

**Tablo 19.**Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların bırakma devamlılık süresi

YANINDA SİGARA İÇİLME	ŞU ANKİ SİGARA İÇME DURUMU		SONUÇ
	İçmiyor	İçiyor	
<b>Evet</b>	72 (%18,9)	310 (%81,1)	X <sup>2</sup> =13,43 p=0,009
<b>Hayır</b>	62 (%30,8)	140 (69,2)	
<b>Toplam</b>	134(%100)	450(%100)	N=584

## 5. TARTIŞMA

Günümüzde bir hastalık olarak kabul edilen sigara bağımlılığı profesyonellerce motivasyonel ve farmakolojik destek ile tedavi edilebilmektedir (39). Tütün epidemisinin önüne geçmek için, DSÖ sağlık sisteminin sigarayı bıraktırma yöntemlerine yoğunlaşp, hastalara yardımcı olunmasını önermektedir. Sigara bırakma poliklinikleri tütün kullanımı ile mücadelenin odak noktaları, simgeleri konumundadır (5).

Sigara içenlere tedavi ile sigaranın bırakılmasını sağlamak ve tütün kontrolü konusunda eğitim verebilecek bir merkez oluşturmak çok önemlidir. Bu merkezde tedavi uygulanan hastalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda veriler merkezin hizmet verdiği bölgede tütün kontrolü yaklaşımının belirlenmesini sağlayacaktır.

Polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalaması  $35,9\pm 10,47$  yılıdır. Başvuru yaşı 21-30 yaş aralığında (%33,2) olanlar çoğunlukta idi. “Yapılan çeşitli çalışmalarda yaş ilerledikçe sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğu görülmüşse de (32,143–149), Argüder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (150) bu etki görülmemiş olup, bizim çalışmamızda da başvuru yaşının sigara bırakma oranıyla ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p=0,059$ )

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların %81,2’ si erkekti. Fidan ve arkadaşlarının Afyon’da yaptığı bir çalışmada 135 olgunun %32,7’si kadın, %67,3’ü erkekti (149). Ayrıca Uzaslan ve arkadaşlarının Bursa’da (151), Solak ve arkadaşlarının İzmir’de (152), Çan ve arkadaşlarının Trabzon’da (153) yaptığı çalışmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu olarak sigara bırakma polikliniklerine başvuran erkek hasta sayısı yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer birçok çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde sigara bırakma polikliniğine başvuran erkek hasta sayısı yüksek saptanmıştır (154–160). Salepçi ve ark. ve Wilson ve ark.’nın yaptığı çalışmalarda ise kadın oranı daha yüksek bulunmuştur (161,162). Demir ve ark. çalışmasında ise kadın ve erkek oranı birbirine çok yakındı (163).

Sağlam ve arkadaşlarının 2012’de yaptığı çalışmada sigara bırakmada erkeklerin daha başarılı olduğu belirtilmişti (164). Cinsiyetin sigara bırakma başarısına olan etkisi incelendiğinde bazı çalışmalarda erkeklerin daha başarılı olduğu (3,46,51,165–174) belirtilmiş olsa da Argüder ve arkadaşlarının 2013 yılında Örsel ve

arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmalarda ve diğer pek çok çalışmada sigara bırakma başarısında cinsiyetin anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştü (82,110,149,153,161,163,175,176). Bizim çalışmamızda da kadın ve erkek katılımcılar arasında sigara bırakma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ( $p=0,088$ )

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde %69,3'ü ( $n=404$ ) lise ve üstü eğitim almıştı. Eğitim durumuyla ilgili yapılan diğer çalışmalara baktığımızda, üniversite ve üzerinde eğitim alanların oranı %30,5 ile %65,1 arasında değişmekteydi (150,153,161,163,164,175–178). Eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısında etkili olduğunu ve eğitim düzeyi düşük olan gruplarda sigara bırakma oranının daha düşük olduğunu belirten farklı çalışmalar (120,179–186) bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda da eğitim durumunun sigara bırakma üzerine etkisi incelendiğinde farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p= 0,047$ ). Üniversite mezunu olanların ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre daha yüksek oranda (%47,3) sigarayı bıraktıkları görüldü.

Çalışmamız medeni durum açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların 432'si (%74) evliydi. Örsel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da evli olanların oranının %74,3 olduğu görülmüştü (175). Dicle Üniversitesi'ndeki bir çalışmada kişilerin %65,9'unun evli olduğu belirtilmiş (161) olup, Hall ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada da bu oranın %70,4 olduğu görülmüştür (187).

Evli olanların sigara bırakmada daha başarılı olduğunu gösteren 2011 yılında Japuntich ve arkadaşlarının, Wee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalar olsa da (169,188), yapılan çoğu çalışmada genellikle medeni durumun sigara bırakma başarısını etkilemediği gözlenmiştir (75,150,173,175,177,189,190). Bizim çalışmamızda da evli olanlarla olmayanlar arasında sigarayı bırakma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ( $p=0.611$ ).

Sigara içenlerde meslekle bırakma ilişkisini araştıran bir çalışmada sigara kullanmada en büyük düşüşler eğitim hizmetlerinde çalışan işçilerde (%6,5) ve finans, sigorta (%6,2) işçilerindeydi. En küçük düşüşler ise, emlak ve kiralama (%0,9) sektöründe çalışanlar arasındaydı (191). Öğretmenlik ve yasal mesleklerde sigara

içme sıklığının düşük kaldığını ve giderek azaldığını gösteren başka çalışmalar da vardır (192–195). Çalışmamıza katılan 584 kişinin meslekleri incelendiğinde %27,7'si memur, %24,2'si serbest meslek, %17,0'ı işçi, %15,6'sı öğrenci, %4'ünün emekli olduğu ve %11,2'sinin çalışmadığı görüldü. Çukurova üniversitesinde 2008 yılında 586 kişiyle yapılan bir çalışmada ise kişilerin %36,6'sının ev hanımı, %12'sinin emekli, %8,2'sinin ise öğrencilerden oluştuğunu belirtmişlerdi (196). Yang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (197) olduğu gibi bizim çalışmamızda da meslek grubu ile sigara bırakma oranları arasındaki ilişkiye baktığımızda fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0,225$ ).

Çalışmamızdaki hastaların sigaraya başlama yaş ortalaması  $17,4\pm 8,9$  olarak izlendi. Tüm olguları sigarayı başlama yaşı açısından değerlendirdiğimizde 306 kişinin (%52,4) 16-20 yaş aralığında sigaraya başladığı görüldü. Çalışmamızda 20 yaş altında başlama oranı oldukça yüksekti. Yapılan çeşitli araştırmalarda gençlerde sigaraya başlama yaşının 11-18 yaşları arasında olduğu bulunmuştur (198–208). Yapılan bazı araştırmalar (200,206–208) göstermektedir ki sigara kullanımını azaltmak için özellikle gençlerin sigaraya başlamasının önlenmesine yönelik çalışmalara önem verilmeli ve gençlerin sigarayı denemesi engellenmelidir.

Sigara içmeye başlama yaşı yapılan çeşitli çalışmalarda sigara bırakmada anlamlı değişkenler arasında tanımlanmıştır (209,210). Bazı çalışmalarda ise başarıya katkısı gösterilememiştir (75,211). Bizim çalışmamızda da sigaraya başlama yaşı ile sigara bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ( $p=0,089$ ).

Yaptığımız çalışmada Fagerstrom nikotin bağımlılık testi sonuçlarını incelediğimizde yüksek ve çok yüksek bağımlıların oranı fazlaydı (%63,8). FNBT skorunun bırakma başarısı ile korelasyon gösterdiğini, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının düşük bırakma oranları ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar (186,212) olsa da bazı çalışmalarda (157–159) olduğu gibi bizim çalışmamızda FNBT skorunun sigara bırakma ile ilişkisini incelediğimizde farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0,892$ ).

Sigara bırakma oranları değerlendirildiğinde; Solak ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (152) sigara bırakma başarısını birinci yıl sonunda %45,5 olarak

bulmuşlardır ve sigarayı bırakmada yoğun motivasyonel görüşme, davranış tedavisi, kontrol ve telefonla hasta takibinin önemli rol oynadığını, buna NRT eklenmesinin sigara bırakmada başarı oranını artırdığını söylemişlerdir. Salepçi ve arkadaşları (161) 24 olguya farmakolojik tedavi uygulayıp,79 hastayla davranışsal destek, motivasyonel görüşme yaparak bir yıl boyunca olguları düzenli takip ettikten sonra sigara bırakma başarısını on beşinci günde %75, üçüncü ayda %54, altıncı ayda %48.5, birinci yılda %41,2 olarak bulmuşlardır. Başka bir çalışmada Uzaslan ve arkadaşları (151) sigara bırakma polikliniğinin beş yıllık sonuçlarını değerlendirdikleri 296 olguda bir yıllık başarı oranını %40 olarak belirtmiştir. Olguların sahip oldukları sağlık sorunları ve hekimle yüz yüze görüşmelerin yapılmış olmasının başarı oranını arttırdığını düşünmüşlerdir. Çalışmalarında sigara bırakmada profesyonel hekim desteğinin önemini vurgulayan Çan ve arkadaşları (153) birinci yıl sonunda sigara bırakma oranını %43,4 olarak bulmuşlardır. Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada 1 yıllık başarı oranı %40'ın üzerindeyken (177), Yaşar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 1.yıl sonunda sigara bırakma oranı %37,3 bulunmuştur (9). Kuzey Tayvan'daki bir tıp merkezinde günde 10'dan fazla sigara içen 877 hastayla yapılan başka bir çalışmada ise 6 ay sonra bırakma oranı %37,7 olarak görülmüştür (213). Sigara bırakma durumlarını değerlendirmek amacıyla nöroloji, kardiyoloji ve göğüs hastalıkları bölümlerine başvurup yatışı yapılan toplam 125 hastayla yapılan çalışmada da 3 ay sonra sigara bırakma oranı %42,4 bulunmuştur (214). Hastanede yatış sırasında sigara bırakma danışmanlığının verilmesinin ve taburcu edildikten sonra telefon ya da ayakta tedavi danışmanlığı ile daha fazla takip yapılmasının sigara bırakma oranını arttırdığını düşünmüşlerdir.

