



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

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ SİGARA BIRAKMA
POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN HASTALARDA
SİGARA BIRAKMA BAŞARISI**

**UZMANLIK TEZİ
DR. AHMET ŞENGÜN**

**DANIŞMAN
PROF. DR. AYFER GEMALMAZ**

AYDIN-2019

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

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ SİGARA BIRAKMA
POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN HASTALARDA
SİGARA BIRAKMA BAŞARISI

UZMANLIK TEZİ
DR. AHMET ŞENGÜN

DANIŞMAN
PROF. DR. AYFER GEMALMAZ

AYDIN-2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ve tez sürecimin her aşamasında beni destekleyen, motive eden, cesaretlendiren kendisi olmadan tezimi tamamlayamayacağım, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca, tez konumun belirlenmesinde, rotasyon süreçlerinde bana her zaman destek olan, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam bölüm başkanımız Prof. Dr. Okay BAŞAK'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan, yaşadığım zorlukları kendisiyle paylaşabildiğim değerli hocam Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL'e,

Asistanlık sürecimin her anında yanımda olan, bana destek olan kendisi olmadan asistanlık sürecini tamamlayamayacağım en yakın arkadaşım Asist. Dr. İbrahim Halil ÇETİN'e,

Bana destek olan en yakın arkadaşlarım Mehmet Ali TECİRLİ, Sinan ÜTKÜR, Muharrem ACAR'a,

Bana destek olan değerli hocam Prof. Dr. Tunç ALKIN'a ve arkadaşım Doç. Dr. Neşe DİREK TECİRLİ'ye

Bana destek olan değerli hocalarım Prof. Dr. Yavuz YENİÇERİ, Prof. Dr. Ayşe FAHRİYE TOSUN, Dr. Öğr. Üy. Erdem BARIŞ CARTI'ya

Bana destek olan Uzm. Dr. Burcu ADAY AVCI, Uzm. Dr. Meltem DİNÇ, Uzm. Dr. Nilüfer TURAN, Uzm. Dr. Tolga EKREN, Asist. Dr. Uğur ERAY, Uzm. Dr. Muhammet Ali ATEŞ, Uzm. Dr. Volkan ÖZTÜRK, Uzm. Dr. Yahya UTLU ve diğer asistan arkadaşlarıma,

Bana destek olan arkadaşım Lütfiye Tuğba DEMİRTAŞ'a ve Günnur Özdemir AKSOY ablama,

Babam Rasim ŞENGÜN, annem Nermin ŞENGÜN, ablalarım Uzm. Dr. Semra ŞENGÜN KARAÇAYIR, Dr. Pelin AKSU' ya teşekkür ederim.

Dr. Ahmet ŞENGÜN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ	ix
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Tütün ve Tütün Ürünleri	4
2.1.1. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Tarihçesi	4
2.1.2. Tütün Ürünleri	5
2.1.2.1 Sigara	5
2.1.2.2 Nargile.....	6
2.1.2.3 Pipo	6
2.1.2.4 Puro	6
2.1.2.5 Sarmalık Kıyılmış Tütün.....	6
2.1.2.6 Çiğnemelik Tütün	7
2.1.2.7 Enfiyelik Tütün	7
2.1.2.8 Maraş Otu (Ağız Otu)	7
2.1.2.9 İsveç Snus	7
2.1.2.10 Amerikan Snuff.....	7
2.1.2.11 Nikotin Preparatları.....	7
2.2. Tütün Epidemiyolojisi	8
2.3. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Sağlık Etkileri.....	11

2.3.1. Kardiyovasküler Hastalıklar	12
2.3.2. Solunum Sistemi Hastalıkları	12
2.3.3. Kanserler	13
2.3.4. Diğer Hastalıklar	13
2.3.5. Pasif İçicilik	13
2.4. Bağımlılık	14
2.4.1. Nikotin	15
2.4.1.1 Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi	16
2.5. Tütün Kontrolü	16
2.5.1. Türkiye’de Tütün Kontrolü.....	19
2.6. Sigara Bırakma Yöntemleri	21
2.6.1. Bilişsel ve Davranışçı Yöntemler	21
2.6.2. Farmakolojik Tedaviler	22
2.6.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi.....	23
2.6.2.2 Bupropion	24
2.6.2.3 Vareniklin	25
2.6.3 Motivasyonel Görüşme.....	26
2.7. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler	26
2.7.1. Nüks ve Hata.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Çalışmanın Tasarımı	28
3.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	28
3.3.1 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	28
3.3.2 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	28

3.4. Çalışma Süreci	29
3.5. Çalışmaya Dahil Edilme ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	30
3.6 Çalışmanın Değişkenleri.....	30
3.6.1 Çalışmanın Bağımlı Değişkeni	30
3.6.2 Çalışmanın Bağımsız Değişkenleri.....	30
3.7. İstatistiksel Analiz.....	32
3.8. İzinler	32
4. BULGULAR	33
4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	33
4.2 Katılımcıların Sigara Kullanma Özellikleri	34
4.3 Katılımcıların Önceki Sigara Bırakma Deneyimleri ve Karşılaştıkları Engeller	36
4.4 Katılımcıların Sigara Bırakma Nedenleri	37
4.5 Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeyleri	38
4.6 Katılımcıların Sigarayı Bırakma Motivasyon Evreleri.....	39
4.7 Katılımcıların Hastalık Özgeçmişleri	39
4.8 Katılımcıların Laboratuvar Bulguları	39
4.9 Katılımcılara Uygulanan Tedaviler	40
4.10 Altı Aylık İzlem Sonunda Sigara Bırakma Başarısı ve Başarı Üzerine Etkili Olan Faktörler	42
4.11 Farmakoterapi Önerilen Hastaların İlaç Kullanma Süreleri ve Sigara Bırakma Başarısı Arasındaki İlişki	46
4.12 Verilen Tedavinin Faydalı Olduğunu Düşünmenin Sigara Bırakma Başarısıyla İlişkisi.....	47
4.13 İlaç Yan Etkileri.....	48
4.14 Sigarayı Bırakamayanların Bırakamama Nedenleri	49
4.15 Sigara Bırakamayanların Sigarasız Kalabildikleri Süre	51

4.16 Sigarayı Bırakamayanların Sigara Nedeniyle Yaşadığı Sağlık Sorunları	51
4.17 Sigarayı Bırakamayanların Sigarayı Tekrar Bırakmayı Düşünme Durumu	52
4.18 Başarılılarda Motivasyonu Arttıran Faktörler	53
4.19 Başarılılarda Sigarayı Bırakmanın Sağlık Üzerine Etkisi	53
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
ÖZET	65
SUMMARY	69
KAYNAKLAR	73
EKLER	85

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	34
Tablo 2. Katılımcıların sigara tüketimlerine ilişkin bilgiler	35
Tablo 3. Katılımcıların önceki sigara bırakma deneyimleri ve karşılaştıkları engeller	37
Tablo 4. Katılımcıların sigara bırakma nedenleri	38
Tablo 5. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri	38
Tablo 6. Katılımcıların sigarayı bırakma motivasyon evreleri	39
Tablo 7. SFT sonuçları ve PA akciğer grafisine ilişkin bilgiler	40
Tablo 8. Katılımcılara uygulanan sigara bırakma tedavileri	40
Tablo 9. Farmakoterapi uygulamalarının ayrıntıları	41
Tablo 10. Önerilen ilaçları alan hastaların farmakolojik tedavi ayrıntıları	41
Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişki	43
Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik bazı özellikleri ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişki	46
Tablo 13. Farmakoterapi önerilen hastaların ilaç kullanma sürelerine göre sınıflanması	47
Tablo 14. Farmakoterapi verilenlerde ilaç kullanma süresi ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişki	47
Tablo 15. Tedavinin faydası olduğunu düşünmenin sigara bırakma başarısıyla ilişkisi	48
Tablo 16. İlaç yan etkileri	48
Tablo 17. Başarısızlık nedenleri	50
Tablo 18. Sigarayı bırakamayanların sigarasız kalabildikleri gün sayıları	51
Tablo 19. Sigarayı bırakamayanların sigara nedeniyle yaşadığı sağlık sorunları	52
Tablo 20. Başarılılarda motivasyonu arttıran faktörler	53
Tablo 21. Başarılılarda sigarayı bırakmanın sağlık üzerine etkisi	54

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yetişkinlerde Tütün Kullanım Sıklığı, 2007-2017.....	9
---	---



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

5A	Ask (öğren), Advice (öner), Assess (ölç), Assist (önderlik et), Arrange (örgütle)
5R	Relevance (ilişki), Risks (riskler), Reward (ödülleri), Roadblocks (engeller), Repetition (tekrar)
CDS	Sigara Bağımlılık Ölçeği
CO	Karbon Monoksit
DM	Diabetes Mellitus
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DT	Davranışçı Tedavi
FEV	Zorlu Ekspirasyon Hacmi
FEV₁	1. Saniyede Zorlu Ekspirium Hacmi
FEV₁/FVC	1. Saniyede Zorlu Ekspirium Hacmi / Zorlu Vital Kapasite
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
FTQ	Fagerström Tolerans Anketi
HSI	Sigara Ağırlık İndeksi
HT	Hipertansiyon
IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
İBBS	İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
KGTA	Küresel Gençlik Tütün Araştırması
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
MPOWER	Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise
NDSS	Nikotin Bağımlılık Sendrom Ölçeği
NRT	Nikotin Replasman Tedavisi
TAPDS	Sigara Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi
TDS	Tütün Bağımlılığı Tarayıcı Ölçek
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TÜBATİS	Tütün Bağımlılığı Tedavi İzlem Sistemi
WISDM-68	Wisconsin Sigara Bağımlılığı Nedenleri Envanteri

EKLER DİZİNİ

Ek 1. ADÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği İzlem Protokolü.....	85
Ek 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	88
Ek 3. Yapılandırılmış Soru Formu	89
Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı	91



1 GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara başta olmak üzere tütün ve tütün ürünleri kullanımı çok önemli bir halk sağlığı problemidir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 yılı raporundaki verilere göre 30 yaş ve üzerinde gerçekleşen tüm ölümlerin %12'si tütüne bağlanmıştır. Her yıl 5 milyon kişi tütün kullanımı nedeniyle ölmekte ve bu ölümlerin çoğu vaktinden önce gerçekleşmektedir (prematür ölümlülük). İkinci el sigara dumanı nedeniyle de 600 000 kişinin daha öleceği tahmin edilmektedir (2). DSÖ güncel verilerine göre ise her yıl 7 milyondan fazla kişi doğrudan tütün kullanımıyla ve 1,2 milyondan fazla kişi de ikinci el sigara dumanıyla ölmektedir. Tütün, kullanıcılarının yarısını öldürmekte ve sigara kullanan 1,1 milyar insanın büyük çoğunluğu ise (yaklaşık %80'i) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (1).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı başta akciğer kanseri olmak üzere çeşitli kanserlere, başta kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olmak üzere solunum sistemi hastalıklarına, başta koroner kalp hastalığı olmak üzere kardiyovasküler sistem hastalıklarına ve başta inme olmak üzere serebrovasküler hastalıklara neden olmaktadır (3).

Sigaranın bırakılması ile ilk 20 dakika içinde vital parametrelerde (nabız, kan basıncı, vücut sıcaklığı) normalleşme; 1 gün içinde kan karbonmonoksit (CO) seviyesinde normalleşme; 2 haftadan 3 aya kadar olan dönemde efor kapasitesinde artma, öksürük ve balgam şikayetinde azalma, daha rahat nefes alıp verme, koku ve tat duyularında düzelme, immun sistem fonksiyonlarında artma ve daha zinde hissetme; 1 yıl içinde kardiyovasküler olay yaşama riskinde %50'ye varan azalma; daha uzun vadede ise akciğer kanseri başta olmak üzere yarattığı diğer kanserlerin riskinde belirgin azalma gelişir (4, 5).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından ciddi seviyede risk faktörü oluşturmaktadır. Tütün ve tütün ürünlerinin bırakılması ile sağlık üzerine olan bu kötü etkilerinden korunulabilir. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Koruma ve Kontrol Küresel Aksiyon Planı'nda 2025 yılına kadar tütün ve tütün ürünü kullanımında %30'luk bir azalma sağlanması hedeflenmiştir (6). Tütün ve tütün ürünlerinin kontrolü amacıyla "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" 2003 yılında DSÖ tarafından ve 2004 yılında da Türkiye tarafından kabul edilmiştir (7, 8). Bu sözleşmede amaç "tütün kullanımı ve tütün dumanına maruz kalmanın yaygınlığını sürekli ve özlü bir şekilde azaltmak için, tarafların ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeylerde uygulayacakları bir tütün kontrol önlemleri

çerçevesi sağlamak suretiyle, mevcut ve gelecek nesilleri, tütün tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın yıkıcı sağlık, sosyal, çevresel ve ekonomik sonuçlarından korumaktır” şeklinde belirtilmiştir (8). DSÖ tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı ile mücadelede; tütün kullanımının ve koruyucu politikaların takip edilmesi (monitor), insanların tütün dumanından korunması (protect), tütün kullanımının bırakılması için yardımın teklif edilmesi (offer), insanların tütünün zararları konusunda uyarılması (warn), tütün reklamları, promosyonları ve sponsorluklarının yasaklanması (enforce) ve tütündeki vergileri arttırılmasını (raise) içeren MPOWER şeklinde kısaltılan altı politika önermektedir (9-11).