Polikliniğimize Ocak 2002-Mayıs 2018 yıllarında gelen ve anketimize katılan 584 hastadan 233'ünün verilen tedaviyle sigarayı bıraktığı 351'inin ise verilen tedaviyle sigarayı bırakmadığı telefonla aranarak öğrenildi. Hastaların verilen tedaviyle elde edilen sigara bırakma oranı %39,9 olarak görüldü. Başlanan tedaviyle sigarayı bırakan 233 hastadan 171'inin sigaraya tekrar başladığı, 62 hastanın ise sigara bırakma durumunun halen devam ettiği telefonla aranarak tespit edildi. Tekrar sigaraya başlayanlardan 26'sı (%15,3) bıraktıktan sonra 1 ay içinde, 47'si (%27,5) 1-3 ayda, 40'ı 3-6 ayda (%23,4), 18'i (%10,5) 6 ay-1 yılda,40 'ı (23,3) 1 yıldan sonra sigara kullanmaya başlamışlardır.



Poliklinikte hastalara NRT verilerek yapılan bir çalışmada (163) en az bir yıldır izlenen 634 olgudan 297 (%46,8) kişide sigara bırakma oranları on beşinci günde %46,8, birinci yıl sonunda %33,6 iken, başlangıçta sadece kısa eğitim verilen olgularda on beşinci günde %11,8, birinci yıl sonunda %10,9 olarak bulunmuştur. Toplamda 162 katılımcı ile yapılan bir çalışmada (215) 46'sı (%28,4) 8 haftadan fazla bir süre Vareniklin kullandıktan sonra başarılı sigara bırakma oranı birinci ayda %38,8, üçüncü ayda %37,0, altıncı ayda %36,6 ve birinci yılda %32,1 olarak saptanmıştı. Bizim polikliniğimizde de anketimize katılan 584 hastada tedavi sonrası 1 haftalık bırakma oranı %39,9, 1-3 aylık bırakma oranı %35,6, 3-6 aylık bırakma oranı %27,5, 6 ay-1 yıllık bırakma oranı %20,7, 1 yıl üzeri bırakma oranı %17,6 ve bırakma durumu halen devam edenlerin oranıysa %10,6 olarak belirlendi.

Sigara bırakma durumlarını, aldıkları tedaviye göre karşılaştıran Şahbaz ve ark. (216) farklı farmakolojik tedavilerle elde edilen sonuçların benzer olduğunu vurgulamışlardır. Önen ve ark. (217) yaptığı çalışmada ise tek başına davranışsal eğitimin ilaç tedavisi kadar etkili olmadığını göstermişlerdir. Ayrıca NRT'nin Bupropion kadar etkili olmadığını belirtmişlerdi. Silagy ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada sigara bırakmada Bupropion' un NRT' den üstün olduğunu göstermişlerdir (218). Douglas ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sigara bırakma için Vareniklin'in plasebo veya Bupropion SR ile karşılaştırıldığında daha etkili olduğunu belirtmişlerdir (219). Cahill ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara bırakma oranları, NRT (% 17,6) ve Bupropion'da (%19,1) plaseboya (%10,6) kıyasla daha yüksekti. Tek başına Vareniklin (%27,6) ve NRT kombinasyonu (%31,5) (örneğin, yama artı inhaler) ise sigarayı bırakmada en etkili sonuç olmuştur (220). Varenikline ile NRT' nin karşılaştırıldığı bir çalışmada bir gruba günde iki kez 1 mg vareniklin, diğer gruba ise 21 mg transdermal bant uygulanmıştır. On iki haftalık standart tedavi rejiminin sonunda vareniklin ile sigaradan uzak durma oranı standart transdermal nikotin tedavisi ile sigaradan uzak durma oranından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (221). Başka bir çalışmada 8 haftadan uzun süre Vareniklin kullanan 46 kişide birinci, üçüncü, altıncı ayda ve bir yıllık izlemdeki başarılı sigara bırakma oranları sırasıyla% 38,8, %37, %36,6 ve% 32,1' idi (215). Çalışmamızda Vareniklin başlanan hastaların diğer hastalara göre sigara bırakma başarısı istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,014). Bupropion verilen hastaların tedaviyle sigara bırakma başarısı

%35,6 Vareniklin başlanan hastalarda bu oran %47,6 ve NRT başlanan hastalarda ise %33,3 olarak saptandı. Farmakoterapi başlanmayan hastalarda ise sigara bırakma oranı yine %33,3 olarak görüldü. Bir yılın sonunda Bupropion SR, Vareniklin, NRT ve sadece motivasyonel görüşme alanlar arasında sigara bırakma oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Vareniklin' in sigara bıraktırma oranının daha yüksek olması, hastaya göre ilaç tercihinin doğru yapılmasıyla ve hastaların tedavi uyumunun iyi olmasıyla açıklanabilir. Farmakoterapi almadan motivasyonel görüşmeyle sigarayı bırakanların oranının NRT verilenlerle benzer olması NRT alanların tedaviye uyumunun düşük olmasıyla ve motivasyonel görüşmeyle sigarayı bırakanların bırakmaya daha istekli olmalarıyla ilişkili olabilir.

Verilen tedaviyle sigarayı bırakan 233 hastayı sigara bırakma devamlılığı açısından incelediğimizde ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı( $p=0,254$ ).

Hastaların verilen tedaviyi kullanma sürelerine bakıldığında ise vareniklin tedavisinin kullanımını değerlendiren bir çalışmada katılımcıların sadece %28,2'si vareniklin tedavisini 12 hafta ve üzeri süre kullanmıştı. %23,1'i 8-12 hafta, %28,2'si 4-8 hafta ve %20,5'i 4 haftadan az kullanmıştı. 12 hafta ve üzeri tedavi alan grupta başarı oranı anlamlı derecede yüksekti (222). NRT kullananların değerlendirildiği başka bir çalışmada nikotin bandı kullanıcılarının sadece% 54.4'ü ve transdermal olmayan NRT kullanıcılarının% 32.2'si önerilen şekilde kullanmıştı (223). Bizim çalışmamızda farmakoterapi başlanan 560 hastadan, Bupropion tedavisi başlananların %17,4'ü ilacı hiç kullanmazken; Vareniklin tedavisi verilenlerin %12,9'u NRT tedavisi verilenlerin ise %34'ünün ilacı hiç kullanmadığı görüldü. NRT tedavisi verilenlerde ilacı hiç kullanmayanların oranının yüksek olmasının nedeni NRT'nin ücret verilerek alınmasından kaynaklanıyor olabilir. Vareniklin'in %12.9'unun, Bupropion'un %17,4'ünün hiç kullanılmaması ciddi anlamda maddi kayıplara yol açmaktadır. Sağlık bakanlığının ücretsiz verdiği bu ilaçlar konusunda akılcı önlemler alınması uygun olabilir

Nikotin replasman tedavisi (NRT) kullanım süresi ile sigara bırakma arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada (224) NRT'nin 4 haftadan daha az bir süre kullanılması sigarayı bırakma olasılığını azaltırken , daha uzun bir süre boyunca NRT kullanan

kişilerin daha yüksek bir oranda sigarayı bıraktıkları görülmüştür. Farmakoterapi kullanım süresi ile sigarayı bırakma arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada (225) en az 5 hafta boyunca farmakoterapinin kullanılmasının, başarılı sigara bırakma olasılığının artmasıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda verilen tedaviyi kullanma süreleriyle bırakma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,001$ ). Farmakoterapi başlanan 560 hastadan tedaviyi kullanma süresi 1 aydan fazla olan hastaların daha kısa süre ilaç kullanan ve hiç ilaç kullanmayan hastalara göre daha yüksek oranda sigarayı bıraktıkları görüldü. Bu da verilen tedaviyi uzun süre kullanmanın önemini hastalara vurgulamak ve kontrollerde ilacın kesilmemesi konusunda uyarıları ve tavsiyeleri yerine getirmenin sigara bırakmaya olumlu etki yaptığını göstermektedir.

Hastalar ilaç kullanırken belirlenen sigara bırakma günü açısından değerlendirildiğinde, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılan bir çalışmada (226) verilen tedaviyle sigara bırakan 357 hastadan sigara bırakma günü olarak 11 gün ve üzerinde bırakma günü belirleyen hastaların 10 gün veya daha az bir süre belirleyen hastalara göre 1-3 yıllık süreçte temiz kalma oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek görülmüşse de bizim çalışmamızda sigara bırakma günü ile bırakma durumu ( $p=0,989$ ) ve sigara bırakma devamlılığı ( $p=0,842$ ) açısından anlamlı fark bulunmadı .

Hastaların telefonla aranma durumları değerlendirildiğinde, Simon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara takip sürecinde telefonla aranan hastaların sigara bırakma oranlarının anlamlı yüksek olduğu görülmüştür (170). Başka bir çalışmada hastaları bırakma dönemlerinde üç veya daha fazla telefonla aramanın, kendi başlarına bırakmayı denemelerine veya yalnızca farmakoterapi verilerek bıraktırılmasına kıyasla bırakma başarısını arttırdığı belirtilmiştir (227). Ayrıca telefonla aranmanın etkili olduğu başka çalışmalarda vardır (228,229). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastalara sigara bırakma durumlarını öğrenmek amacıyla telefonla aranma sayıları sorulduğunda, 3 ve üzerinde telefonla arananların tedavi sonrası sigara bırakma oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ( $p=0,001$ ).

Hastaların takip sürecindeki düzenli spor yapma durumları değerlendirildiğinde, üniversitemizde yapılan bir çalışmada düzenli sporun 1 aylık sigara bırakma başarısını artırmasına rağmen 1 yıllık başarıda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştü (230). Bizim çalışmamızda ise sigara bırakma sürecinde düzenli spor yapmanın sigara bırakma durumu ( $p=0,163$ ) ve bırakma devamlılığına ( $p=0,665$ ) etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak farklılık anlamsız bulundu. Fakat çalışmamıza katılanlardan düzenli spor yapan hasta sayısının az olması bu konudaki sonucun güvenilirliğinin tartışılmasına yol açabilir.

Alkol ve madde bağımlılarının sigara içme oranlarının daha fazla olduğu ve alkol alımının sigara bırakmayı zorlaştırdığıyla ilgili birçok yayın bulunmaktadır (210,231,232). Çalışmamızda ise alkol alımının sigara bırakma durumu ( $p=0,264$ ) ve bırakma devamlılığına ( $p=0,491$ ) etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak farklılık anlamsızdı. Fakat hastaların sadece %14 kadar az bir kısmının alkol kullanıyor olması bu sonucun güvenilirliğini tartışılır hale getirmekteydi.

Hastalar sigara bırakma sürecinde gördükleri aile ve arkadaş desteği açısından değerlendirildiğinde, bu desteğin kısa dönemde etkili olup uzun dönemde etkili olmadığını gösteren bazı çalışmalar olsa da (230,233) çevreden görülen desteğin bırakma ve takip sürecindeki önemini vurgulayan çalışmalar da mevcuttur (186,234–236). Bizim çalışmamızda da hastaların destek alma durumlarıyla sigara bırakma oranları arasındaki ilişki anlamsızken ( $p=0,072$ ), aileden destek alanların sigarayı bıraktıktan sonraki temiz kalma sürelerinin yüksek olduğu görüldü ( $p=0,036$ ). Bu sebeple sigara bırakma sürecine ailenin dahil edilmesi faydalı olacaktır.

Hastaların tekrar sigaraya başlama durumlarına bakıldığında Polonya’da yapılan bir çalışmada nüksetme nedenleri arasında en çok: stres, daha önce sigaradan elde edilen hazın eksikliği ve sigara içilen ortam olduğunu görmüşlerdir (237). Çin’de yapılan başka bir çalışmada (197) nüksü tetikleyen en yaygın faktörler sosyal durumlar (% 34,3), kendini kötü hissetme (% 13,4) ve yalnız olma (% 8,4) idi. Bizim çalışmamızda başlanan tedaviyle sigarayı bırakan 233 hastadan tekrar sigaraya başlayan 171 hastanın, en sık stres (%51,8), ikinci sırada arkadaş ortamı (%28,7) daha sonra da keyif, alışkanlık ve kilo alımı nedeniyle tekrar sigaraya başladığı görüldü. Bu yüzden hastaların takip dönemlerinde yaşadıkları stres faktörleri ve buldukları

sosyal çevre konusunda tavsiyeler verilmesi, uyarılar yapılması hastalara bu dönemde karşılaşılması muhtemel sorunlar hakkında bilgiler ve çözüm önerileri sunulması önemlidir.

İzmir'de Balçova sigarayı bırakma merkezi'nde hastaların sigara bırakma durumlarını inceleyen bir çalışmada (238) bir yıllık sigarayı bırakma oranı %30,1 saptanmış ve sigarayı bırakan kişilerin %50,1'inin 1 yıllık takip süresince tekrar sigara içmeye başladığı görülmüştü. Çalışmamızda verilen tedaviyle sigarayı bırakıp sonra tekrar sigaraya başlayan 171 hastanın günlük sigara kullanım sayıları incelendiğinde sigarayı bırakmadan önce %7,6'sı 10 ve daha az, %55'i 11-20 tane, %29,2' si 21-30 tane ve %8,2'si 31 ve üstünde sigara içiyorken sigarayı bıraktıktan sonra %32,1'inin 10 ve daha az, %58,5'inin 11-20 tane, %5,4'ünün 21-30 tane, %4,2'sinin ise 31 ve üstünde sigara kullandığı tespit edildi. Sonuçlar değerlendirildiğinde sigarayı bıraktıktan sonra tekrar başlayanlarda 1 paketten fazla kullananların oranının azaldığı, yarım paket ve daha az sigara kullananların oranının arttığı tespit edildi.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan bir çalışmada sigara içmeye devam eden 339 hastadan 192'si (%56) tekrar polikliniğe başvurmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda şu an sigara içme durumu devam etmekte olan 464 hastaya tekrar sigara bırakma amacıyla polikliniğimize başvurmayı düşünüp düşünmediklerini sorduğumuzda 206'sı (%44,3) evet, 258'i (%55,7) hayır yanıtını verdi. Bu durum hastaların tedavi hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmesinin, takip süreçleri hakkında bilinçlendirilmesinin, cesaretlendirilmesinin ve kontrollere katılım sağlanmasının önemli olduğunu göstermektedir.

Hastalarda başvurudaki CO (karbonmonoksit) düzeyiyle sigara bırakma oranı ilişkisini inceleyen bir çalışmada (239) sigarayı bırakan olguların CO düzeyleri bırakamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük görülmüştür. Tahran sigara bırakma kliniğindeki çalışmada sigarayı bırakma konusunda en yüksek başarı oranı, CO seviyesi <11-20 ppm olanlarda gözlenmiştir (240). Yapılan başka bir çalışmada (215) kişilerin başvurdukları andaki ekshalasyon CO düzeyinin sigara bırakmada etkisi olmazken sekizinci günde bakılan CO düzeyinin 1 yıl boyunca sigara bırakmada belirleyici olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da anketimize katılan 584 hastadan 108'inin polikliniğimize başvurdukları anda CO

değerlerine bakılmış olup sigara bırakma durumu ile ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p=0,839$ ).

Hastaların yanında sigara içilip içilmemesiyle sigara bırakma durumu ilişkisini inceleyen Ankara Eğitim Araştırma hastanesinde yapılan bir çalışmada yanında sigara içilmeyen hastaların içilenlere göre 1-3 yıllık sigara içme oranının istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) daha az olduğu görülmüştür (226) Messer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sigara içilmeyen bir eve sahip olmanın, sigara içen kişilerde sigarayı bırakma ve azaltmayla ilişkili olduğunu göstermektedir (241). Sigara içilmeyen evlerin bırakmayı teşvik ettiğini gösteren başka çalışmalar da vardır (242–244) Çalışmamızdaki 584 hastaya iş yerinde veya evde yanında sigara içilip içilmediği sorulduğunda da 382 hasta (%65,4) içildiğini, 202 hasta (%34,6) ise içilmediğini belirtti. Yanında sigara içilmeyen hastaların içilenlere göre tedavi sonrası sigara bırakma oranının daha fazla olduğu görüldü ( $p=0,009$ ). Bu da çevresel faktörlerin sigara içme durumuna etkisinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Sigara içme yasaklarının etkin bir şekilde uygulanması bu konuda yapılması gerekenlerin başında yer almalıdır. Sigara yasaklarının sigara tüketimi ve bırakma girişimleri üzerindeki etkisi daha önce bazı çalışmalarda da bildirilmiştir (241–245)

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışmanın yapısı gereği verilerin kişisel beyana dayanması, yıllar öncesinde başvuran kişilerin bazı bilgileri hatırlamakta zorlanması, kişilere telefonla ulaşmakta zorlanma çalışmanın kısıtlı yanlarını oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, insan sağlığına çok büyük oranda zarar veren sigara ile mücadele etmek, sigaraya başlamayı engellemek, sigara kullananların bırakmasına yardım etmek ve bırakanların tekrar başlamasına engel olmak oldukça önemlidir. Bu konuyla ilgili çalışmalar sigarayı bırakmada kararlılığın, desteğin ve sıkı takibin önemini ortaya koymaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda sigarayı bırakmak için polikliniğimize başvuran hastaların genel özellikleri, sigara bırakma oranları, bırakmayı devam ettirme süreleri ve bu başarıyı etkileyen faktörlerin neler olduğu değerlendirildi. Sonuç olarak:

Ocak 2002-Mayıs 2018 yılları için polikliniğimize başvuran 584 hastada tedavi sonrası 1 haftalık sigara bırakma oranı %39,9, 1-3 aylık bırakma oranı %35,6, 3-6 aylık bırakma oranı %27,5, 6 ay-1 yıllık bırakma oranı %20,7, 1 yıl üzeri bırakma oranı %17,6 ve bırakma durumu halen devam edenlerin oranıysa %10,6 olarak belirlendi. Bu durum hastalar sigarayı bıraktıktan sonra tekrar sigaraya başlamamaları için takiplerin daha sık yapılmasının, içilen tek bir sigaranın bile bağımlılığa yol açabileceğinin vurgulanmasının önemini göstermektedir.

Bupropion verilen hastaların tedaviyle sigara bırakma başarıları %35,6 Vareniklin başlanan hastalarda bu oran %47,6 ve NRT başlanan hastalarda ise %33,3 olarak tespit edildi. Farmakoterapi almadan sadece motivasyonel görüşme yapılan hastalarda ise sigara bırakma oranı %33,3 olarak görüldü. Anketimize katılan 584 hastada verilen tedavi ile sigarayı bıraktıktan sonra bırakmayı devam ettirme süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde ise istatistiksel olarak fark anlamsızdı. Polikliniğe başvuran hastalara verilen tedaviyi düzenli olarak, kontrollere gelerek ve önerildiği süre kadar kullanmaları üzerinde durulması bırakma başarı oranlarını arttıracaktır.

Polikliniğimize gelen hastaların başvuru yaşı, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, Fagerström nikotin bağımlılık testi skoru ve sigaraya başlama yaşı ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı ilişki yoktu.

Polikliniğimize başvurup sigarayı bırakan 233 hastanın tedavi kullanım süreleri ile sigarayı bırakma devamlılığı arasındaki ilişkiye bakıldığında hiç ilaç kullanmayanların %30'unun, 1 ay ve daha az ilaç kullananların %53,7'sinin, 1 aydan çok ilaç kullananların ise %43,7'sinin 6 ay içinde tekrar sigaraya başladığı görüldü. İlaç kullanmayarak sadece motivasyonel görüşmeyle sigarayı bırakanların 6 ay içinde tekrar başlama oranlarının daha düşük olduğu tespit edildi.

Farmakoterapi başlanan 568 hastadan tedaviyi kullanma süresi 1 aydan fazla olan hastaların 1 ay, 1 aydan az ve ilacı hiç kullanmayan hastalara göre sigara bırakma

oranları daha yüksekti. Burada da görüldüğü gibi ilaç kullanımı süresinin 1 aydan uzun olması tedaviye olumlu yansımıştır. Bu yüzden poliklinik randevularının aksatılmaması gerektiği hastalara vurgulanmalıdır.