Türkiye’de yetişkinlerde tütün kullanımı oldukça yaygındır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’nın 2012 yılındaki çalışmasında Türkiye’de 14,8 milyon kişinin (%27,1) tütün ürünü kullandığı saptanmıştır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (sırasıyla %41,5 ve %13,1). Tütün ürünleri arasında ise en fazla kullanılanı sigaradır ve sigara kullanım sıklığı %25,7’dir (12). Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017 çalışmasında ise nüfusumuzun %31,5’inin tütün ürünü kullandığı saptanmıştır. Tütün kullanımı KYTA 2012’de olduğu gibi erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (sırasıyla %43,4 ve %19,7) (13). Son çalışmaya göre her iki cinsiyette de tütün kullanım sıklığı artmış olup bu durum kadınlarda daha yüksek oranda izlenmiştir.

Sigara içenlerin %70’i sigarayı bırakmak istemekte ancak üçte biri sigara bırakmayı denemektedir (14). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’na göre sigara içenlerin %46’sı son bir yıl içinde sigarayı bırakma girişiminde bulunmuştur (12). Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017” çalışmasına göre katılımcıların %27,4’ü son bir yıl içinde tütün ürünü bırakma girişiminde bulunmuş ve son bir yıl içinde sağlık çalışanına gidenlerin %22,3’ü tütün ürünü bırakma yönünde tavsiye almıştır (13). Sigara içenler çoğunlukla profesyonel yardım almadan sigarayı bırakmaya çalışmakta ve çoğunlukla relapslarla karşılaşmaktadır (15). Profesyonel yardım alındığında bile sigara bırakma oranı düşük olabilmektedir ancak yardım alınmasının sigara bırakma başarısını arttırdığı bilinmektedir (16). Genç erişkinlerin destekle (sağlık personeli yardımı ya da tütün ve tütün ürünleri kullanımını bıraktırmaya yönelik hazırlanan eğitim materyali) yaklaşık 3,5 kat daha fazla oranda 30 günden daha uzun süre ile tütün ve tütün ürünleri kullanımını bırakabildiği saptanmıştır (17). Hekimlerin tütün ve tütün ürünlerini

biraktırmaya yönelik önerileri bırakma oranlarını arttırmaktadır (18).

Sigaranın bırakılmasında bilişsel ve davranışçı yöntemler ile farmakolojik tedaviler olmak üzere iki temel yaklaşım mevcuttur. Bilişsel ve davranışçı yöntemler DSÖ tarafından hazırlanan 5A ve 5R şeklinde kısaltılan yaklaşımları içerir. 5A ya da Türkçe karşılığı 5Ö olarak bilineni ise öğren (ask), öner (advice), ölç (assess), önderlik et (assist) ve örgütle (arrange) basamaklarını içerir ve sigarayı bırakmayı düşünenlere uygulanır. 5R olarak bilineni; ilişkinin gözden geçirilmesi (relevance), risklerin vurgulanması (risks), kazançların vurgulanması (rewards), engellerin belirlenmesi (roadblocks) ve tekrarlama (repetition) basamaklarını içerir ve sigarayı bırakmayı düşünmeyenlere uygulanır. Farmakolojik tedavi olarak nikotin replasman tedavisi (NRT), bupropion ve vareniklin kullanılmaktadır (5, 19-23). Bu iki yaklaşımın birlikte kullanılması sigara bırakma başarısını arttırmaktadır (24). Ülkemizde sigara bırakma polikliniklerinde farklı tedavi yöntemlerinin kombine veya tek başına kullanılmasıyla sigara bırakma oranları %30-45 arasında bulunmuştur. Bırakma oranlarını etkileyen faktörlerin sadece kullanılan tedavi olmayıp, kişinin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin de sigara bırakma üzerine etkili olduğu bilinmektedir (25-31).

Ülkemizde her geçen gün sigara bırakma polikliniklerinin sayısı artmakta ve sigara biraktırmaya yönelik hem bilişsel ve davranışçı yöntemler hem farmakolojik tedaviler hem de motivasyonel görüşme teknikleri uygulanmakta ve sigara bırakma oranlarına önemli katkılar sağlamaktadır. Sigara bırakma polikliniklerinde hizmet veren hekimler için sigara içen bireylerin özelliklerinin bilinmesi bırakma başarısını arttırmakta önemlidir. Bu sayede bireylerde bırakma başarısı öngörülebilir ve sigara bırakma başarısını arttırmak amacıyla daha uygun seçenekler tercih edilebilir.

Bu çalışmanın amaçları:

1. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastalarda altı aylık izlemde sigara bırakma başarısını saptamak

2. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastalarda altı aylık izlemde sigara bırakma ile ilişkili faktörleri saptamaktır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Tütün ve Tütün Ürünleri

Tütün (*Nicotiana tabacum*); patlıcangiller (*solanaceae*) ailesi *Nicotiana* cinsinden yıllık otsu bitkidir. Tütün üretiminde başlıca yaprakları kullanılır. Yaprak boyutu ve kimyasal içeriği tütünün türüne, yetiştirildiği toprak ve iklime göre değişmektedir. Tütünde keyif verici ve bağımlılık yapıcı esas ürün olan nikotin, yaprakta birikir (32). Koyu renkli yaprağı olanlarda açık renkli olanlara göre daha yüksek oranda nikotin bulunur (33).

Tütün ürünü; tütürmek, emmek, çiğnemek ya da buruna çekmek üzere kısmen ya da tamamen tütün yaprağından üretilmiş maddelerdir (19). Günümüzde tütün ürünleri çeşitli işlemlerden geçirilerek paketli ve kullanıma hazır şekilde piyasaya sürülmektedir. Tütünün yanması sonucu oluşan dumanın kullanıldığı başlıca sigara, nargile, pipo, puro gibi ürünlerin yanında çiğnemelik tütün, enfiyelik tütün, Maraş otu (ağız otu), İsveç snus, Amerikan snuff ve nikotin preparatları gibi dumansız olarak kullanılan tütün ürünleri de bulunmaktadır. Tütünün kağıt, kolonya, esans üretimi amacıyla sanayide kullanımı da mevcuttur (34, 35).

2.1.1 Tütün ve Tütün Ürünlerinin Tarihçesi

Tütün yetiştiriciliğinin M.Ö. 6000’li yıllarda Amerika kıtasında başladığı düşünülmektedir (36). O dönemlerde Amerika kıtası yerlileri tütün yapraklarını kuruttuktan sonra sararak ya da ufalayarak pipolarda, bazen çiğneyerek, bazen deriye sürerek, bazen de lavman şeklinde kullanmıştır. Tütün üretim ve kullanımı zamanla kıta geneline yayılmıştır (37, 38).

Avrupa kıtasının tütün ile tanışması Christopher Columbus’un 1492 yılında Amerika kıtasını keşfi ile gerçekleşmiştir. Amerika kıtasında Küba’ya gelen Columbus burada tütünün “tobacco” adı ile dini törenlerde ve şölenlerde kullanıldığını görmüştür (37, 39). 16. yy’dan itibaren tütün İspanya, Portekiz ve İngiltere gibi Avrupa ülkelerinde de kullanılmaya başlanmıştır (40).Tütünün Asya kıtasına taşınması 16. yy’da Portekiz ve İspanyol tüccarlarla, Afrika kıtasına taşınması ise Osmanlı İmparatorluğu’nun etkisi ile olmuştur (41, 42).

Tütün Avrupa kıtasında erken dönemde tıbbi bir bitki olarak değerlendirilmiş ve 1566 yılında Jacques Nicot tarafından tütün tohumları Kraliçe Catherine’e migren tedavisinde

kullanılmak üzere gönderilmiştir. Avrupa kıtasında giderek yayılan tütünün içinde saptanan alkaloid de bu olay nedeniyle “nikotin” ismi verilmiştir (40, 43).

Tütünün ticari olarak üretimi 1612 yılında Amerika kıtasında başlamış ve 1881 yılında da sigara makinesi icat edilmiştir. 1913 yılında da RJ Reynolds tarafından modern sigara Dünya'ya tanıtılmıştır (39).

Tütünün Türkiye'ye girişinin İspanyol, İngiliz, İtalyan gemici ve tüccarlar aracılığıyla İstanbul üzerinden olduğu düşünülmektedir (43, 44). O dönemde giderek yaygınlaşan tütün kullanımı üzerine IV. Murat tarafından tütün ürünleri kullanımına yasaklar getirilmiştir (45). IV. Murat'ın ölümünden sonra tütün kullanımı üzerindeki yasaklar kalkmış ve zamanla Batı Trakya'da başlamış olan tütün tarımı Anadolu'ya da yayılmıştır. Gelirleri arttırmak üzere ilk olarak 1678 yılında tütünden gümrük vergisi alınmaya başlanmış ve 1856 yılında vergiler arttırılmış, 1861 yılında da ithalatı yasaklanmıştır (43). Tütün üretim hakları 1883 yılında 30 yıllığına Fransız Reji idaresine verilmiştir (46). Mart 1925'te İzmir İktisat Kongresi'nde 558 Sayılı Tütün İdare-i Muvakkatesi ve Sigara Kâğıdı İnhisarı Hakkında Kanun'un kabul edilmesi ile reji şirketinin hak ve borçları ödenerek tütün millileştirilmiştir (47-49).

2.1.2 Tütün Ürünleri

2.1.2.1 Sigara

Sigara; kıyılmış tütün yapraklarının ince bir kağıda sarılması ile hazırlanır. İlk olarak 1856 yılında Kırım Savaşı'nda askerlerin tütünü gazete kağıdına sararak içmesi ile kullanımı başlamıştır. Günümüzde en fazla kullanılan tütün ürünüdür. Filtre bulundurup bulundurmamasına göre çeşitleri vardır. Sigaradaki tütün türü ve fabrikasyon yöntemine göre beş tipi vardır. Şark (Türk tipi) ve Virginia (İngiliz) tipi sigaralarda tek tip tütün (monotip harman) kullanılırken Amerikan blend, Virginia blend ve Fransız tipi sigaralarda farklı tip tütün (politip harman, blend) kullanılır (50, 51). Kretek ise Endonezya'da kullanılan ve yaklaşık dörtte biri kıyılmış kuru karanfil ve yaklaşık dörtte üçü tütün olacak şekilde harmanlanarak hazırlanan tütün ürünüdür (51, 52) Küf tutmanın önlenmesi için sodyum benzoat'ın da dahil olduğu çeşitli koruyucu maddeler de sigaraya eklenebilir (51, 53). Sigaranın üretimi esnasında çeşitli sos ve kokuların tütüne absorpsiyonunu hızlandırmak için yüksek sıcaklıkta kızartma (toaster) uygulanır (51). Sigara dumanındaki katran miktarlarına

göre filtresiz, tam harman, light ve ultra light şeklinde de sınıflandırılabilir. Katran tütün endüstrisinde gaz olmayan, nikotin içermeyen kimyasallara verilen isimdir. Katran sigara tüketimi esnasında küçük hava yolları ve alveollerde birikir (51, 53, 54). Son zamanlarda piyasalarda mentollü sigaralar da yer almaktadır. Bu sigaraların light sigaralarda olduğu gibi daha az zararlı olacağı düşünülmekte ancak yapılan çalışmalar aksini göstermektedir. Mentollü sigara tüketicilerinin sigarayı bırakmakta ve bırakanlarda da sigara bırakmanın sürdürülmesinde daha fazla zorlandıkları; ayrıca tütün dumanındaki CO başta olmak üzere toksinlere daha fazla sistemik maruziyet yaşandığı gösterilmiştir (51, 55).

2.1.2.2 Nargile

Nargile; tütün yapraklarının yanması sonucu çıkan dumanın soğuk su içinden geçirilip inhale edilmesi şeklinde kullanılır. Başlıca lüle, ser, şişe ve marpuç bölümlerinden oluşur. Tamamen tömbeki tütününün kullanıldığı ya da aromatik maddelerin de tütüne eklenerek kullanıldığı iki farklı şekilde tüketilir. Önceleri yaşlıların tercihi olarak düşünülen nargile son zamanlarda gençler arasında da yaygınca tüketilmektedir (51, 56).

2.1.2.3 Pipo

Pipo; tütünün ilk kullanım şekillerinden birisidir. Tütün yaprağının yakılmak üzere koyulduğu lüle ve ağızlıktan oluşur (51).

2.1.2.4 Puro

Tütün yapraklarının elde ya da makinede sarılması ile hazırlanan tütün ürünüdür. Puro da pipo gibi tütün tarihinde en eskilere kadar dayanır. Purolar küçük ve yuvarlak olanları sigarillos, ince ve uzun olanları panatella, kalın ve kısa olanları cigar, iri ve kalın olanları corona şeklinde boyutlarına göre isimlendirilir. Puronun dudağa denk gelen kısmına baş, yakılan kısmına ise ayak denir (51, 57).

2.1.2.5 Sarmalık Kıyılmış Tütün

Kıyılmış ve tüketime hazır tütündür ve sigara kağıdına sarılarak ya da makaron denilen fitresi de bulunan boş sigara tüpüne doldurularak tüketilir (51).

2.1.2.6 Çiğnemelik Tütün

Bazı tütün türlerinin (Virginia, Burley vb...) ağızda yanak mukozasına yerleştirilmesi ve ara ara çiğnenmesi şeklinde kullanılan tütün ürünüdür. Çiğnemelik tütün dumanlı tütün ürünlerinin kullanımının sakıncalı ya da yasak olduğu yerlerde (petrol veya maden işyeri) tercih edilmektedir. Çiğnemelik tütün kullanımı ile oral hijyen bozulur ve mukozit, fibrozis, lökoplaki, liken planus ve oral kanserler gelişebilir (51, 58).

2.1.2.7 Enfiyelik Tütün

Enfiyelik tütün; yüksek nikotin içerikli tütün yaprağının toz haline getirilmesi ve çeşitli aromatik bitkilerle karıştırılmasının ardından enfiye çukuruna yerleştirilerek buruna çekilmesi şeklinde kullanılan tütün ürünüdür (50, 51).

2.1.2.8 Maraş Otu (Ağız Otu)

Maraş otu (ağız otu); ülkemizde özellikle Kahramanmaraş ve Gaziantep'te tüketilir, Sudan'da da Toombak olarak bilinir. Yüksek nikotin içerikli tütünün çeşitli ağaçların (meşe, ceviz, asma vb...) külleri ile eşit oranda karıştırılıp Arap Çarşafı denilen sigara kağıdı içine koyulup bohça şeklinde sarılması ile hazırlanır. Hazırlanan ürünün alt dudak mukozasına yerleştirilmesi şeklinde de tüketilir (51, 59, 60).

2.1.2.9 İsveç Snus

İsveç snus; tütünün işlenmesinin ardından çeşitli aromatik bitki ya da çiçeklerle tatlandırılmasıyla hazırlanır ve üst dudak mukozasına yerleştirilerek tüketilir (51, 61).

2.1.2.10 Amerikan Snuff

Tütünün fermantasyonuyla üretilmesi dışında İsveç snusa benzer ve onun kuru formu gibidir. Çeşitli aromatik bitkiler ya da şekerle tatlandırılabilir. Enfiyelik tütün gibi burna çekilerek tüketilir (51, 61).

2.1.2.11 Nikotin Preparatları

NRT'de kullanılan ve nikotin sakızı, nikotin bandı, inhaler nikotin gibi dumansız tütün ürünleridir (51).

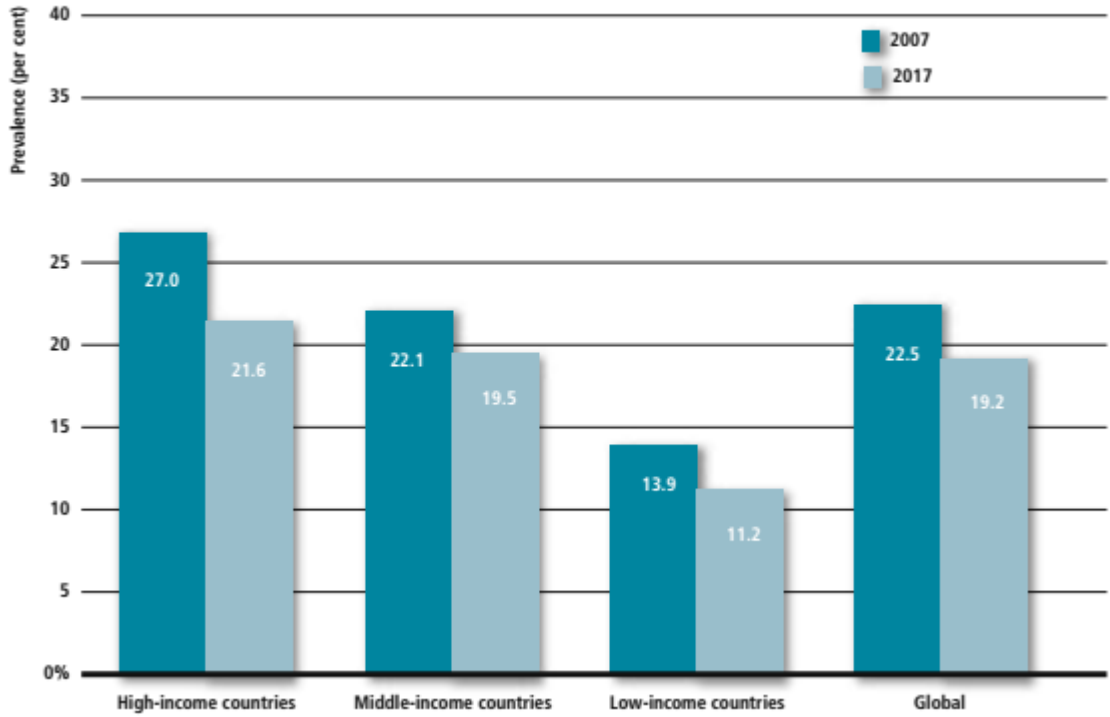
2.2 Tütün Epidemiyolojisi

DSÖ güncel verilerine göre 1,1 milyar insan sigara kullanmakta ve sigara kullananların da büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (1).

Dünya'daki tütün ve tütün ürünü kullanımının incelendiği, 22 ülkeden verilerin toplandığı ve 3 milyar insanın temsil edildiği Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) Atlası'na göre 721 milyon erkek ve 158 milyon kadın toplamda 879 milyon kişi tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır. Araştırmanın yapıldığı ülkelerde tütün ve tütün ürünü kullanım sıklığı %6 ile %43 arasında değişmektedir (62).



CURRENT TOBACCO SMOKING PREVALENCE AMONG ADULTS, 2007–2017



Şekil 1. Yetişkinlerde Tütün Kullanım Sıklığı, 2007-2017

DSÖ bölgelerine göre yetişkinlerde tütün ve tütün ürünü kullanımını gösteren güncel verilerinde tütün ve tütün ürünü kullanım sıklığı DSÖ bölgelerinden Avrupa'da %14,4-40,2 arasında, Afrika'da %0,2-24,5 arasında; Amerika'da %6,1-31,5 arasında; Güneydoğu Asya'da %7,4-48,6 arasında; Güney Akdeniz'de %7,0-20,9 arasında; Batı Pasifik'te %16,0-52,9 arasında değişmektedir (63). DSÖ'nün Küresel Tütün Epidemisi 2019 Raporu'na göre dünya genelinde 15 yaş üzerinde tütün ürünü kullanma prevalansı MPOWER politikalarının uygulanmaya başlandığı 2007 yılında %22,5 iken 2017'de %3,2'lik düşüşle %19,2'ye gerilemiştir. Ülke gelir durumlarına göre kategorize edildiğinde en çok gerileme %27,0'den %21,6'ya düşen yüksek gelirli ülkelerdedir. Orta ve düşük gelirli ülkelerdeki gerileme ise sırasıyla %2,6 ve %2,7 olup benzer oranlardadır. Erkeklerde tütün ve tütün ürünü kullanımı 2007 yılında %37,1 iken 2017 yılında %32,7'ye gerilemiştir. Kadınlarda ise 2007'de %8,0 iken 2017'te %5,8'e gerilemiştir. Ülkeler ve Dünya nüfusunun artması nedeniyle tütün ve tütün ürünü kullanım sıklığı azalmış gibi gözükmemektedir ancak tütün ve tütün ürünü kullanan kişi sayısı halen 1,1 milyar şeklinde tahmin edilmektedir (64) (Şekil 1).

Tütün ve tütün ürünü kullanımı erişkinlerde olduğu kadar gençlerde de sıktır. DSÖ bölgelerine göre gençlerde tütün ve tütün ürünü kullanımını gösteren güncel verilerinde tütün

ve tütün ürünü kullanım sıklığı DSÖ bölgelerinden Avrupa'da %0,3-38,0 arasında, Afrika'da %1,7-36,1 arasında; Amerika'da %5,4-28,7 arasında; Güneydoğu Asya'da %3,7-30,3 arasında; Güney Akdeniz'de %3,3-24,5 arasında; Batı Pasifik'te %0,9-47,7 arasında değişmektedir (63). Avrupa'nın 25 ülkesinde gerçekleştirilen Küresel Gençlik Tütün Araştırması'na (KGTA) göre erkeklerin %37,0'si, kızların ise %21,6'i 10 yaşından önce sigara ile tanışmaktadır (65). Gençlerde tütün ve tütün ürünü kullanımı hem daha fazla maruziyet hem de bırakmada zorluk açısından önemli bir sorundur.

Türkiye'de de tütün kullanımı oldukça yaygındır. Bu konuda ulusal düzeydeki ilk çalışma 1988 yılında yapılmış ve 15 ve üzeri yaş grubunda sigara kullanım sıklığı erkeklerde %62, kadınlarda %24 ve genel toplumda %44 olarak bulunmuştur (66, 67). Ulusal çapta gerçekleştirilmiş küresel yetişkin tütün araştırmaları 15 yaş ve üzerindeki grupta tütün kullanım sıklıklarını ortaya koymaktadır. 2008 yılında gerçekleştirilen KYTA'a göre tütün kullanım sıklığı erkeklerde %47,9; kadınlarda %15,2 ve genel toplumda %31,2 olarak bulunmuştur (68). 2012 yılında gerçekleştirilen KYTA'a göre tütün kullanım sıklığı erkeklerde %41,5; kadınlarda %13,1 ve genel toplumda %27,1 olarak bulunmuştur (67). DSÖ'nün Küresel Tütün Epidemisi 2017 Raporu'nda yer alan 2017 yılında gerçekleştirilmiş KYTA'ya göre tütün kullanım sıklığı erkeklerde %43,7; kadınlarda %18,2 ve genel toplumda %30,9 olarak bulunmuştur (63). 2017 yılında gerçekleştirilen Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı çalışmasına göre tütün kullanım sıklığı erkeklerde %43,4; kadınlarda %19,7 ve genel toplumda %31,5 olarak bulunmuştur (13). DSÖ'nün 2010 yılındaki tahminlerine göre 2025 yılına gelindiğinde tütün kontrolü politikaları benzer şekilde uygulansa bile Türkiye nüfusunun yaklaşık beşte biri halen tütün ürünü kullanmakta olacaktır (69). Ulusal çapta yapılan son çalışmalar bu projeksiyonların çok daha üzerinde tüketim sıklıkları ile karşılaşılabileceğini göstermektedir.

2015 mart ve nisan aylarını kapsayan Aydın ili içinde sigara ve hipertansiyon birlikteliğini araştıran bir çalışmada da Aydın ilinde sigara tüketimi genelde %26,7; erkeklerde %42,9 ve kadınlarda %15,6 olarak saptanmıştır (70).

KGTA'ı da KYTA'na benzer şekilde ulusal çapta gerçekleştirilmekte ve 13-15 yaş grubunun tütün kullanım sıklıklarını ortaya koymaktadır. 2009 yılında gerçekleştirilen KGTA'a göre sigara kullanım sıklığı erkeklerde %10,2; kızlarda %5,3 ve genelde %8,4 olarak bulunmuştur. 2012 yılında gerçekleştirilen KGTA'a göre sigara kullanım sıklığı erkeklerde

%12,1; kızlarda %8,3 ve genelde %10,4 olarak bulunmuştur. 2017 yılında gerçekleştirilen KGTA'a göre sigara kullanım sıklığı erkeklerde %9,9; kızlarda %5,3 ve genelde %7,7 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %40,2'si en az bir defa bir tütün ürünü denemiş, %28,0'ı en az bir defa sigara denemiştir (71-73).

Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı çalışmasına göre tütün ve tütün ürünü tüketimi 30-44 yaş grubunda en yüksek oranda (%41,8), 70 yaş ve üzerinde ise en düşük orandadır (%7,3). İBBS-1 bölgelerine göre tütün ya da tütün ürünü tüketimi açısından fark yoktur. Her gün tütün ürünü tüketenler arasında %97,3'le en yüksek oranda mamül sigara tüketilmektedir. Mamül sigara tüketenlerin günde içtikleri ortalama sigara sayısı 15,5'tir (13).