Polikliniğimize başvuran 584 hastada telefonla aranma sayıları ile sigara bırakma devamlılığı arasında önemli fark yokken, sigara bırakma durumlarını öğrenmek amacıyla 3 ve üzerinde telefonla aranan kişilerin bırakma oranları daha yüksek bulundu. Bu da hastayla yüz yüze görüşme mümkün değilse telefonla aramanın da takiplerdeki önemini ortaya koymaktadır.

Polikliniğimize gelen 584 hastanın bırakma sürecinde sigarayı bırakmaları konusunda kimden destek aldıklarıyla sigara bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, sigara bırakma sürecinde aileden (anne, baba veya çocuk) destek alanların sigarayı bıraktıktan sonra temiz kalma sürelerinin daha uzun olduğu görüldü. Polikliniğe gelen hastalarda bırakma sürecinde kimin destek olacağına önceden belirlenmesi bu yüzden önemlidir.

Sigarayı bırakma sürecinde düzenli olarak spor yapılmasının ve alkol kullanımının sigara bırakma durumu ve bırakma devamlılığına anlamlı etki yapmadığı görüldü.

Başlanan tedaviyle sigarayı bırakan 233 hastadan 171'inin tekrar sigaraya başladığı, bu hastaların en sık stres (%51.8), 2. sırada arkadaş ortamı (%28.7) daha sonra da keyif, alışkanlık ve kilo alımı nedeniyle tekrar sigaraya başladığı görüldü. Takiplerde hastaları bu süreçte yaşayabileceği olaylar hakkında uyarmanın ve tavsiyelerde bulunmanın ne kadar önemli olduğu anlaşılmış oldu.

Çalışmamızda evde veya iş yerinde yanında sigara içilen hastaların daha az sigara bıraktığı (%18,9) görüldü. Bu yüzden sigara içme yasaklarının etkin bir şekilde uygulanması konusunda sadece hekim ve hastaya değil tüm topluma görev düşmektedir.



## 10. ÖZGEÇMİŞ

**Adı ve Soyadı:** Esra TAŞ

**Doğum Yeri:** Eminönü

**Doğum Tarihi:** 30.07.1990

**Medeni Durumu:** Evli

**Tıp Eğitimi:** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi (2008-2014)

**Uzmanlık Eğitimi:** Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi ve Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği

**Yabancı Dili, Sınav ve Derecesi:** İngilizce, YDS (2014 Nisan) 56,25

## 11. KAYNAKLAR

1. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the Surgeon General: preventing tobacco use among young people. *Am J Public Health*. 1994;84(4):543–7.
2. O'Brien CP, Gardner EL. Critical assessment of how to study addiction and its treatment: Human and non-human animal models. *Pharmacol Ther*. 2005;108(1):18–58.
3. Hecht SS. Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 1999;91(14):1194–210.
4. National center for chronic disease prevention and health promotion (US) office on smoking and health. Surgeon general's report: The health consequences of smoking—50 years of progress. 2014.
5. WHO report on the global tobacco epidemic 2019. [https://www.who.int/tobacco/global\\_report/en/](https://www.who.int/tobacco/global_report/en/). (erişim tarihi:27.08.2019)
6. Us Department of Health and Human Services. Reducing The Health Consequences of smoking 25 years of progress: Report of the surgeon general. 2004;730.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults--United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1997;46(51):1217–20.
8. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, Valliere WA, Cruser K, Pepper S, vd. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol*. 1992;11(5):331–4.
9. Yasar Z, Kurt O, Talay F, Kargi A. One-year follow-up results of smoking cessation outpatient clinic: factors affecting the cessation of smoking. *Eurasian J Pulmonol*. 2014;16(2):99–104.
10. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology*. 2003. s. 286–90.
11. Gately I. *La diva nicotina: the story of how tobacco seduced the world*. Scribner; 2002. 403 s.
12. Ada S, Akçay Ş, Altınayar S, Arıkan Z, Aslan D, Aslan Ö, vd. Tütün ve Tütün Kontrolü Türk Toraks Derneği. 2010. 3–166 s.
13. Yılmaz F, Kurtuluş R, Özen Ş. Türkiye diyanet vakfı islam ansiklopedisi. İstanbul; 2012. 1–4 s.
14. Gürsoy Nascali E. *Tütün Kitabı*. İstanbul: 1.; 2003. 17–33 s.
15. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T, Yardım MS, Eser S, vd. Avrupa tütün kontrolü raporu. 2007. 1-61 s.
16. Tütün ve tütün mamulleri sanayii özel ihtisas komisyonu raporu sekizinci beş yıllık kalkınma planı. Ankara; 2000. 245-246 s.

17. Crews KM, Payne TJ. tobacco update: Scientific advances, clinical perspectives. *Am J Med Sci.* 2003;326(4):165–6.
18. T.C. Resmî Gazete (Tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanunda değişiklik yapılması hakkında kanun). 2008.
19. Süner A, Cabioğlu DE, Kaya H, Köroğlu S, Sökmen G, Sökmen A. Genç erişkinlerde dumansız tütün "Maraş otu" ve sigaranın aort esnekliği üzerine etkileri. *Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol.* 2014;42(8):741–6.
20. Mercker J, Summermann CT. Abermahlige rettung der kurtzen und einfältigen justiz wider die anweisung des ungrunds und unfugs des hoch-edlen herrn caspari theodori summermanni, doctoris und professoris auff der königl. Preussischen universität zu duißburg. C. 7, Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular. *Türkiye Klinikleri*; 1704. 31–34 s.
21. Karnath B. Smoking cessation. *Am J Med.* 2002;112(5):399–405.
22. Samet JM. Smoking kills: Experimental proof from the lung health study. *Ann Intern Med.* 2005;142(4):299.
23. Ertem M, İnandı T, Çan G, Ergör A, Şaşmaz T, Ayoğlu F. Halk sağlığı uzmanları derneği Türkiye halk sağlığı raporu. 2012. 196-223 s.
24. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, vd. 21st-Century azards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368(4):341–50.
25. Skuladottir H, Olsen JH, Hirsch FR. Incidence of lung cancer in Denmark: historical and actual status. *Lung Cancer.* 2000;27(2):107–18.
26. National Toxicology Program D of H and HS. Report on carcinogens, fourteenth edition tobacco-related exposures. 2016. 3-5 s.
27. United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. How tobacco smoke causes disease the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease. Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010. 704 s.
28. Syed BA, Chaudhari K. Smoking cessation drugs market. *Nat Rev Drug Discov.* 2013;12(2):97–8.
29. Smith CJ, Perfetti TA, Garg R, Hansch C. IARC carcinogens reported in cigarette mainstream smoke and their calculated log P values. *Food Chem Toxicol.* 2003;41(6):807–17.
30. Malaiyandi V, Sellers EM, Tyndale RF. Implications of CYP2A6 genetic variation for smoking behaviors and nicotine dependence. *Clin Pharmacol Ther.* 2005;77(3):145–58.
31. IARC working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. 2004;83:1438.

32. Shigenaga MK, Trevor AJ, Castagnoli N. Metabolism-dependent covalent binding of (S)-[5-3H]nicotine to liver and lung microsomal macromolecules. *Drug Metab Dispos.* 16(3):397–402.
33. Messina ES, Tyndale RF, Sellers EM. A major role for CYP2A6 in nicotine C-oxidation by human liver microsomes. *J Pharmacol Exp Ther.* 1997;282(3):1608–14.
34. Nakajima M, Yamamoto T, Nunoya K, Yokoi T, Nagashima K, Inoue K, vd. Role of human cytochrome P4502A6 in C-oxidation of nicotine. *Drug Metab Dispos.* 1996;24(11):1212–7.
35. Rose, Ph.D JE. Nicotine addiction and treatment. *Annu Rev Med.* 1996;47(1):493–507.
36. Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. *Arch Intern Med.* 1993;153(1):34–48.
37. Kayaalp SO. Akılcıl tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. Ankara; 1998. 1102–1206 s.
38. Aksu S. Tütün kimya ve teknolojisi. İstanbul: Tekel Enstitüleri Yayınları; 1967. 11 s.
39. Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur solak Z, Özkan M, Örsal O. Tütün Kontrolü. 2006;51–64.
40. (US) O of the SG, (US) O on S and H. The Health Consequences of Smoking. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004.
41. (US) O on S and H. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke. A report of the surgeon general. Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006. 15–18 s.
42. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons and S. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *Am J Prev Med.* 2008;35(2):158–76.
43. Wright P. The natural history of chronic bronchitis and emphysema. *Br J Dis Chest.* 1977;71:215–6.
44. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *J Behav Med.* 1989;12(2):159–82.
45. Bolam B, West R, Gunnell D. Does smoking cessation cause depression and anxiety? Findings from the attempt cohort. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(3):209–14.
46. Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. *Chest.* 2003;123(5):1730–9.

47. Aveyard P, Griffin C, Lawrence T, Cheng KK. A controlled trial of an expert system and self-help manual intervention based on the stages of change versus standard self-help materials in smoking cessation. *Addiction*. 2003;98(3):345–345.
48. Berrettini WH. Pharmacotherapy and Pharmacogenetics of nicotine dependence. *Am J Psychiatry*. 2005;162(8):1441–51.
49. Boztaş HM, Abatan E. Sigara bırakmada ilaç tedavisi (İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı). 2013.(16):110-116.
50. Ussher M, West R, Steptoe A, McEwen A. Increase in common cold symptoms and mouth ulcers following smoking cessation. *Tob Control*. 2003;12(1):86–8.
51. Griesel AG, Germishuys PJ. Salivary immunoglobulin A levels of persons who have stopped smoking. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. 1999;87(2):170–3.
52. Bookman R. Relief of canker sores on resumption of cigarette smoking. *Calif Med*. 1960;93(4):235–6.
53. Meyers AW, Klesges RC, Winders SE, Ward KD, Peterson BA, Eck LH. Are weight concerns predictive of smoking cessation? A prospective analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(3):448–52.
54. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(1). CD006219.
55. Bolam B, West R, Gunnell D. Does smoking cessation cause depression and anxiety? Findings from the attempt cohort. *Nicotine Tob Res*. 2011;13(3):209–14.
56. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.
57. CDC. The health benefits of smoking cessation. *Med Clin North Am*. 1990;76(2):35.
58. Mahmpd A, Feely J. Effect of smoking on arterial stiffness and pulse pressure amplification. *Hypertension*. 2003;41(1):183–7.
59. Health NC for CDP and HP (US) O on S and. Preventing tobacco use among youth and young adults. 2012;12–4.
60. World Health Organization. WHO framework convention on tobacco control. World Health Organization; 2003. 36 s.
61. WHO | WHO report on the global tobacco epidemic 2011. [https://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](https://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/). (erişim tarihi: 23.05.2019)
62. WHO | WHO report on the global tobacco epidemic 2008. <https://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>. (erişim tarihi:23.05.2019)

63. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, vd. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med.* 2009;169(22):2148–55.
64. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fiore MC, Jorenby DE, Fraser D, vd. A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(11):1253.
65. Solberg LI, Maciosek M V., Edwards NM, Khanchandani HS, Goodman MJ. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: Health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med.* 2006;31(1):62-71.e3.
66. Murray EW, Williams C, Christiansen BA, Fiore MC, Baker TB, Bailey WC, vd. Clinical practice guideline treating tobacco use and dependence: 2008 Update guideline liaisons guideline staff guideline panel. 2008;35–63.
67. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory, Res Pract.* 1982;19(3):276–88.
68. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial. *Br J Gen Pract.* 1999;49(445):611.
69. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınç O, Örsel O, Özcebe H. T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı (Hekimler İçin). Ankara; 2010. 20–70 s.
70. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ.* 2004;328(7435):338–9.
71. Shiffman S. Dynamic influences on smoking relapse process. *J Pers.* 2005;73(6):1715–48.
72. Sarandöl\* A. Türkiye klinikleri. Akciğer arşivi. C. 3, Türkiye Klinikleri Akciğer Arşivi. 2002. 129–139 s.
73. McFall RM. Effects of self-monitoring on normal smoking behavior. *J Consult Clin Psychol.* 1970;35(2):135–42.
74. Tür A, Pekşen Y, Dumlupınar B. Sigaranın sağlığa etkileri ve bırakma yöntemleri. Tür A, editör. Logos; 1995. 14–112 s.
75. West R, McEwen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction.* 2001;96(6):891–902.
76. Schwartz J. Review and evaluation of smoking cessation methods : the United States and Canada, 1978-1985. 1987. 32–74 s.
77. Schwartz JL. Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am.* 1992;76(2):451–76.

78. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med.* 2002;346(7):506–12.
79. GlaxoSmithKline. (bupropion hydrochloride) tablets warning- FDA insert. 2012;1–34.
80. Commission E, Public EU, Programme H, Ensp N, Limited P, Pharma S, vd. Co-funded by the health programme of the European Union. 2014. 4–8 s.
81. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic. 2019; [www.who.int/tobacco/global\\_report/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/en/). (erişim tarihi 27.08.2019)
82. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, vd. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD000146.
83. Richmond RL, Kehoe L, de Almeida Neto AC. Three year continuous abstinence in a smoking cessation study using the Nicotine transdermal patch. *Heart.* 1997;78(6):617–8.
84. Akçay Ş, Aytemur ZA, Elbek O, Kılınç O, Örsel O, Öztuna F, vd. Türk toraks derneği eğitim serisi tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisi. 2013. 18–19 s.
85. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119–27.
86. DeVeugh-Geiss AM, Chen LH, Kotler ML, Ramsay LR, Durcan MJ. Pharmacokinetic comparison of two nicotine transdermal systems, a 21-mg/24-hour patch and a 25-mg/16-hour patch: A randomized, open-label, single-dose, two-way crossover study in adult smokers. *Clin Ther.* 2010;32(6):1140–8.
87. Tønnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A, vd. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European Cease trial. Collaborative European anti-smoking evaluation. *European respiratory society. Eur Respir J.* 1999;13(2):238–46.
88. Hausteil KO. Pharmacotherapy of nicotine dependence. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2000;38(6):273–90.
89. Dale LC, Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD. Treatment of nicotine dependence. *Mayo Clin Proc.* 2000;75(12):1311–6.
90. Longo DR, Johnson JC, Kruse RL, Brownson RC, Hewett JE. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control.* 2001;10(3):267–72.
91. Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB, Kenford SL. Tobacco dependence and the nicotine patch. Clinical guidelines for effective use. *JAMA.* 1992;268(19):2687–94.
92. Schneider NG, Olmstead R, Nilsson F, Mody F V, Franzon M, Doan K. Efficacy of a nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction.* 1996;91(9):1293–306.

93. Tønnesen P, Lauri H, Perfekt R, Mann K, Batra A. Efficacy of a nicotine mouth spray in smoking cessation: a randomised, double-blind trial. *Eur Respir J*. 2012;40(3):548–54.
94. Richmond R, Zwar N. Review of bupropion for Smoking cessation. *Drug Alcohol Rev*. 2003;22(2):203–20.
95. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. İçinde: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007. s. CD000031.
96. Pekel Ö. Balçova’da sigara bırakma merkezinde yıllık bırakma hızı ve nikotinbağımlılık düzeyinin yeniden başlamaya etkisi (Uzmanlık Tezi). *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*; 2012. 53-58 s.
97. Doğan YH. Türkiye aile hekimliği dergisi. C. 9, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. *Deonta Medya*; 2005. 32–36 s.
98. Livingston EH, Lynn C. Smoking cessation. *JAMA*. 2012;308(15):1599.
99. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, vd. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1997;337(17):1195–202.
100. Swan GE, McAfee T, Curry SJ, Jack LM, Javitz H, Dacey S, vd. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting. *Arch Intern Med*. 2003;163(19):2337.
101. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, vd. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2001;135(6):423–33.
102. Aubin H-J, Luquiens A, Berlin I. Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(2):324–36.
103. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, vd. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *Eur Heart J*. 2003;24(10):946–55.
104. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJH, Wouters EFM, van Schayck CP. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*. 2005;165(19):2286.
105. Benowitz NL, Porchet H, Jacob P. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations. *Prog Brain Res*. 1989;79:279–87.
106. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, Glowa J, Hurst RS, Lebel LA, vd. Pharmacological profile of the  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist varenicline, an effective smoking cessation aid. *Neuropharmacology*. 2007;52(3):985–94.



107. Hays JT, Ebbert JO. Varenicline for Tobacco Dependence. *N Engl J Med.* 2008;359(19):2018–24.
108. Obach RS, Reed-Hagen AE, Krueger SS, Obach BJ, O'Connell TN, Zandi KS, vd. Metabolism and disposition of varenicline, a selective 4 2 acetylcholine receptor partial agonist, in vivo and in vitro. *Drug Metab Dispos.* 2005;34(1):121–30.
109. Williams KE, Reeves KR, Billing CB, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of varenicline for smoking cessation. *Curr Med Res Opin.* 2007;23(4):793–801.
110. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoglu CH. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler (Özgül araştırma). *Türk Toraks Dergisi*;14. 2013;81–7.
111. Çan G, Öztuna F, Topbaş M, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniğinin üç yıllık başvuru sonuçlarının değerlendirilmesi. *Toplum Hekim Bülteni.* 2006;22–5.
112. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Thorlund K, Puhan M, Ebbert JO. Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. *Ann Med.* 2012;44(6):588–97.
113. Loh W-Y, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, vd. Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy. *Nicotine Tob Res.* 2012;14(2):131–41.
114. Hajek P, Smith KM, Dhanji A-R, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. *BMC Med.* 2013;11(1):140.
115. Ebbert JO, Croghan IT, Sood A, Schroeder DR, Hays JT, Hurt RD. Varenicline and bupropion sustained-release combination therapy for smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(3):234–9.
116. Prochazka A V, Weaver MJ, Keller RT, Fryer GE, Licari PA, Lofaso D. A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. *Arch Intern Med.* 1998;158(18):2035–9.
117. Glassman AH, Jackson WK, Walsh BT, Roose SP, Rosenfeld B. Cigarette craving, smoking withdrawal, and clonidine. *Science.* 1984;226(4676):864–6.
118. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD000058.
119. Rigotti NA, Rennard SI, Daughton DM. Pharmacotherapy for smoking cessation in adults. 2019;(4):1114.
120. Etter J-F. Cytisine for smoking cessation. *Arch Intern Med.* 2006;166(15):1553.

121. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(3):CD005353.
122. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 1998;2-8.
123. David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev.* 2013;6(6):CD003086.
124. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(8):CD007072.
125. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative smoking cessation aids: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med.* 2012;125(6):576-84.
126. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;CD000546.
127. Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. *İçinde: Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK; 2011. s. CD004307.
128. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang J-L. Motivational interviewing for Smoking cessation. *İçinde: Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2010. s. CD006936.
129. Tonstad S, Holme I, Tonnesen P. Dianicline, a Novel 4 2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, for smoking cessation: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(1):1-6.
130. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *İçinde: Stead LF, editör. Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1997. s. CD000124.
131. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(4):CD002849.
132. 2008 PHS Guideline Update Panel Liaisons and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care.* 2008;53(9):1217-22.
133. Gomez MM, LoBiondo-Wood G. Lung Cancer Screening With Low-dose CT: Its effect on smoking behavior. *J Adv Pract Oncol.* 2013;4(6):405-14.
134. Richardson JL, Stephens S, Yates LM, Diav-Citrin O, Arnon J, Beghin D, vd. Pregnancy outcomes after maternal varenicline use; analysis of surveillance data collected by the European network of teratology information services. *Reprod Toxicol.* 2017;67:26-34.
135. Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *İçinde: Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. s. CD010078.