Nargile kullanımı üzerine sigarada olduğu gibi Dünya çapında detaylı çalışmalar olmamakla birlikte nargile kullanım sıklığı da son dönemde özellikle gençlerde artmaktadır (51). Nargile kullanımı ile ilgili diğer bir dikkat çekici özellik ise sigaradan daha az zararlı olduğu ve bağımlılık yapmadığı yönündeki görüşlerdir (74).

Nargile kullanım sıklığı 2012 KYTA'ya göre genel toplumda %0,8 iken 15-24 yaş grubunda %1,5'tir (67). 2017 KGTA'ya göre 13-15 yaş grubunda son 30 gün içerisinde üç veya daha fazla gün nargile kullanma sıklığı %11,2'dir ve öğrencilerin %24,6'sı en az bir kere nargile denemiştir (71).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı bulaşıcı olmayan hastalıklar ön planda olmak üzere hastalık yükünün en önemli nedenlerindedir. Küresel Hastalık Yüğü verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada Birleşik Devletler, Birleşik Krallık, Fransa, Kanada gibi ülkelerde tütünün hastalık yükünde birinci derecede sorumlu olduğu saptanmıştır (75).

2.3 Tütün ve Tütün Ürünlerinin Sağlık Etkileri

Sigara bilinen en önemli mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Bu durum önlenabilir bir sağlık sorunu olması nedeniyle ayrıca önemlidir (76).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı başta akciğer kanseri olmak üzere çeşitli kanserlere, başta kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olmak üzere solunum sistemi hastalıklarına, başta koroner kalp hastalığı olmak üzere kardiyovasküler sistem hastalıklarına ve başta inme

olmak üzere serebrovasküler hastalıklara neden olmaktadır (3, 77).

2.3.1 Kardiyovasküler Hastalıklar

Tütün ve tütün ürünleri kullanımının kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi pek çok çalışmada ortaya konmuştur. Framingham çalışmasının 1971-2006 yılları arası kohortunda sigara içen erkeklerde içmeyenlere göre 2 kat, kadınlarda ise 1,5 kat daha fazla kardiyovasküler hastalık riski saptanmıştır (78). Prospektif çalışmaların dahil edildiği bir meta analizde halen sigara içenlerde hiç içmemişlere göre kalp yetmezliği gelişme riski 1,75 (%95 GA: 1,54-1,99) kat olarak saptanmıştır (79). Tütün ve tütün ürünü kullanımı ile koroner kalp hastalığı gelişme riski erkeklerde eski kohortlarda 1,78 (%95 GA: 1,69-1,87), güncel kohortlarda 2,50 (%95 GA: 2,34-2,66); kadınlarda eski kohortlarda 2,00 (%95 GA: 1,88-2,13), güncel kohortlarda 2,86 (%95 GA: 2,65-3,08) kat olarak saptanmıştır. Koroner kalp hastalığı gelişme riski günlük tüketilen sigara miktarı arttıkça artmakta ve sigaranın bırakılması ile gerilemektedir. Tütün ve tütün ürünleri kullanımı koroner kalp hastalığının yanında ani kardiyak ölüm, serebrovasküler hastalıklar (inme), aort anevrizması, periferik arter hastalığı için de risk oluşturmaktadır (80).

2.3.2 Solunum Sistemi Hastalıkları

Tütün ve tütün ürünlerinin tüketilirken inhalasyon yolu ile alt solunum yollarına birçok toksik madde ulaşmakta ve inflamasyona neden olmaktadır. İnflamasyon sonucu müköz bez hipertrofisi, aşırı mukus sekresyonu, küçük hava yollarında mukus tıkaçları, fibrozis, vasküler proliferasyon, amfizem gelişmektedir. Bu patolojik süreçler zaman içinde zorlu ekspirasyon hacminde (FEV) yıllar içinde gerilemeye neden olur ve KOAH gelişir (77, 81). KOAH en az iki yıl süre ile yılda ardışık 3 ay boyunca balgam çıkarma, öksürük ve nefes darlığı gibi semptomları olan ve histopatolojik olarak terminal bronşiol distalinde dilatasyon ve amfizemin izlendiği kronik progresif hastalıktır. Sigara KOAH gelişimi için en önemli risk faktörüdür ve tüketilen sigara miktarı arttıkça KOAH şiddeti daha da artmaktadır (82).

Sigara altta yatan diğer solunum sistemi hastalıklarının şiddetlenmesine neden olur. Başta asbestozis olmak üzere tüm pnömokonyozları şiddetlendirir, astım atak sıklığını artırır, alt solunum yolu enfeksiyonu riskini artırır (77, 83).

2.3.3 Kanserler

Sigara dumanında nikotin ile birlikte yaklaşık 4800 farklı kimyasal madde bulunmakta ve bazıları antijenik, bazıları sitotoksik, bazıları karsinojenik özellik göstermektedir. International Agency for Research on Cancer'e (IARC) göre sigara dumanında bulunan benzen, kadmiyum ve vinil klorid gibi maddeleri insanda kanser yapıcı (grup 1); benzoapiren gibi maddeleri insanda muhtemelen kanser yapıcı (grup 2a), asetaldehit, vinil asetat, aromatik aminler gibi maddeleri insanda kanser oluşturması mümkün (grup 2b) olarak sınıflamıştır. IARC'ye göre başta akciğer kanseri olmak üzere oral kavite kanserleri, solunum epiteli ile dōşeli yerlerdeki kanserler (nazofarinks kanseri, paranazal sinüs kanserleri, larinks kanserleri), pankreas kanseri, böbrek kanseri, mesane kanseri sigara ile ilişkilendirilmiştir (77, 84).

2.3.4 Diğer Hastalıklar

Tütün ve tütün ürünü kullanımı hem erkek hem de kadınlarda üreme sağlığını negatif yönde etkilemektedir. Erkeklerde erektil disfonksiyon, sperm kalitesinde düşme, azospermiye kadar sperm sayısında düşme ve infertiliteye neden olabiliyorken kadınlarda infertiliteye, düşük riskinde artmaya ve düşük doğum ağırlıklı çocuk doğurma riskinde artmaya neden olmaktadır (3, 85-89).

Tütün ve tütün ürünü kullanımı kemik mineral dansitesini azaltmakta ve kalça kırığı riskini arttırmakta; peptik ülser gelişmesi riskini arttırmakta ve gelişmiş peptik ülserin iyileşmesini geciktirmekte ve psöriazis gelişme riskini arttırmaktadır (90-94).

2.3.5 Pasif İçicilik

Pasif içicilik ikinci ya da üçüncü el sigara dumanına maruziyet sonucunda gerçekleşir. Sigara içen kişi tarafından ortama verilen ana akım dumanının ya da yanmakta olan sigaranın ucundan çıkan yan akım dumanının solunması ikinci el sigara maruziyetidir. Sigara içilmiş ve havalandırılmamış kapalı bir ortamdaki mobilya ve eşyalar üzerinde yerleşmiş olan dumanın solunması ise üçüncü el sigara maruziyetidir (77, 95, 96). Pasif içicilik çocuklarda ani bebek ölümü sendromu, astım, lösemi ve lenfomalar; erişkinlerde de aktif içicilerde olduğu gibi çeşitli kanserlere, solunum sistemi hastalıklarına, kardiyovasküler sistem hastalıklarına ve üreme sağlığında problemlere neden olmaktadır (3).

2.4 Bağımlılık

Bağımlılık, belirli bir maddeyi (sigara, alkol ya da bağımlılık yapan diğer herhangi bir madde) beden ve ruh sağlığı ile sosyal ilişkilerini bozacak şekilde fazla ve tekrarlayıcı biçimde kullanma, kullanma isteğini kontrol edememe veya durduramama şeklinde tanımlanabilir. DSÖ'ye göre ise madde kullanma davranışının önceki dönemlere göre daha fazla önem verilen davranışların yerini aldığı fizyolojik, bilişsel, davranışsal olay veya durumlar grubudur (21, 97).

Bağımlılığın oluşmasında madde kullanan kişileri taklit etme, özendiği bir modelin davranışlarını uygulama ve toplumda kabul gören bir davranışı uygulama gibi toplumda kendine yer edinmeye çalıştığı sosyalleşme süreci; gelişme dönemi başta olmak üzere aile dinamikleri; ergenlik döneminde akran grubu ve hayatın tüm dönemlerinde de kişilik özellikleri etkilidir (21).

Bağımlılığın oluşmasındaki nörobiyolojik faktörler:

- Maddenin psikoaktif etkilerinin olması; tütün içindeki nikotin,
- Kompulsif kullanım; madde kullanım davranışı üzerindeki kontrolün kaybedilerek madde kullanmaya yönelik yoğun istek duyulması ve davranışın otomatik olarak gerçekleştirilmesi,
- Madde kullanma davranışının pekiştirilmesi,
- Tekrarlayan kullanma isteği,
- Tolerans; sabit madde dozunun keyif verici etkinliğinin ve etki süresinin giderek zayıflaması ve bunun önlenmesi için de bağımlılar tarafından artan dozlarda kullanılması,
- Yoksunluk,
- Öfori,
- Pozitif ve negatif pekiştiriciler şeklinde sıralanan süreçlerdir (21).

2.4.1 Nikotin

Tütün ve tütün ürünlerine olan bağımlılıkta temel neden psikoaktif özellikleri de bulunan nikotindir. Nikotin birer adet piridin ve pirolidin halkalarından oluşan tersiyer amindir (98).

Nikotin santral sinir sistemi, otonom ganglionlar, adrenal medulla ve nöromuskuler bileşkedeki kolinerjik reseptörlere bağlanarak çeşitli katekolamin ve nöroaktif peptidin salınmasını tetikler (98).

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'e (DSM-V) göre tütün kullanım bozukluğu 12 aylık süre içinde aşağıda belirtilen maddelerden en az ikisinin görüldüğü, klinik açıdan kişiyi zorlayan ve işlevselliği azaltan bir tütün kullanımı şeklinde tanımlanmıştır. Tütün kullanım bozukluğu için tanımlanan maddeler aşağıdaki şekildedir:

- Tütün kullanımının çoğu kez planlanandan daha uzun ya da daha fazla sürmesi,
- Tütüne ulaşmak, kullanmak ya da etkilerinden arınmak için fazla zaman harcama,
- Tütün kullanmayı kontrol etmek ya da sonlandırmak için arzu ya da başarısız çabalar,
- Günlük işlevselliği azaltarak ve yükümlülüklerini gerçekleştiremeye neden olan tekrarlayıcı tütün kullanımı,
- Tütün kullanımı için büyük arzu, kendini zorlanmış hissetme,
- Bireysel ya da sosyal hayatta problemler oluşturmasına rağmen tütün kullanımını sürdürme,
- Tütün kullanımından dolayı sosyal, mesleki ya da eğlence faaliyetlerinin azaltılması ya da sonlandırılması,
- Riskli zamanlarda bile tütün kullanma,
- Tütün kullanımının yol açtığı ya da şiddetlendirdiği fiziksel ya da ruhsal bir problemi olmasına rağmen tütün kullanımını sürdürme,

- Tolerans gelişmesi (aşağıdaki maddelerden birinin varlığı):
 - Tütün kullanımı aynı düzeyde olmasına rağmen etkisinin azalması,
 - Etkinin istenen düzeye çıkarılması için tütün kullanım miktarının artırılması,
- Yoksunluk gelişmesi (aşağıdaki maddelerden birinin varlığı):
 - Tütün yoksunluk semptomlarının ortaya çıkması (sinirlilik, öfke, kaygı, konsantrasyonda bozulma, iştah değişiklikleri, huzursuzluk, depresyon hali, uykusuzluk),
 - Yoksunluk belirtilerinin sonlandırılması için tütün kullanımı (99, 100).

2.4.1.1 Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi

Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirmesinde en sık Karl-Olov Fagerström tarafından geliştirilmiş Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılır (101, 102). Bununla birlikte nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi için Fagerström Tolerans Anketi (FTQ), Sigara Ağırlık İndeksi (HSI), DSM V Tanı Kriterleri, Sigara Bağımlılık Ölçeği (CDS), Tütün Bağımlılığı Tarayıcı Ölçek (TDS), Nikotin Bağımlılık Sendrom Ölçeği (NDSS), Wisconsin Sigara Bağımlılığı Nedenleri Envanteri (WISDM-68), Sigara Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi (TAPDS) kullanılabilir. Bunun yanında ekspirium havasında CO ölçümü ya da kotinin başta olmak üzere nikotin, anabasin, nornikotin gibi kendisi veya metabolitlerinin kanda, idrarda, tükürkte, saç ve tırnak gibi dokularda düzeyleri saptanabilir (102).