136. Davies NM, Thomas KH. The food and drug administration and varenicline: should risk communication be improved? *Addiction*. 2017;112(4):555.
137. Pollak KI, Oncken CA, Lipkus IM, Lyna P, Swamy GK, Pletsch PK, vd. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med*. 2007;33(4):297–305.
138. Oncken C, Dornelas E, Greene J, Sankey H, Glasmann A, Feinn R, vd. Nicotine gum for pregnant smokers. *Obstet Gynecol*. 2008;112(4):859–67.
139. Windsor R, Oncken C, Henningfield J, Hartmann K, Edwards N. Behavioral and pharmacological treatment methods for pregnant smokers: Issues for clinical practice. *J Am Med Womens Assoc*. 2000;55(5):304–10.
140. Swamy GK, Roelands JJ, Peterson BL, Fish LJ, Oncken CA, Pletsch PK, vd. Predictors of adverse events among pregnant smokers exposed in a nicotine replacement therapy trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(4):354.e1-354.e7.
141. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2015;163(8):622.
142. Goksel T, Akkoclu A, Turkish Thoracic Society L and PMSG. Pattern of lung cancer in Turkey, 1994–1998. *Respiration*. 2002;69(3):207–10.
143. Chen D, Wu L-T. Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2015;154:14–24.
144. Blok DJ, de Vlas SJ, van Empelen P, van Lenthe FJ. The role of smoking in social networks on smoking cessation and relapse among adults: A longitudinal study. *Prev Med (Baltim)*. 2017;99:105–10.
145. Pesce G, Marcon A, Calciano L, Perret JL, Abramson MJ, Bono R, vd. Time and age trends in smoking cessation in Europe. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211976.
146. Zhu D, Chung H-F, Pandeya N, Dobson AJ, Cade JE, Greenwood DC, vd. Relationships between intensity, duration, cumulative dose, and timing of smoking with age at menopause: A pooled analysis of individual data from 17 observational studies. *PLoS Med*. 2018;15(11):e1002704.
147. Caraballo RS, Sharapova SR, Asman KJ. Does a race-gender-age crossover effect exist in current cigarette smoking between non-hispanic blacks and non-hispanic whites? United states, 2001-2013. *Nicotine Tob Res*. 2016;18 Suppl 1:41-8 s.
148. Martínez-Vispo C, Rodríguez-Cano R, López-Durán A, Senra C, Fernández Del Río E, Becoña E. Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smoking cessation: Randomized controlled trial. *PLoS One*. 2019;14(4):e0214252.

149. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. Kocatepe Tıp Derg. 2015;6(3):27-34.
150. Arguder E, Karalezli A, Hezer H, Kilic H, Er M, Canan Hasanoglu H, vd. Factors affecting the success of smoking cessation. Turkish Thorac Journal/Türk Toraks Derg. 2013;81-7.
151. Uzaslan E, Özyardımcı N, Karadag M. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. Ann of Medical Sci. 2000;(9):63-9.
152. Aytemur Solak Z, telli CG, Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. Toraks dergisi. 2003;73-7.
153. Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. Tuberk Toraks 2004. Tuberk Toraks. 2004;(52):29-74.
154. Nardini S, Nardini S, European Respiratory Society. Smoking Cessation. European Respiratory Society Journals; 2008. 133 s.
155. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global initiative for chronic obstructive lung: A pocket guide. 2011;14.
156. Kılıcı AE. Gaziosmanpaşa Taksim Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigarayı bırakmanın kilo ve yeme davranışı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. 2019. 21-34 s.
157. Bayazit Yılmaz S. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 5 yıllık süreçteki sigara bırakma durumlarının değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi). 2019. 14-26 s.
158. Velioglu U. Tıp fakültesi aile hekimliği anabilim dalı sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların nikotin bağımlılığının sosyodemografik özellikler ve depresyon ile ilişkisi (Tıpta uzmanlık tezi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017. 21-33 s.
159. Teker AG. Bir göğüs hastalıkları hastanesinin sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların izlem sonuçları ve bu sonuçlara etki eden faktörler (Uzmanlık tezi). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2016. 41-74 s.
160. Sürmeli CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. 2008. 53-64 s.
161. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader şafak nur. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Dergisi. 2005/8. 2005;151-8.
162. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction. Arch Intern Med. 2000;160(7):939.

163. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L, Adresi Y. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. C. 52, Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2004.
164. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turk J Med Sci. 2012;515(3):515–22.
165. Nides MA, Rakos RF, Gonzales D, Murray RP, Tashkin DP, Bjornson-Benson WM, vd. Predictors of initial smoking cessation and relapse through the first 2 years of the Lung Health Study. J Consult Clin Psychol. 1995;63(1):60–9.
166. Bjornson W, Rand C, Connett JE, Lindgren P, Nides M, Pope F, vd. Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study. Am J Public Health. 1995;85(2):223–30.
167. Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K. The english smoking treatment services: one-year outcomes. Addiction. 2005;100:59–69.
168. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Samet J, editör. PLoS Med. 2006;3(11):e442.
169. Japuntich SJ, Leventhal AM, Piper ME, Bolt DM, Roberts LJ, Fiore MC, vd. Smoker characteristics and smoking-cessation milestones. Am J Prev Med. 2011;40(3):286–94.
170. Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, Snyder E, Murray J. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. Am J Med. 2003;114(7):555–62.
171. Çakıt MO, Arslan İ. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. Türkiye Klin Fam Med - Spec Top. 2016;7(5):1–4.
172. Scherer K, Weber JM, Jermann TM, Krautheim A, Tas E, Ueberschlag EV, vd. Cellular in vitro assays in the diagnosis of hymenoptera venom allergy. Int Arch Allergy Immunol. 2008;146(2):122–32.
173. Fung PR, Snape-Jenkinson SL, Godfrey MT, Love KW, Zimmerman P V., Yang IA, vd. Effectiveness of hospital-based smoking cessation. Chest. 2005;128(1):216–23.
174. Rice VH, Templin T, Fox DH, Jarosz P, Mullin M, Seiggreen M, vd. Social context variables as predictors of smoking cessation. Tob Control. 1996;5(4):280–5.
175. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B, vd. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. C. 53, Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2005.
176. Öner B, Annakkaya ali nihat, Aytar G, Bilgin C. Düzce Tıp Fakültesi Göğüs hastalıkları sigara bırakma polikliniği sonuçları,Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 3. 2003;10–4.

177. Kökten R. Trakya üniversitesi tıp fakültesi sigara bırakma polikliniği çalışmalarının değerlendirilmesi. Trakya üniversitesi tıp fakültesi; 2008.
178. Cengiz Ö. Sigara bırakma polikliniği bir yıllık izlem sonuçlarımız. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006;7:67-70.
179. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control*. 1998;7(3):262-7.
180. Fernandez E, Garcia M, Schiaffino A, Borrás JM, Nebot M, Segura A. Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia, Spain. *Prev Med (Baltim)*. 2001;32(3):218-23.
181. Lee C, Kahende J. Factors associated with successful smoking cessation in the united states, 2000. *Am J Public Health*. 2007;97(8):1503-9.
182. Reid JL, Hammond D, Boudreau C, Fong GT, Siahpush M, ITC Collaboration on behalf of the I. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*. 2010;12 Suppl(Suppl 1):S20-33.
183. Gilman SE, Martin LT, Abrams DB, Kawachi I, Kubzansky L, Loucks EB, vd. Educational attainment and cigarette smoking: a causal association? *Int J Epidemiol*. 2008;37(3):615-24.
184. Biener L, Hamilton WL, Siegel M, Sullivan EM. Individual, social-normative, and policy predictors of smoking cessation: a multilevel longitudinal analysis. *Am J Public Health*. 2010;100(3):547-54.
185. Steinberg MB, Randall J, Greenhaus S, Schmelzer AC, Richardson DL, Carson JL. Tobacco dependence treatment for hospitalized smokers: a randomized, controlled, pilot trial using varenicline. *Addict Behav*. 2011;36(12):1127-32.
186. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction*. 2004;99(6):770-7.
187. Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, vd. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: A randomized clinical trial. *Am J Public Health*. Ekim 2006;96(10):1808-14.
188. Wee LH, West R, Bulgiba A, Shahab L. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop-smoking clinics in Malaysia. *Nicotine Tob Res*. 2011;13(2):151-6.
189. Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K. The english smoking treatment services: one-year outcomes. *Addiction*. 2005;100:59-69.
190. Hagimoto A, Nakamura M, Morita T, Masui S, Oshima A. Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the japanese general population: a 1-year follow-up study. *Addiction*. 2010;105(1):164-73.

191. Syamlal G, Mazurek JM, Hendricks SA, Jamal A. Cigarette smoking trends among U.S. Working adult by industry and occupation: findings from the 2004-2012 national health interview survey. *Nicotine Tob Res.* 2015;17(5):599–606.
192. Lee DJ, Fleming LE, Arheart KL, LeBlanc WG, Caban AJ, Chung-Bridges K, vd. Smoking rate trends in U.S. occupational groups: The 1987 to 2004 national health interview survey. *J Occup Environ Med.* 2007;49(1):75–81.
193. Lee DJ, LeBlanc W, Fleming LE, Gómez-Marín O, Pitman T. Trends in U.S. Smoking rates in occupational groups: The national health interview survey 1987–1994. *J Occup Environ Med.* 2004;46(6):538–48.
194. Shopland DR, Anderson CM, Burns DM, Gerlach KK. Disparities in smoke-free workplace policies among food service workers. *J Occup Environ Med.* 2004;46(4):347–56.
195. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: current cigarette smoking among adults aged  $\geq 18$  years with mental illness - united states, 2009-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2013;62(5):81–7.
196. Aslaner E. Adana il merkezinde sigara kullanımı ve etkilerinin, sigaraya ve dumana maruziyetin ve tütün kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının telefon surveyi ile saptanması (uzmanlık tezi). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008. 8-24 s.
197. Yang T, Fisher KJ, Li F, Danaher BG. Attitudes to smoking cessation and triggers to relapse among chinese male smokers. *BMC Public Health.* 2006;6(1):65.
198. Ceylan E, Yanık M, Gencer M. Harran Üniversitesi'ne kayıt yaptıran öğrencilerin sigaraya karşı tutumlarını etkileyen faktörler. *Toraks dergisi.* 2005;144–50.
199. Kara S, Yıldırım Baş F, Açıkalin C. Smyrna Tıp Dergisi-16-Sigara içme davranışları ve etkili faktörler: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği Fakültelerinin ilk ve son sınıf öğrencileri üzerinde çalışma. *Smyrna Tıp Derg Araştırma Makal.* 2011;1–5.
200. Everett SA, Husten a CG, Kann L, Warren CW, Sharp D, Crossett L. Smoking initiation and smoking patterns among US college students. *J Am Coll Heal.* 1999;48(2):55–60.
201. Hwang JH, Park S-W. Age at smoking initiation and subsequent smoking among Korean adolescent smokers. *J Prev Med Public Health.* 2014;47(5):266–72.
202. Reidpath DD, Ling M-L, Wellington E, Al-Sadat N, Yasin S. The relationship between age of smoking initiation and current smoking: an analysis of school surveys in three european countries. *Nicotine Tob Res.* 2013;15(3):729–33.
203. Azagba S, Baskerville NB, Minaker L. A comparison of adolescent smoking initiation measures on predicting future smoking behavior. *Prev Med Reports.* 2015;2:174–7.