2.5 Tütün Kontrolü

20. yy'ın ilk üç çeyreğinde tütün ve tütün ürünlerinin zararlarına dair kanıtların çok sınırlı olması nedeniyle sigara tanıtım süreci devam etmiş ve sigaraya duyulan ilgi giderek artmıştır. Tütün ve tütün ürünlerinin zararlarına dair kanıt üretilmesinin hızlandığı 20. yy'ın son çeyreğinde sigara pandemisine yönelik programlar planlanmaya başlanmıştır. DSÖ tarafından 2001 yılında uluslararası bir protokol hazırlanmaya başlanmış ve 2003 yılı 56. Dünya Sağlık Genel Kurulu'nda "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" kabul edilmiştir. Bu sözleşmede amaç "tütün kullanımı ve tütün dumanına maruz kalmanın yaygınlığını sürekli ve

özlü bir şekilde azaltmak için, tarafların ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeylerde uygulayacakları bir tütün kontrol önlemleri çerçevesi sağlamak suretiyle, mevcut ve gelecek nesilleri, tütün tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın yıkıcı sağlık, sosyal, çevresel ve ekonomik sonuçlarından korumaktır” şeklinde belirtilmiştir. Sözleşmenin üçüncü bölümü tütüne talebin azaltılması için fiyat ve vergi önlemleri (madde 6), tütüne talebi azaltmada fiyat dışı önlemler (madde 7), tütün dumanından korunma (madde 8), tütün ürünlerinin içerikleri ile ilgili düzenleme (madde 9), tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenleme (madde 10), tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi (madde 11), öğretim, iletişim, eğitim ve toplumsal bilinç (madde 12), tütün reklamı, promosyon ve sponsorluğu (madde 13), tütün bağımlılığı ve tütünün bırakılması ile ilgili talep azaltıcı önlemler (madde 14) maddelerinden oluşmakta ve tütüne talebi azaltmaya yönelik önlemler başlığı altında toplanmaktadır. Sözleşmenin dördüncü bölümü tütün ürünlerinin yasa dışı ticareti (madde 15), çocuklara ve çocuklar aracılığıyla satış yapılması (madde 16), ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetler için destek sağlanması (madde 17) maddelerinden oluşmakta ve tütün arzının azaltılmasına yönelik önlemler başlığı altında toplanmaktadır. Sözleşmenin beşinci bölümü çevrenin ve insan sağlığının korunması (madde 18) maddesi ile çevrenin korunması başlığı altında toplanmaktadır. Diğer bölümler ise giriş (bölüm 1), amaç, rehber ilkeler ve genel yükümlülükler (bölüm 2), sorumluluklara ilişkin konular (bölüm 6), bilimsel ve teknik işbirliği ve bilgi iletişimi (bölüm 7), kurumsal düzenlemeler ve mali kaynaklar (bölüm 8), uyuşmazlıkların çözülmesi (bölüm 9), sözleşme'nin geliştirilmesi (bölüm 10) ve son hükümlerdir (bölüm 11) (8). Tütün ve tütün ürünleri kullanımının özendirilmemesi, bağımlılığa yönelik önlemlerin ve tedavi yöntemlerinin desteklenmesi, bu amaçla teşhis, danışma, önleme ve tedavi için sağlık kurumları ve rehabilitasyon merkezlerinde programlar oluşturulması sözleşmenin 14. maddesinde vurgulanmıştır.

DSÖ 2003 yılında TKÇS'yi kabul etmesinin ardından TKÇS uygulama rehberi niteliğindeki MPOWER şeklinde kısaltılan altı politikayı önermiştir. Bu kapsamda tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı ile mücadelede; tütün kullanımının ve koruyucu politikaların takip edilmesi (monitor), insanların tütün dumanından korunması (protect), tütün kullanımının bırakılması için yardım teklif edilmesi (offer), insanların tütünün zararları konusunda uyarılması (warn), tütün reklamları, promosyonları ve sponsorluklarının yasaklanması (enforce) ve tütündeki vergilerin artırılması (raise) yer almaktadır (9-11).

Tütün kullanımının ve koruyucu politikaların takip edilmesi (M) amacıyla düzenli aralıklarla anketler yapılır. Bu sayede toplumdaki tütün kullanım profili saptanır ve izleme politikalarının geliştirilmesi için yol gösterici olur. Kullanılan anketler hem nüfus özelliklerini iyi yansıtacak hem de uluslararası değerlendirmelerde kullanılacak nitelikte olmalıdır. Bu amaçla Tütün Araştırma Soruları (The Tobacco Questions for Surveys, TQS), Küresel Tütün Sürveyans Sistemi (Global Tobacco Surveillance System, GTSS), Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (Global Adult Tobacco Survey, GATS) ve Küresel Gençlik Tütün Araştırması (Global Youth Tobacco Survey, GYTS) kullanılabilir. KYTA ile tütün kullanım profilinin yanında MPOWER'in diğer politikalarının durumu da izlenebilir. Tütün kullanım profilinin düzenli aralıklarla ve standardize anketlerle ortaya konması hem ülke içinde zamanla değişimi hem de ülkeler arası durumu incelemeyi mümkün kılar (9-11).

İnsanların tütün dumanından korunması (P) amacıyla dumansız hava sahaları oluşturulmalıdır. Bu amaçla tüm kamu kurumları, sağlık, eğitim-öğretim, kültür, spor ve ulaşım hizmeti verilen yerlerde tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı yasaklanmalıdır. Bunun gerçekleştirilebilmesi için ülke çapında geçerli yasalar çıkarılmalı, denetleme mekanizmaları oluşturulmalı ve kurallara uyulmaması halinde ceza sistemleri geliştirilmelidir. Bununla birlikte ikinci el sigara dumanının zararlarına dair eğitimler gerçekleştirilmelidir (9-11).

Tütün kullanımının bırakılması için yardımın teklif edilmesi (O) amacıyla tütün bağımlılığına karşı toplum tarafından erişmesi kolay hizmetler oluşturulmalıdır. Dünya yetişkin nüfusunun neredeyse dörtte biri tütün bağımlısı olsa da büyük çoğunluğu bırakmayı ister ancak çok azı gereksinin duyduğu yardımı zamanında alabilir. Bu yüzden tütün ve tütün ürünlerinin bırakılmasında tütünü bırakmaya hazırlayıcı ve bırakanlarda da zorluk anında başa çıkmada yardımcı telefonla danışma hatları oluşturulmalıdır. Sağlık kuruluşlarında yüz yüze görüşmelerle danışmanlık hizmeti ve gereğinde ilaç tedavisi sağlanmalıdır. Bırakmak için danışmanlık alanlara aralıklarla ulaşılmalı ve hem kontrol edilmeli hem de bu kararları desteklenmelidir. Ayrıca herhangi bir sağlık kuruluşuna her başvuruda tütün ve tütün ürünü kullanım durumu sorgulanmalı, kullananlara bırakmayı düşünüp düşünmedikleri öğrenilmeli, bırakmayı düşünenlere uygun yönlendirme yapılmalı, düşünmeyenlerde ise tavsiyelerde bulunulmalıdır (9-11).

İnsanların tütünün zararları konusunda uyarılması (W) amacıyla toplumun ihtiyacına göre çeşitli eğitimler düzenlenmeli, tütün karşıtı reklamlar hazırlanmalı ve paketler üzerinde

zararlarına yönelik uyarılar yer almalıdır (9-11).

Tütün reklamları, promosyonları ve sponsorlukları yasaklanarak (E) satış yerlerinde ürünlerin sergilenmesi kısıtlanmalı ve tütün ürünü kullanımını özendirecek herhangi bir reklamın yapılması engellenmelidir (9-11).

Tütündeki vergileri artırılarak (R) hem tüketici tarafından satın alınabilirliği azaltılmalı hem de pazar payı daraltılmaya çalışılmalıdır (9-11).

2.5.1 Türkiye’de Tütün Kontrolü

20. yy’ın sonlarına doğru tütün ve tütün ürünlerinin zararlarına dair kanıtların üretilmesi, sigaranın oluşturduğu ekonomik yükler ve iş gücü kayıpları nedeniyle 1996 yılında 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” kabul edilmiştir. Bu kanunda amaç “kişileri tütün ve tütün mamullerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirler almaktır” şeklinde belirtilmiştir. Bu kanun ile sağlık, eğitim-öğretim ve kültür hizmeti verilen yerler, kapalı spor salonları ve toplu taşıma araçlarında tütün ve tütün mamulleri içilmesi; 18 yaşından küçüklere tütün ve tütün mamulleri satışı ve tütün ve tütün mamullerinin herhangi bir şekilde reklam veya tanıtımı ile teşvik ve özendirici kampanyalar düzenlenmesi yasaklanmıştır (103).

2004 yılında TKÇS Türkiye tarafından da imzalanmıştır (8). TKÇS’nin kabulü ile 2006 yılında Ulusal Tütün Kontrol Programı hazırlanmıştır. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı’nda Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı, illerde de İl Tütün Kontrol Kurulları kurulmuş ve Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008-2012 oluşturulmuştur. 2008 yılında, 1996 yılında kabul edilmiş olan 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” MPOWER politikalarına da uygun hale getirilerek 5727 sayılı kanunla “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” şeklinde kabul edilmiştir. Bu kanunda amaç “kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır” şeklinde revize edilmiş ve tütün ve tütün ürünü kullanım yasakları kapsamı genişletilmiştir. 2010 yılında ALO 171

Sigara Bırakma Danışma Hattı açılmış ve sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarılarının yer alması sağlanmıştır. 2011 yılında sigara bırakma hizmetlerinin düzenlenmesi amacıyla hazırlanan 28121 sayılı “Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelik” yürürlüğe girmiştir. 12 Temmuz 2012’de marka paylaşımının yasaklanması, tütün ürünlerinin üzerine en az %65’ini kapsayacak şekilde resimli Türkçe uyarı mesajları yerleştirilmesi ve tütün bulduran ya da buldurmeyen tüm nargile vb. ürünlerin 18 yaşından küçüklere satılması ve tüketimine sunulmasının yasaklanması ile Türkiye MPOWER politikalarının altısını da yerine getiren ilk ülke olmuştur. TKÇS madde kapsamında DSÖ tarafından “Tütün Ürünlerinin Yasadışı Ticaretinin Önlenmesine Yönelik Uluslararası Protokol”ü hazırlanmış ve 10 Ocak 2013 tarihinde Türkiye’nin de içinde bulunduğu 12 ülke tarafından imzalanmıştır. 2013 Küresel Tütün Epidemisi Raporu’nda Türkiye’nin MPOWER ilkelerinin tamamını yürürlüğe sokan ilk ülke olduğu ve tütün kontrolünde tüm Dünya’ya örnek gösterildiği ilan edilmiştir. 2016 yılında gençlerin tütün ürünlerinin zararlarından korunması amacıyla “Tütünle Mücadele Gençlik Eylem Planı” kamuoyuna tanıtılmıştır. 2018 yılında tütün ürünlerine talebin azaltılması, tütün ürünlerine ulaşılabilirliğin azaltılması ve tütün kontrolünde koordinasyon, izleme ve değerlendirme ana başlıkları altında sekiz bölüm yer aldığı “Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı” 2018-2023 dönemini kapsayacak şekilde güncellenmiştir. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 içinde düz paket uygulaması, tütün ürünlerinin üzerine en az %85’ini kapsayacak şekilde resimli Türkçe uyarı mesajları yerleştirilmesi, televizyonda yayınlanan herhangi bir eserde, internette, topluma açık olan sosyal medya ve benzeri ortamlarda tütün ürünlerinin kullanılması ve görüntülenmesinin engellenmesi ve sağlık, eğitim-öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerleşkelerde tütün ürünlerinin satılmasının yasaklanması yer almaktadır. Düz paket uygulaması için “Tütün Mamullerinin Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” 1 Mart 2019’da 30701 sayılı resmi gazete ile yürürlüğe girmiş ve buna göre düz paket kriterlerini taşımayan ürünler 5 Aralık 2019’dan sonra piyasaya arz edilemeyecek, 6 Ocak 2020’den sonra da piyasada bulundurulamayacaktır. 26 Temmuz 2019’da yayımlanan Küresel Tütün Epidemisi Raporu’nda da MPOWER ilkelerinden tamamını uygulayan iki ülkeden birisi olarak gösterilmiştir (104, 105).

2.6 Sigara Bırakma Yöntemleri

Herhangi bir sağlık kuruluşuna her başvuruda tütün ve tütün ürünü kullanım durumu mutlaka sorgulanmalıdır. Eğer tütün ürünü kullanıyorlarsa bırakmayı düşünüp düşünmedikleri öğrenilmeli, bırakmayı düşünenlere uygun yönlendirme yapılmalı, düşünmeyenlerde ise tavsiyelerde bulunulmalıdır. Eğer tütün ürünü kullanmıyorlarsa daha öncesinde kullanıp kullanmadıkları öğrenilmeli, kullananlarda nüks önlenmeli, kullanmamışlarda da içmemenin sürdürülmesi teşvik edilmelidir (20).

Sigara bırakılmasında bilişsel ve davranışçı yöntemler ile farmakolojik tedaviler olmak üzere iki temel yaklaşım mevcuttur (5, 19-23). İki yaklaşımın birlikte kullanılması sigara bırakma başarısını artırmaktadır (24).

2.6.1 Bilişsel ve Davranışçı Yöntemler

DSÖ tarafından birinci basamakta sigaranın bırakılması için 5A ve 5R şeklinde kısaltılan bilişsel ve davranışçı yöntemler geliştirilmiştir (5). Bilişsel ve davranışçı yöntemlerde amaç kişinin sorunlu davranışından (tütün kullanımı) kurtulmayı düşünmesini ve istemesini sağlamak, bunun sağlandığı kişilerde de bu süreçte karşılaşılabilecekleri olası sorunlarla baş etmede beceri kazandırmaktır (20).

Tütün ve tütün ürünü kullananlar bunun sağlık etkilerinin farkındadır ve bir kısmı bırakmaya niyetli bir kısmı da bırakmayı denemiş ancak başarılı olamamıştır. Bu evredeki bireyler bırakmaya hazırlanmalı ve bıraktıktan sonra da bunun desteklenmesi gerekmektedir. Bu amaçla 5A ya da Türkçe karşılığı 5Ö olarak bilinen basamak yöntemi uygulanır. Öğren/Ask: her olguda sigara içip içilmediği sorgulanmalı ve kayıt sistemine vital bulgular ile birlikte sigara kullanımına ilişkin bilgileri de işlenmelidir. Öner/Advice: sigara içen her bireye sigara bırakmaya yönelik açık, güçlü ve kişisel önerilerde bulunulmalı ve sigaranın bırakılması konusunda ısrarcı olunmalıdır. Ölç/Assess: sigara içen bireylerde bırakma yönünde isteklilik değerlendirilmelidir. Önderlik et/Assist: bırakmaya hazırlanan kişilerde bir bırakma planı hazırlanmalı ve iki hafta içinde sigara bırakma günü belirlenmelidir. Bireyin arkadaş, aile ve yakın çevresine sigara bırakma isteği açıklanmalı ve bu kararının desteklenmesi önerilmelidir. Yaşadığı ortam sigara içme isteği oluşturabilecek uyarılardan arındırılmalıdır. Bırakma günü geldiğinde sigara bırakması sağlanmalıdır. Tedavi içi ve

dışında sosyal destek sağlanmalı, gerekli ise farmakoterapi uygulanmalı, bilgilendirici ek materyaller temin edilmelidir. Örgütle/Arrange: sigara bırakma tarihinden sonra birey ile düzenli aralıklarla yüz yüze ya da telefonla görüşülmeli ve nüksün önlenmesi adına desteklenmelidir, nüks olmuş ise de nüks nedenleri tartışılmalı, çözüm yolları geliştirilmeli, farmakoterapi etki ve yan etkileri sorgulanmalı ve gerekirse yeniden düzenlenmelidir (5, 19-23).

Halen sigara içmekte olan ve bırakmayı düşünmeyen kişiler için ise 5R olarak bilinen basamak yöntemi uygulanır. İlişki/Relevance: bireyin o anki durumu (yaş, cinsiyet, özgeçmiş, soygeçmiş, sosyoekonomik durum vb.) değerlendirilerek bırakmasının ne açılardan faydalı olacağı değerlendirilmeli ve bırakma yönünde cesaretlendirilmelidir. Riskler/Risks: sigara içmenin kısa ve uzun dönemdeki etkileri ile çevresel riskleri vurgulanmalıdır. Ödüller/Rewards: sigarayı bırakma ile ortaya çıkacak potansiyel yararlar hakkında bilgilendirilmelidir. Engeller/Roadblocks: sigara bırakma önündeki engeller (yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma korkusu vb.) saptanmalı ve bunları aşma stratejileri belirlenmelidir. Tekrar/Repetition: motivasyonu olmayan kişiler her başvurusunda bu görüşmeler tekrarlanmalı ve bırakmanın başarılabilirliği yönünde cesaretlendirilmelidir (5, 19-23).

Herhangi bir nedenle hekime başvuran hastalarda üç dakika kadar süren bir görüşmede bile sigarayı bırakmada anlamlı artışlar saptanmıştır (106).

2.6.2 Farmakolojik Tedaviler

Sigarayı bırakmak isteyen kişilerde nikotin bağımlılığı değerlendirilmeli ve gerekli görülenler farmakolojik tedavi açısından bilgilendirilip tedaviyi kullanmaları desteklenmelidir. Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi için sıklıkla FNBT kullanılmaktadır, ayrıca FNBT'nin sadece günün ilk sigarasını içme zamanı ve günde içilen sigara sayısı sorularak elde edilen HSI de kullanılabilir (20).

Sigaranın bırakılmasında farmakolojik açıdan ilk basamakta üç seçenek bulunmaktadır: NRT, bupropion ve vareniklin. Her bir tedavinin tercih edilme sebebi ve sigara bırakmada başarı oranı birbirinden farklıdır, ancak bu tedavilerin hepsi genel olarak sigara bağımlılığının üstesinden gelmek için kullanılır (20).

2.6.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin, psikoaktif özellikleri nedeniyle tütün ürünlerinin bağımlılık yapmasındaki esas moleküldür. Nikotinin kan ve beyindeki seviyelerinin hızla yükselmesi bireylerde öforik etki oluşturur. Nikotin yokluğunda ise hem öforik etkiler ortadan kalkar hem de sinirlilik, öfke, kaygı, konsantrasyonda bozulma, iştah değişiklikleri, huzursuzluk, depresyon hali, uykusuzluk gibi nikotin yoksunluğuna ait semptomlar gelişir. NRT ile sigaranın bırakılması sürecinde ortaya çıkabilecek nikotin yoksunluk semptomları hem daha hafif ortaya çıkacak hem de bireyin bunlarla mücadele etmesi daha kolay hale gelecektir (20, 98-100).

Sigara içimi ile kanda nikotin düzeyi hızlı bir pik yapar ve yüksek seviyelerde seyrederek hem öforik etki oluşur hem de yoksunluk semptomları ortadan kalkar. NRT ile alınan nikotin dozu kullanılan nikotin preparatına göre değişmekle birlikte her zaman sigara ile alınandan düşüktür. NRT preparatı ve dozu nikotin bağımlılık düzeyine göre belirlenir ve kullanımı boyunca azaltılmaya çalışılır (20).

Piyasada nikotin sakızı, nikotin bandı, nikotin nazal sprey, nikotin sublingual tablet, nikotin pastil, inhaler nikotin gibi preparatlar yer almaktadır. Nikotin bandı ve nikotin sakızı en çok tercih edilen NRT preparatlarıdır (20, 107).

Nikotin bandı ile sabit dozda nikotin (saatte 1 mg) kontrollü olarak vücuda verilir. 16 ve 24 saatlik ve 10-20-30 cm²'lik farklı boyut ve dozlarda preparatları bulunmaktadır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 30 cm²'lik preparat ile NRT'ye başlanması ve dört hafta boyunca kullanılması, dördüncü hafta sonunda 20 cm²'lik preparat ile NRT'ye devam edilmesi ve iki hafta boyunca kullanılması, altıncı hafta sonunda 10 cm²'lik preparat ile NRT'ye devam edilmesi ve sekizinci hafta sonunda NRT'nin sonlandırılması önerilmektedir. Ancak nikotin bağımlılık düzeyi ve süreç boyunca yoksunluk semptomlarının gelişip gelişmemesi de NRT dozunun düzenlenmesinde önemlidir. Bazı hastalarda hem nikotin bandı hem de nikotin sakızı ile başlanıp süreç içinde doz azaltımına gidilebilmektedir (20). Nikotin bandı sabahları, temiz, kuru ve kılsız deriye yapıştırılarak uygulanır. Her gün farklı bir bölgeye (gövde üst kısmı, omuz etrafı ve üst kol bölgesi gibi) yapıştırılır. Bu şekilde uygulama deride irritasyona bağlı oluşabilecek yan etkilerin sıklığını azaltır. Nikotin bandının yan etkileri hem nadir, hem hafif, hem de geçicidir ve nadiren NRT'nin kesilmesine neden olur. Yan etkileri arasında uygulama bölgesinde eritem, ürtiker yanı sıra sistemik olarak baş

ağrısı, taşikardi, aritmi, bulantı, sersemlik, vertigo, kas ağrıları yer alır (19).

Nikotin sakızlarında ise 2-4 mg'lık preparatlar bulunur ve çiğnenip ağız mukozasında bekletilerek kullanılır. Nikotin mukozadan emilerek kana karışır. Emilimi çiğneme şekli ve ağız içi pH'a göre değişiklik gösterir. Bu nedenle nikotin sakızı sigara içme isteği geldiği zaman birkaç kez çiğnenip yanak mukozasına yapıştırılmalıdır, birkaç dakikada bir de sakızın ağız içindeki pozisyonu değiştirilmelidir. Uygun şekilde kullanım ile 2 mg'lık nikotin sakızından 1 mg'a kadar, 4 mg'lık nikotin sakızından da 1,4 mg'a kadar nikotin emilebilir. Nikotin sakızı kullanılırken sabit kan nikotin düzeyi sağlanamaması nikotin bandına göre dezavantajı olmasına rağmen bireylerin kendi ihtiyaçlarına göre kullanmaları da avantajıdır. İki nikotin sakızı kullanımı arasında yarım saat olması sağlanmalıdır. Nikotin sakızının yan etkileri aşırı tükürük salgısı oluşturması ve tükürüğün yutulması ile de bulantı, kusma, hazımsızlık gibi gastrointestinal sistem şikayetleridir (19).

2.6.2.2 Bupropion

Bupropion, nikotin içermemesine rağmen nikotin bağımlılığının tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ilk ajandır. Trisiklik olmayan aminoketon bir antidepresandır. Nikotin, nucleus accumbenste dopaminerjik nöronların asetilkolin reseptörlerine bağlanarak dopamin salınımına yol açar. Bupropion ise noradrenalin ve dopaminin geri emilimini inhibe eder ve nikotin yoksunluk semptomlarını hafifletir (108). Tek başına kullanıldığında, sigara bırakma başarısını 1,94 (%95 GA: 1,72-2,19) kat arttırdığı gösterilmiştir (109).

Bupropionun 150 mg'lık tableti mevcuttur. Sigara bırakma amacıyla halen sigara içilmekte iken bupropion tedavisine ilk üç gün 150 mg olacak şekilde başlanır ve dördüncü gün 300 mg dozuna çıkılır. Tedavinin 7-14. günleri arasında sigara bırakma günü belirlenir ve sigara bırakılır. Tedavi genellikle sekiz hafta kadar sürdürülür ancak altı aya kadar da uzatılabilmektedir (20).

Bupropionun yan etkileri arasında baş ağrısı, uykusuzluk, ağız kuruluğu, bulantı yer alır. Nadiren konvülsiyon ve ciddi alerjik reaksiyona neden olur ve bu hallerde kesilmesi gerekir (19, 108).

Bupropion sigara bırakma amacıyla depresyonu da olan bireylerde tercih edilebilir. 18 yaş altı, gebeler, emzirenler, santral sinir sisteminde travma ya da tümör öyküsü olanlar, yeme

bozukluğu olanlar (anoreksia nervoza, bulimia), konvülziyon hikayesi olanlar ve konvülziyon eşiğini düşüren ilaç kullananlar, bipolar bozukluğu olanlar, MAO inhibitörü kullananlar, ağır hepatik sirozu olanlar, kontrolsüz hipertansiyonu olanlar ve ilaca karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu izlenen kişilerde kontrendikedir (108).

2.6.2.3 Vareniklin

Vareniklin beyindeki yüksek affiniteli $\alpha 4 \beta 2$ subüniteli nikotinik asetil kolin reseptörlerinin parsiyel agonistidir. Bu reseptörleri yarışmalı olarak inhibe ederken bir yandan da düşük düzeyde aktivasyon gösterir. Beyindeki yüksek affiniteli $\alpha 4 \beta 2$ subüniteli nikotinik asetil kolin reseptörleri nikotin bağımlılığı ve sigara içme isteğinde kilit rol oynar. Sigara içilmesi ile bu reseptörlerde upregülasyon gerçekleşir ve hem nikotin bağımlılığı hem de nikotin yoksunluğunda semptomlar oluşur. Vareniklinin antagonist etkisi ile reseptörleri işgal ettiğinden sigara içilse dahi nikotin etkileri oluşmaz, agonist etkisi ile de kontrollü dopamin salınımı sağlar (110, 111). Tek başına kullanıldığında, altı aylık süreçte sigara bırakma başarısını plaseboya göre bir çalışmada 2,27 (%95 GA: 2,02-2,55) kat arttırdığı gösterilmiştir (111, 112). Başka bir çalışmada ise 2,41 (%95 GA: 1,91-3,12) kat arttırdığı gösterilmiştir (111, 113).