204. Reidpath DD, Davey TM, Kadirvelu A, Soyiri IN, Allotey P. Does one cigarette make an adolescent smoker, and is it influenced by age and age of smoking initiation? Evidence of association from the U.S. youth risk behavior surveillance system (2011). *Prev Med (Baltim)*. 2014;59:37–41.
205. Gilman SE, Rende R, Boergers J, Abrams DB, Buka SL, Clark MA, vd. Parental smoking and adolescent smoking initiation: an intergenerational perspective on tobacco control. *Pediatrics*. 2009;123(2):e274-81.
206. Everett SA, Warren CW, Sharp D, Kann L, Husten CG, Crossett LS. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. High school students. *Prev Med (Baltim)*. 1999;29(5):327–33.
207. Chassin L, Presson CC, Sherman SJ, Edwards DA. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from dolescent smoking patterns. *Heal Psychol*. 1990;9(6):701–16.
208. Dalton MA, Sargent JD, Beach ML, Titus-Ernstoff L, Gibson JJ, Ahrens MB, vd. Effect of Viewing Smoking in Movies on adolescent smoking initiation: a cohort study. *Lancet*. 2003;362(9380):281–5.
209. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addict Behav*. 24(5):673–7.
210. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control*. 1997;6 Suppl 2:S57-62.
211. Kaleta D, Korytkowski P, Makowiec-Dąbrowska T, Usidame B, Bąk-Romaniszyn L, Fronczak A. Predictors of long-term smoking cessation: results from the global adult tobacco survey in Poland (2009–2010). *BMC Public Health*. 2012;12(1):1020.
212. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA J Am Med Assoc*. 1994;271(8):589–94.
213. Huang W-H, Hsu H-Y, Chang BC-C, Chang F-C. Factors correlated with success rate of outpatient smoking cessation services in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):18–9.
214. Kim S-H, Lee J-A, Kim K-U, Cho H-J. Results of an inpatient smoking cessation program: 3-month cessation rate and predictors of success. *Korean J Fam Med*. 2015;36(2):50–9.
215. Shie H-G, Pan S-W, Yu W-K, Chen W-C, Ho L-I, Ko H-K. Levels of exhaled carbon monoxide measured during an intervention program predict 1-year smoking cessation: a retrospective observational cohort study. *npj Prim Care Respir Med*. 2017;27(1):59.
216. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. *Türk Toraks Dergisi*. 2007;8:110-114.



217. Pınar ÖNEN Z, Şen E, Eriş Gülbay B, Öztürk A, Akkoca Yıldız Ö, Acican T, vd. Farklı tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2010;58(4):385–92.
218. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. İçinde: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2004. s. CD000146.
219. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, vd. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med.* 1999;340(9):685–91.
220. Cahill K, Stevens S, Lancaster T. Pharmacological treatments for smoking cessation. *JAMA.* 2014;311(2):193.
221. Aubin H-J, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB, Gong J, vd. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax.* 2008;63(8):717–24.
222. Lee J-Y, Kim MJ, Jun H-J, Kang M, Park AR, Oh DE, vd. Adherence to Varenicline and abstinence rates for quitting smoking in a private health promotion center-based smoking cessation clinic. *Tuberc Respir Dis (Seoul).* 2012;72(5):426.
223. Beard E, Bruguera C, McNeill A, Brown J, West R. Association of amount and duration of NRT use in smokers with cigarette consumption and motivation to stop smoking: A national survey of smokers in england. *Addict Behav.* 2015;40:33–8.
224. Zhang B, Cohen JE, Bondy SJ, Selby P. Duration of nicotine replacement therapy use and smoking cessation: a population-based longitudinal study. *Am J Epidemiol.* 2015;181(7):513–20.
225. Siahpush M, Shaikh RA, McCarthy M, Sikora Kessler A, Tibbits M, Singh GK. Association between duration of use of pharmacotherapy and smoking cessation: findings from a national survey. *BMJ Open.* 2015;5(1):e006229.
226. Kıdık E. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 1-3 Yıllık süreçteki sigara bırakma durumları (Uzmanlık Tezi). 2017. 65-77 s.
227. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8).
228. Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tob Control.* 2007;16 Suppl 1(Suppl 1):i3-8.
229. Lee J-Y, Kim MJ, Jun H-J, Kang M, Park AR, Oh DE, vd. Adherence to Varenicline and Abstinence rates for quitting smoking in a private health promotion center-based smoking cessation clinic. *Tuberc Respir Dis (Seoul).* 2012;72(5):426.

230. Erturhan S. Cumhuriyet Üniversitesi Sigara Bıraktırma Polikliniği'nin "Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı – 2011" Uygulamasının Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013. 75-92 s.
231. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, vd. Clinical practice guideline treating tobacco use and dependence guideline panel guideline staff. 2000.
232. Dollar KM, Homish GG, Kozlowski LT, Leonard KE. Spousal and alcohol-related predictors of smoking cessation: a longitudinal study in a community sample of married couples. *Am J Public Health*. 2009;99(2):231–3.
233. May S, West R, Hajek P, McEwen A, McRobbie H. Social support and success at stopping smoking. *J Smok Cessat*. 2007;2(2):47–53.
234. Rice VH, Templin T, Fox DH, Jarosz P, Mullin M, Seiggreen M, vd. Social context variables as predictors of smoking cessation. *Tob Control*. 1996;5(4):280–5.
235. McMahon SD, Jason LA. Social support in a worksite smoking intervention. *Behav Modif*. 2000;24(2):184–201.
236. Rigotti NA. Strategies to help a smoker who is struggling to quit. *JAMA*. 2012;308(15):1573–80.
237. Buczkowski K, Marcinowicz L, Czachowski S, Piszczek E. Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: results from a qualitative study among former and current smokers. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:1353–63.
238. Pekel Ö, Ergör G, Günay T, Baydur H, Choussein B, Budak R, vd. Smoking cessation and the effect of nicotine dependence on relapse rate in Izmir, Turkey. *Turkish J Med Sci*. 2015;45(4):895–901.
239. Mutlu P, Yıldırım BB, Açıkmeşe B. İkinci basamak kamu hastanesinde hizmet veren sigara bırakma polikliniğinde alınan sonuçlar. C. 16. s. 14–25.
240. Aryanpour M, Tarahomi M, Heydari GR, Hesami Z, Ramezankhani A. The Relation between exhaled carbon monoxide level and smoking cessation outcome. 2009. s. 11–5.
241. Messer K, Mills AL, White MM, Pierce JP. The effect of smoke-free homes on smoking behavior in the U.S. *Am J Prev Med*. 2008;35(3):210–6.
242. Farkas AJ, Gilpin EA, Distefan JM, Pierce JP. The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviours. *Tob Control*. 1999;8(3):261–5.
243. Pizacani BA, Martin DP, Stark MJ, Koepsell TD, Thompson B, Diehr P. A prospective study of household smoking bans and subsequent cessation related behaviour: the role of stage of change. *Tob Control*. 2004;13(1):23–8.

244. Borland R, Yong H-H, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) four country survey. *Tob Control*. 2006;15 Suppl 3:iii42-50.
245. Mills AL, Messer K, Gilpin EA, Pierce JP. The effect of smoke-free homes on adult smoking behavior: a review. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(10):1131–41.



## 12. EKLER

### EK. 1. ETİK KURUL KARARI FORMU

	<b>CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	2002-2018 Yılları Arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Oranı ve Etkili Olan Faktörler
-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Yeltekin Demirel			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Uzmanlık tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:





## CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	2002-2018 Yılları Arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Oranı ve Etkili Olan Faktörler
-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-01/32	Tarih: 02.01.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekeç, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakinca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Sönmez</i>
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Y. Karagöz</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>H. Özer</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>E. Özdemir</i>
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>G. Yıldırım</i>
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>B. Bağcı</i>
Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. Ataş</i>
Dr. Öğret. Üyesi Engin Altunkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>E. Altunkaya</i>
Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>M. Ülgey</i>

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:

## EK. 2. ANKET FORMU

### CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ

#### SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ SİĞARA BIRAKMA DURUMU DEĞERLENDİRME ANKETİ

Merhaba ben Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinden arıyorum. Adım Dr. Esra TAŞ. Hastanemizin sigara bırakma hizmetinin etkinliğini değerlendirmek üzere araştırma yapmakla görevliyim. Kayıtlara göre ..... yılında sigarayı bırakmak üzere sigara bırakma polikliniğimize başvurmuşsunuz. Bununla ilgili olarak size tahminen 2 dakika sürecek bir anket uygulayacağım. Bu anket sonucuna göre poliklinik hizmetlerimiz yeniden değerlendirilecek ve geliştirilecektir. Vereceğiniz yanıtlar bundan sonra daha kaliteli bir hizmet sunulmasını sağlayacak olup bizim için çok değerlidir. Kabul ederseniz sorulara geçebilir miyim?

**HASTA ADI SOYADI:**

**TELEFON:**

1.BIRAKMA SÜRECİNDE POLİKLİNİĞİMİZE KAÇ KEZ GELDİNİZ?

.....

2.POLİKLİNİĞİMİZDE NE TEDAVİ VERİLDİ?

a) bupropion + psikososyal destek b) vareniklin+psikososyal destek c)nikotin reeplasman tedavisi +psikososyal destek d) psikososyal destek(5.soruya geç)

3.TEDAVİYİ NE KADAR SÜRE KULLANDINIZ?

.....

4.SİZE BAŞLANAN TEDAVİ VE YAPILAN GÖRÜŞMELER SONUCUNDA SİĞARAYI BIRAKTINIZ MI?

a) evet b) hayır (7. Soruya geç)

5. SİĞARAYI TEDAVİ BAŞLADIKTAN NE KADAR SÜRE SONRA BIRAKTINIZ?

.....

6.BU BIRAKMA NE KADAR SÜRDÜ?

.....

7.BIRAKMA DÖNEMİNİZDE DÜZENLİ SPOR YAPTINIZ MI?

a) evet b) hayır

8.SİGARAYI BIRAKMA SÜRECİNDE ALKOL KULLANDINIZ MI?

a) evet b) hayır

9.BU SÜREÇTE KİMDEN DESTEK ALDINIZ?