Vareniklinin 0,5 ve 1 mg'lık tabletleri mevcuttur. Sigara bırakma amacıyla halen sigara içilmekte iken vareniklin tedavisine ilk üç gün 0,5 mg olacak şekilde başlanır ve dördüncü gün sabah akşam 0,5 mg dozuna çıkılır. Tedavinin sekizinci gününde sabah akşam 1 mg dozuna çıkılır. Tedavinin 7-14. günleri arasında sigara bırakma günü belirlenir ve sigara bırakılır. Tedavi genellikle 12 hafta kadar sürdürülür (20).

Vareniklinin yan etkileri arasında bulantı, uykusuzluk, anormal rüyalar, baş ağrısı ve gastrointestinal sistem şikayetleri yer alır. Nadiren konvülziyon ve ciddi alerjik reaksiyona neden olur ve bu hallerde kesilmesi gerekir (20).

Vareniklin 18 yaş altı, gebeler, hayatının herhangi bir döneminde nöropsikiyatrik bozukluğu (davranış değişiklikleri, depresif duygudurum, intihar düşüncesi vb.) olanlar, son dönem böbrek hastalığı olanlar ve ilaca karşı aşırı duyarlılık reaksiyonu izlenen kişilerde kontrendikedir. Ayrıca dikkat azalması ve görme bozukluğu gibi durumların bildirilmiş olması nedeniyle de uzun süre araç kullananlar, ağır vasıta şoförleri, pilotlar ve hava trafik

kontrolörlerinde kullanılmaması önerilmiştir (20, 111).

2.6.3 Motivasyonel Görüşme

Tütün ve tütün ürünü kullanan kimse ile bunu bırakmaya yönelik tüm girişimlerde motivasyonel görüşme teknikleri kullanılmalıdır. Motivasyonel görüşme tekniklerinin temelinde hasta ile empati yapma, sigarayı hastanın önemseydiği şeylerle (sağlık, aile, ekonomi vb.) ilişkilendirme, bırakma direncini kırma, kişisel çabayı destekleme yatmaktadır (20).

2.7 Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler

Sigara içenlerin yaklaşık dörtte üçü sigarayı bırakmak istemektedir ve neredeyse her üç kişiden biri kendi kendine sigarayı bırakmayı denemiştir ancak %5'inden daha azı uzun dönemde sigarayı bırakabilmiştir (114).

Sigara bırakma başarısı ile sosyodemografik özellikler, kişilik yapısı, sigara öyküsü ve nikotin bağımlılık düzeyi ilişkilendirilmiştir. Bu faktörler her toplumda farklı paylara sahiptir ve genellenmesi zordur. Ancak tüm toplumlarda sigara bırakma başarısını etkileyen ortak faktörün nikotin bağımlılık düzeyi olduğu düşünülmektedir (20).

Sigara bırakma başarısını etkileyen başlıca faktörlere aşağıda yer verilmiştir (20).

- Niyet, motivasyon ve kararlılık,
- Hata ve nüks deneyimleri,
- Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum, meslek gibi sosyodemografik özellikler,
- Nikotin bağımlılık düzeyi,
- Depresyon, anksiyete gibi psikolojik faktörler,
- Sigara nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar,
- Sigara bırakma süreci boyunca ortaya çıkabilecek yoksunluk semptomları, kilo değişiklikleri gibi dinamik faktörler,

- Genetik özellikler

2.7.1 Nüks ve Hata

Sigara bırakmış kişilerde en önemli problem nükstür (relapse). Nüks sigarayı bırakmaya çalışan ya da bırakmış kişinin tekrar düzenli sigara tüketimine başlamasıdır. Sigara bırakma süreci içinde bir ya da iki kez ile sınırlı kalan sigara içme davranışı ise hata (lapse) olarak isimlendirilir. Bir bireyde hatanın nükse dönüşüp dönüşmeyeceğini bireyin hataya olan bilişsel tepkisi belirler (20).

Nüks riskinin yüksek olduğu gruplar gençler, düşük eğitim düzeyi olanlar, düşük sağlık bilinci olanlar, yüksek bağımlılık düzeyi olanlar, beraberinde yüksek düzeyde alkol kullanımı da olanlar ve yakın çevresinde sigara içen kişiler olanlar olarak belirtilmiştir (20). Sigara içimini tetikleyen faktörler ise özellikle yakın çevrede sigara içen kişilerin olması, alkol kullanımı olması, kendini kötü hissetmek veya depresif duygudurum, bırakabileceği yönde kendine fazla güvenme, ayrılıklar, sinirlilik, tedaviye uyumsuzluk, yorgunluk, aşırı iş yükü, stres ve kaygı, ekonomik sıkıntılar ve negatif düşünceler olarak belirtilmiştir (20).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışmanın Tasarımı

Çalışma, prospektif kohort niteliğinde bir çalışma olup Eylül 2017– Ağustos 2018 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde sigara bırakma polikliniğine başvuranlar üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.2 Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne 1 Eylül 2017 – 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında sigarayı bırakmak için başvuran 149 hasta oluşturmaktadır. Çalışma için örneklem alınmamış olup belirtilen tarihler arasında sigara bırakmaya yönelik davranışsal eğitim ile kişiye uygun olan farmakolojik tedavi başlanan ve çalışma alınma kriterlerini taşıyan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama kriterini taşıyan 23 hasta çalışmadan çıkarılmış ve çalışma 126 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

3.3 Çalışmaya Dahil Edilme ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

3.3.1 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne sigara bırakmak için başvurmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 18 yaş ve üzerinde olmak

3.3.2 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- 18 yaşın altında olmak
- Mükerrer başvurular
- İzlemde kayıplar (telefonla mükerrer aramaya rağmen sigara bırakma durumu

öğrenilemeyenler)

- Sigara bırakma sürecine hiç başlamamış olmak

3.4 Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Katılımcılara ait sosyodemografik ve sigara öyküsü ile ilgili veriler sigara bırakma amacıyla başvuran hastalara rutin olarak uygulanan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği İzlem Protokolü verilerinin taranması ve altıncı ayda sigara bırakma başarısı ile ilgili veriler ise telefonla görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne sigarayı bırakmak için başvuran her hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri; sigara içmeye başlama yaşı, nedeni, günlük tükettiği sigara sayısı, kaç yıldır sigara içtiği, yakınlarında sigara içen olup olmadığı, daha önceki bırakma deneyimleri gibi sigara öyküsü; bilinen bir hastalık varlığı ve düzenli kullanılan ilaçları gibi özgeçmiş özellikleri; aile öyküsünün sorgulandığı soy geçmişi ve nikotin bağımlılık düzeyi sigara bırakma polikliniği izlem protokolü adı altında kayıt edilmektedir (Ek 1).

Nikotin bağımlılığının değerlendirmesinde Karl-Olov Fagerström tarafından geliştirilmiş Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmıştır (101). FNBT yine Karl-Olov Fagerström tarafından geliştirilmiş sekiz sorudan oluşan FTQ'nin tekrar gözden geçirilmesi ile oluşturulmuş altı soruluk bir ankettir. Her bir soruya verilen yanıtlar puanlanır ve 10 üzerinden bir toplam skor elde edilir. 0-2: çok az bağımlılık; 3-4: az bağımlılık; 5: orta derecede bağımlılık; 6-7: yüksek bağımlılık; 8-10: çok yüksek bağımlılık şeklinde yorumlanır (102). FNBT'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından değerlendirilmiş ve FNBT Türkçe versiyonunun nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde bir ölçüm metodu olarak kullanılabilceği sonucuna varılmıştır (115). FNBT Türkçe versiyonunda yer alan sorular ve puanları Ek 2'de verilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastalara ait sosyodemografik, tıbbi ve nikotin bağımlılık düzeyi ile ilgili bilgiler izlem protokolü verilerinden taranarak veri tabanına kaydedilmiştir. Ardından Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvurusunun üzerinden altı ay geçen hastalara

telefonla ulaşılmış bu dönem boyunca sigara kullanıp kullanmadıkları, farmakoterapi önerildi ise ne kadar süre kullandıkları ve düzenli kullanıp kullanmadıkları, sigarayı bırakanlarda bunu sağlayan faktörler, sigara kullanmaya tekrar başlayanlarda ise ne zaman başladığı ve nedeni yapılandırılmış soru formu ile sorgulanmıştır (Ek 3). Telefon ile ilk aramada ulaşılmayan hastalara sonraki günlerde tekrar ulaşılmaya çalışılmıştır.

3.5 Çalışma Süreci

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne sigara bırakmak için başvuran, ilk görüşmede sigara bırakma günü belirlenen, sigarayı bırakmaya yönelik davranışsal tedavi verilen, sigara öyküsü, bilinen hastalık varlığı ve nikotin bağımlılık düzeyi değerlendirilerek NRT, bupropion ya da vareniklin tedavilerinden biri ya da birkaçı önerilen hastalar 6 aylık sigara bırakma başarıları konusunda bilgi almak üzere telefon ile aranmış ve yapılandırılmış soru formundaki sorular kendilerine sorulmuştur. Altı ay sonunda sigara içmeme durumu sigara bırakma başarısı olarak değerlendirilmiştir.

3.6 Çalışmanın Değişkenleri

3.6.1 Çalışmanın Bağımlı Değişkeni

- Altı aylık izlem süresi boyunca sigara bırakma durumu

3.6.2 Çalışmanın Bağımsız Değişkenleri

- Sosyodemografik özellikler
 - Yaş
 - Cinsiyet
 - Medeni durum
 - Meslek
 - Gelir düzeyi
- Sigara Öyküsü

- Sigara içmeye başlama yaşı
- Sigara içmeye başlama nedeni
- Güncel sigara içme durumu (adet/gün)
- Sigara içme süresi (paket/yıl)
- Ailede sigara içen varlığı
- Daha önce bırakma deneyimleri
- Sigara içme isteğini arttıranlar
- Nikotin çekilme belirtileri
- Sigara bırakma nedeni
- Özgeçmiş
- Bilinen kronik hastalık varlığı
- Sürekli kullanılan ilaç varlığı
- Soygeçmiş
- Ailede KOAH ve/veya kanser varlığı
- SFT
- FEV₁ (1. Saniyede Zorlu Ekspirium Hacmi)
- FEV₁/FVC (1. Saniyede Zorlu Ekspirium Hacmi / Zorlu Vital Kapasite)
- Akciğer grafisi
- Tedavi şekli

3.7 İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri SPSS 24.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri sayı, yüzde ve normal dağılıma uyan verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılıma uymayan verilerde ortanca ve standart sapma kullanılarak gösterilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi, diklik ve çarpıklık katsayıları ve histogram ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde kategorik veriler için ki-kare testleri; bağımsız gruplarda iki grup ortalamalarının karşılaştırması için veriler normal dağılıma uyuyorsa t testi, uymuyorsa Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Tip I hata düzeyi %5 olarak belirlenmiş olup istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8 İzinler

Çalışmanın etik onayı Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.03.2019 tarihli olağan toplantısında 14 numaralı karar ile verilmiştir (Ek 4).

4 BULGULAR

Çalışma süresi olarak belirlenen 1 Eylül 2017 – 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne sigarayı bırakmak için 149 başvuru olmuştur. Bu başvurulardan üç tanesi 18 yaş altı olması, altı tanesi mükerrer başvuru olması, altı tanesi de altı aylık izlem süresince kayıp nedeniyle, sekiz tanesi de bırakma sürecine hiç başlanmamış olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmış ve araştırma 126 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %61,9'u (n=78) kendisi araştırarak, %11,9'u (n=15) göğüs hastalıklarının yönlendirmesi, %26,2'si (n=33) hekim önerisi, arkadaş tavsiyesi gibi diğer yollarla sigara bırakma polikliniğimize başvurmuştur.