.....

10.BU SÜREÇTE SİGARA KULLANIMI AÇISINDAN TELEFONLA ARANDINIZ MI?

a) evet (kaç kez) b) hayır

11.ŞU ANDA SİGARA İÇME DURUMUNUZ NEDİR?

a) bıraktım b) hiç bırakmadım (18.soruya geç) c) bırakıp tekrar başladım(16.soruya geç)

12.HİÇ KAÇAMAK OLDU MU?

a) evet b) hayır ( 22. Soruya geç )

13.BU KAÇAMAĞIN NEDENİ NEDİR?

.....

14.KAÇAMAK NE KADAR SÜRE OLDU VE BU SÜREDE NE KADAR İÇTİNİZ?

..... (22.Soruya geç))

15.ŞU AN SİGARA İÇİYORSANIZ NE ZAMAN BAŞLADINIZ?

.....

16. TEKRAR BAŞLAMANIZA NEDENİNİZ NEDİR?

.....

17. GÜNDE KAÇ ADET SİGARA İÇİYORSUNUZ?

.....

18.BU SÜREÇTE POLİKLİNİĞİMİZE TEKRAR BAŞVURDUNUZ MU?

a) evet b) hayır

19. BU SÜREÇTE POLİKLİNİĞİMİZDEN BAŞKA BİR MERKEZDE SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ ALDINIZ MI?

a) evet b) hayır

20. TEKRAR SİGARA BIRAKMAK AMACIYLA POLİKLİNİĞİMİZE BAŞVUMAK İSTERMİSİNİZ?

a) evet b) hayır


21. YAŞADIĞINIZ ORTAMLARDA (EV VEYA İŞYERİNDE) SİGARA İÇİLİYOR MU?

a) evet b) hayır

Anketimizi doldurduğunuz için teşekkürler.



### EK. 3. HASTA KAYIT FORMU

	<b>CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ</b> SAĞLIK HİZMETLERİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ	SAYFA NO
DOKÜMAN KODU	<b>AİLE HEKİMLİĞİ SİGARA BAĞIMLILIĞI</b> <b>TEDAVİ BİRİMİ HASTA KAYIT FORMU</b>	4
CÜH.KYS.FR.28-01		REV.TARİH/NO
YAYIN TARİHİ		06
AĞUSTOS 2007		

TARİH:...../...../201..

FORMU DOLDURAN: Hemşire:

Dr:

**BIRAKMA HAZIRLIĞINDAKİ KİŞİ İLE İLGİLİ BİLGİLER:**

Adı Soyadı	.....
Doğum tarihi	.....
Cinsiyeti	.....
İş adresi ve tel. no	.....
Ev adresi ve tel. no:	.....
Mesleği:..... Eğitim durumu:..... Medeni durumu:.....	
Çocuk sayısı:..... Evde sigara dumanı.....	
Başvuru şekli : a)Sevkle;..... b)Kendi isteğiyle;.....	
Nasıl haberdar olmuş?:.....	

**FAGESTROM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ**

Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?: Günde.....Adet	.....Puan
(Günde 10 veya daha az=0 Puan, 11-20 Adet = 1 Puan, 21-30 Adet=2 Puan, 31 ve daha fazla=3 Puan)	
Sabah ilk sigaranızı uyanışınızdan ne kadar sonra içersiniz?:.....	.....Puan
( İlk 5dk içinde=3 Puan, 6-30dk içinde=2 Puan, 31-60dk içinde=1 Puan, 1 saatten sonra=0 Puan)	
Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?	.....Puan
(Evet = 1 Puan, Hayır = 0 Puan)	
Gün boyu içtiğiniz sigaralardan hangisi size daha vazgeçilmezi zor geliyor?	.....Puan
(Sabahın ilk sigarası = 1 Puan, Diğer = 0 Puan )	
Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine daha sık mı içersiniz?	.....Puan
(Evet = 1 Puan, Hayır = 0 Puan)	
Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda da sigara içermisiniz?	.....Puan
(Evet = 1 Puan, Hayır = 0 Puan)	
Toplam bağımlılık puanı:	.....Puan
(Bağımlılık Düzeyi:0-2 Puan=Çok Az , 3-4=Az , 5=Orta , 6-7=Yüksek , 8-10=Çok Fazla)	

Genelde hangi marka sigara kullanıyorsunuz?	
Yaklaşık sigara masrafınız:Haftada.....Ayda.....Yılda.....	
İlk yüz sigaranın çoğunu içtiğinizde kaç yaşındaydınız?:.....	

**BIRAKMA KARARININ NEDENLERİ:**

1-.....
2-.....
3-.....
4-.....
5-.....
6-.....

Son bir yıl içinde bırakmayı denediniz mi?: ( ) Evet ( ) Hayır  
 Bu kaçınıcı denemeniz olacak?.....  
 (Her başarısız deneme için) Yeniden başlamanız nasıl oldu?, Bırakma denemesi ne kadar sürdü?:.....  
 .....  
 .....

**Bırakmada zorlanma, içmeyi sürdürme nedenleri:**  
 Depresyonla ve kilo sorunu ile mücadelede sigarayı bir araç olarak kullanıyor mu?:.....  
 Stresle ve konsantrasyonla bir bağlantı var mı?:.....  
 Alkol ve diğer bağımlılık yapıcı madde kullanımı var mı?:.....

En yakın ilişki içindeki kişiler	Kullanım durumu (içiyor,bırakmış,içmemiş)	Bırakmaya hazırlık (düşünüyor,düşünmüyor,hazır)	Bu gelişmeye tepkisi (olumlu,olumsuz,ilgisiz)

Bırakmada başarılı olma yönünden kendine güveni(1-5 arası, 5 en yüksek):.....  
 Kişinin kendine güvenini destekleyici yaklaşım kullanılmaktadır.  
 Ağırlık:.....kg Boy:.....cm BMI:.....kg/m Kan Basıncı:.....mm/hg  
 Tanısı konulmuş sistemik hastalıkları:.....  
 Son 1 yıl içinde doktora gitti ise nedenleri:.....  
 Kullandığı ilaçlar:.....  
 Öksürük ve nefes darlığı (eforla veya eforsuz) var mı?:.....  
 Epigastriumda açlık ağrısı var mı?:.....  
 Otit,Sinüzit,Farenjit,Katarakt belirtileri var mı?:.....  
 Koroner Kalp Hastalığı veya Serebrovasküler Hastalık var mı?:.....  
 Çabuk yorulma var mı?:.....  
 Ağız - Diş sağlığı yakınmaları var mı?:.....  
 Depresyon öyküsü:..... Anksiyete öyküsü:.....  
 Ailede:  
 Diyabet:.....Sistemik Hast.....Kanser:.....  
 Diğer Açıklamalar.....  
 AKŞ:..... Trig:..... Koles:..... HDL..... LDL:..... Hb:.....

**BIRAKMA GÜNÜ:**.....  
 İzleme görüşmesi tarihi (Hazırlık döneminin ortası):.....  
**HAZIRLIK DÖNEMİ STRATEJİLERİ:**  
 1- Kılavuz verme: ( )Evet  
 2- Koşullandırmaları söndürme (İsteği savuşturma) teknikleri: ( )Evet  
 3- Uyarıların kontrolü için uyarı (Bırakma günü öncesinden itibaren sigara ile ilgili herşeyin evden ve iş yerinden uzaklaştırılması): ( )Evet  
 4- Alkol(Bırakma günü sonrası ilk dönem için alkollü vesilelerden ,diğer tahrik edici yerlerden uzak durulması)  
 5- Sosyal destek verecek kişinin belirlenmesi: ( ) Evet (Kim.....)  
 6- Her gün en az yarım saat, mümkünse daha fazla, mümkünse tempolu beden eğitimi: ( ) Evet  
 7- Hoşa gidici yeni uğraşlar oluşturma: ( ) Evet  
 8- Reçete:.....  
 .....

İzleme tarihi:...../...../ 20.....

Görüşme tarihi:...../...../ 20.....

Ara dönemdeki başarı durumu ,yoksunluk belirtilerinin kontrol altına alınması durumu,mevcut yakınmaları, kaçamaklar ve kaçamakların miktarı, kaçamakları tetikleyen faktörler (ortam, duygulanım durumu, stres)

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

Ara dönemdeki ilaç kullanma durumunun tam olarak tanımlanması, tolere etme durumu, yan etkiler, ilaçla ilgili sorunlar ve varsa endişeler:

.....  
.....

Düzenli spor yapma durumu:

Düşünme şekli:

Sosyal destek:

Kendine güven düzeyi:

DİĞER NOTLAR:

Tavsiyeler:

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

İzleme tarihi:...../...../ 20.....

İzleme notları:

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

Tavsiyeler:

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

İzleme tarihi:...../...../ 20....

İzleme notları:.....

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

Tavsiyeler:.....

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

İzleme tarihi:...../...../ 20....

İzleme notları:.....

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

Tavsiyeler:.....

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

İzleme tarihi:...../...../ 20....

İzleme notları (3. ayın sonu başarı durumu):.....

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

Tavsiyeler:.....

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

1 Yılın sonu başarı durumu:

**EK. 4. TURNİTİN ORJİNALLİK RAPORU (KAYNAKLAR ÇIKARILMIŞ)**

2002-2018 yılları arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Oranı ve Etkili olan Faktörler

ORJİNALLİK RAPORU

% <b>14</b>	% <b>10</b>	% <b>3</b>	% <b>10</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>2</b>	<b>tipedu.cumhuriyet.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>www.aai.org.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>www.ssuk.org.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>toraks.dergisi.org</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>acikerisim.deu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Marmara University</b> Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Beykent Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>



## Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: **Esra Taş**  
Ödev başlığı: 2002-2018 yılları arasında Cumhuri...  
Gönderi Başlığı: 2002-2018 yılları arasında Cumhuri...  
Dosya adı: sigara tezi 2.docx  
Dosya boyutu: 4.21M  
Sayfa sayısı: 85  
Kelime sayısı: 16,109  
Karakter sayısı: 108,154  
Gönderim Tarihi: 25-Eki-2019 03:15PM (UTC+0300)  
Gönderim Numarası: 1200201678