4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların yaş ortalamaları $41,10 \pm 13,71$ yıl (18-73 yıl) olup; %35,7'si (n=45) kadın, %64,3'ü (n=81) erkekti. Grubun %66,7'si (n=84) evli; %54,8'i (n=69) halen çalışmakta; %59,5'inin (n=75) gelir düzeyi 1500-4500 TL arasında; %37,3'ü (n=47) 12 yıldan uzun süreli eğitim almış ve %88,9'u (n=112) kentsel bölgede yaşamakta idi. Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Ortalama±SS	
Yaş	41,10±13,71	
	%	n
Cinsiyet		
Erkek	64,3	81
Kadın	35,7	45
Medeni durum		
Evli	66,7	84
Bekar	26,2	33
Diğer	7,1	9
Meslek		
Çalışıyor	54,8	69
Çalışmıyor (emekli, işsiz, öğrenci)	30,2	38
Ev hanımı	15,1	19
Gelir düzeyi		
<1500 TL	23,8	30
1500-4500 TL	59,5	75
>4500 TL	16,7	21
Eğitim düzeyi		
<9 yıl	34,1	43
9-12 yıl	28,6	36
>12 yıl	37,3	47
Oturduğu yer		
Kentsel	88,9	112
Kırsal	11,1	14

4.2 Katılımcıların Sigara Kullanma Özellikleri

Katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalaması 16,50±4,61 (en alt:7, en üst:41) yılıdır. %57,9'u (n=73) sosyal etki, %34,1'i (n=43) bireysel etki (merak, özenti, kendini ispat), %6,3'ü (n=8) stres ve %1,6'sı (n=2) diğer nedenlerle sigaraya başlamıştı. Başvuru anında

günlük tüketilen sigara sayısı $21,04 \pm 10,94$ (en alt:4, en üst:70) adetti ve $26,68 \pm 22,20$ (en alt:1, en üst:120) paket yıllık sigara tüketimleri mevcuttu. %60,3'ünün (n=76) ailesinde sigara içen bulunmaktaydı. Hastalarımızın sigara içme isteğini arttıran faktörleri sorguladığımızda hastalarımızın %58,7'sinde (n=74) çay/kahve, %58,7'sinde (n=74) stres, %34,1'inde (n=43) yemek sonrası zamanlar, %11,9'unda (n=15) depresyon ve anksiyete sigara içme isteğini arttırmaktaydı. Katılımcıların sigara tüketimlerine ilişkin bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sigara tüketimlerine ilişkin bilgiler

	Ortalama \pm SS	
Sigaraya başlama yaşı	16,50 \pm 4,61	
Günlük tüketilen sigara adedi	21,04 \pm 10,94	
Paket yıl cinsinden sigara tüketimi	26,68 \pm 22,20	
	%	n
Sigaraya başlama nedeni*		
Sosyal etki	57,9	73
Bireysel etki (merak, özent, ispat)	34,1	43
Stres	6,3	8
Diğer	1,6	2
Ailede sigara içen		
Var	60,3	76
Yok	39,7	50
Sigara içme isteğini arttıran faktörler*		
Çay/kahve	58,7	74
Stres	58,7	74
Yemek sonrası	34,1	43
Depresyon/ anksiyete	11,9	15
Diğer	10,3	13

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.3 Katılımcıların Önceki Sigara Bırakma Deneyimleri ve Karşılaştıkları Engeller

Katılımcıların %95,2'si (n=120) daha önce de sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade etmiş, %88,1'i (n=111) sigarayı bırakmayı daha öncesinde denemiştir. Sigarayı bırakmayı deneyenler arasında bırakma denemesi ortalaması $2,75 \pm 2,38$ (en alt:1, en üst:14) keredir ancak %86,5'i (n=96) bırakmak için herhangi bir yardım almamıştır. Sigara bırakma deneyimlerinde katılımcıların %78,4'ü (n=87) yoksunluk belirtisi yaşamış, %26,1'i (n=29) ev veya iş ortamında sigara içenlerden olumsuz etkilenmiş, %21,6'sında (n=24) kilo alımı, iştah artışı, ağız yarası, kabızlık gibi şikayetler olmuş ve %11,7'si de (n=9) irade gücünü yaşamıştır. Katılımcıların önceki sigara bırakma deneyimleri sırasında karşılaştıkları engellere ilişkin bilgiler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların önceki sigara bırakma deneyimleri ve karşılaştıkları engeller

	%	n
Önceden sigarayı bırakmayı düşünme		
Evet	95,2	120
Hayır	4,8	6
Önceden sigarayı bırakmayı deneme		
Evet	88,1	111
Hayır	11,9	15
Önceden sigarayı bırakmak için yardım alma		
Evet	13,5	15
Hayır	86,5	96
Ortalama ± SS		
Sigara bırakmayı deneme sayısı	2,75 ± 2,38	
	%	n=111
Karşılaştıkları engeller *		
Yoksunluk belirtisi yaşama	78,4	87
Evde/işte sigara içen olması	26,1	29
Kilo alımı, iştah artışı, ağız yarası, kabızlık	21,6	24
İrade güçlüğü	11,7	13
Diğer	8,1	9

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.4 Katılımcıların Sigara Bırakma Nedenleri

Hastaların sigara bırakma nedenlerine baktığımızda sırasıyla %72,2 (n=91) hastalığının olması, hastalık korkusu, %39,7 (n=50) çevre önerisi, %12,7 (n=16) iyi örnek olma isteği, %7,9 (n=10) ekonomik nedenler gelmekteydi. Katılımcıların %90,5'inin (n=114) kendi isteği, %17,5'inin (n=22) sevk sonucu, %17,5'inin (n=22) çevre yönlendirmesi ile sigara bırakmayı talep ettiğini gördük (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların sigara bırakma nedenleri

	%	n
Sigara bırakma nedeni*		
Hastalığının olması, hastalık korkusu	72,2	91
Çevre önerisi	39,7	50
İyi örnek olma isteği	12,7	16
Ekonomik nedenler	7,9	10
Diğer	8,7	11
Sigara bırakma talebi*		
Kendisi	90,5	114
Sevk	17,5	22
Çevre yönlendirmesi	17,5	22

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.5 Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeyleri

Sigara bırakma talebiyle gelen tüm katılımcılara Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulanmış ve bağımlılık puan ortalaması $5,85 \pm 2,52$ (en alt:0, en üst:10) şeklinde saptanmıştır. Fagerström nikotin bağımlılık testi puanlarına göre başvuranların %11,1'i (n=14) çok hafif bağımlılık, %17,5'i (n=22) hafif bağımlılık, %14,3'ü (n=18) orta bağımlılık, %25,4'ü (n=32) yüksek bağımlılık, %31,7'si (n=40) çok yüksek bağımlılık göstermekteydi. Başvuranların nikotin bağımlılık düzeyleri Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri

Bağımlılık düzeyi	% (n)
Çok hafif bağımlılık (0-2 puan)	11,1 (14)
Hafif bağımlılık (3-4 puan)	17,5 (22)
Orta bağımlılık (5 puan)	14,3 (18)
Yüksek bağımlılık (6-7 puan)	25,4 (32)
Çok yüksek bağımlılık (8-10 puan)	31,7 (40)

4.6 Katılımcıların Sigarayı Bırakma Motivasyon Evreleri

Katılımcıların sigarayı bırakma motivasyon evrelerini değerlendirdiğimizde %9,5'inin (n=12) düşünme, %79,4'ünün (n=100) hazırlanma, %11,1'inin (n=14) deneme evresinde olduğunu gördük (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların sigarayı bırakma motivasyon evreleri

Evre	%	n
Düşünme	9,5	12
Hazırlanma	79,4	100
Deneme	11,1	14

4.7 Katılımcıların Hastalık Özgeçmişleri

Katılımcıların 80'inde (%63,5) en az bir kronik hastalık mevcuttu. Bu hastaların %46,3'ünde astım/KOAH; %37,5'inde DM (diabetes mellitus), HT (hipertansiyon), KVH (kardiyovasküler hastalık); %17,5'inde psikiyatrik hastalık, %13,8'inde kanser; %26,3'ünde ise diğer bir hastalık vardı. Katılımcıların %58,7'si (n=74) sürekli ilaç kullanmaktaydı, %42,9'unda (n=54) alkol kullanımı mevcuttu ve katılımcıların hiçbiri madde kullanmadığını beyan etmişti.

Katılımcıların aile öykülerinde %31,0'ında (n=39) kanser öyküsü, %16,7'sinde (n=21) astım/KOAH bulunmaktadır.

4.8 Katılımcıların Laboratuvar Bulguları

Katılımcıların %81,0'ına (n=102) solunum fonksiyon testi (SFT) yapılmıştır. FEV1 ortalaması $3,28 \pm 0,89$ L, FEV1 yüzdeleri $93,8 \pm 17,49$ (en alt: 23, en üst:133), FEV1/FVC oranları ise $76,24 \pm 10,15$ 'tir (en alt: 46, en üst: 111). SFT'ye göre %74,5'inde (n=76) obstrüksiyon yokken, %19,6'sında (n=20) hafif, %5,9'unda (n=6) ise orta düzeyde obstrüksiyon bulunmaktadır. Katılımcıların %89,7'sinin (n=113) akciğer grafisi çekilmiş olup bunların %84,1'i (n=95) normal, %15,9'u (n=18) patolojik olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların SFT sonuçları ve PA akciğer grafisine ilişkin bilgileri Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. SFT sonuçları ve PA akciğer grafisine ilişkin bilgiler

SFT ölçüm değerleri (n=102)	Ortalama ± SS	
FEV1	3,28±0,89	
%FEV1	93,8±17,49	
FEV1/FVC	76,24±10,15	
	%	n
SFT’de obstrüksiyon		
Yok	74,5	76
Var	25,5	26
Hafif	19,6	20
Orta	5,9	6
PAAG (n=113)		
Normal	89,7	95
Patolojik	15,9	18

4.9 Katılımcılara Uygulanan Tedaviler

Sigara bırakmak için başvuran katılımcıların tümü ile motivasyonel görüşme yapılmış ve hepsine davranışçı tedavi (DT) uygulanmıştır, %79,4’üne (n=100) NRT, %29,4’üne (n=37) bupropion ve %18,3’üne (n=23) vareniklin tedavisi önerilmiştir; %10,3’üne (n=13) ise herhangi bir farmakoterapi önerilmemiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcılara önerilen sigara bırakma tedavilerinin oranları

Tedavi	%	n=126
Davranışçı tedavi	100,0	126
NRT	79,4	100
Bupropion	29,4	37
Vareniklin	18,3	23
Farmakolojik tedavi önerilmeyenler	10,3	13

*Birden fazla tedavi uygulanmıştır

Tedavinin ayrıntılarına baktığımızda farmakoterapi başlanan 113 (%89,7) hastanın %46,9'una (n=53) tek başına NRT; %28,3'üne (n=32) NRT + bupropion, %13,3'ine (n=15) NRT + vareniklin, %7,1'ine (n=8) tek başına vareniklin, %4,4'üne (n=5) tek başına bupropion reçete edilmiştir. Toplamda %41,6'sına NRT ile bupropion veya vareniklin kombinasyonu önerilmişti (Tablo 9).

Tablo 9. Farmakoterapi uygulamalarının ayrıntıları

Farmakolojik tedavi	%	n=113
NRT	46,9	53
NRT + bupropion	28,3	32
NRT + vareniklin	13,3	15
Vareniklin	7,1	8
Bupropion	4,4	5

Katılımcıların kendilerine reçete edilen ilaçları kullanma durumlarını sorduğumuzda farmakoterapi önerilen 113 hastanın 105'i önerilen ilacı alıp almadığı konusunda bilgi verdi. Katılımcıların %7,2'sinin ilaç kullanımı bilgisine ulaşamadı. İlaç alıp almadığı bilgisine ulaştığımız kişilerin 44'ü (%41,9) önerilen ilacı almadığını, 61'i (%58,1) önerilen ilacı alıp kullandığını bildirdi. İlaçlarını alan 61 hastanın %52,5'i (n=32) tek başına NRT, %27,9'u (n=17) NRT + bupropion, %11,5'i (n=7) NRT + vareniklin, %4,9'u (n=3) tek başına vareniklin, %3,2'si (n=2) tek başına bupropion tedavisi kullanmıştı (Tablo 10).

Tablo 10. Önerilen ilaçları alan hastaların farmakolojik tedavi ayrıntıları

Önerilen ilaçları alan hastaların farmakolojik tedavi ayrıntıları	%	n
NRT	52,5	32
NRT + bupropion	27,9	17
NRT + vareniklin	11,5	7
Vareniklin	4,9	3
Bupropion	3,2	2
Toplam	100	61

4.10 Altı Aylık İzlem Sonunda Sigara Bırakma Başarısı ve Başarı Üzerine Etkili Olan Faktörler

Altı aylık izlem sonunda katılımcıların %23,8'i (n=30) sigara bırakmada başarılı olurken %76,2'si (n=96) sigarayı altı aylık süre sonunda bırakamamıştır. Sigara bırakma başarısı üzerine etkili olabileceğini düşündüğümüz bağımsız değişkenlerin sigara bırakma başarısı ile ilişkisine baktığımızda; gelir düzeyi ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğunu saptadık. Altı aylık izlemde sigara bırakmada başarı oranları gelir düzeyi 1500'ün altında olanlarda %16,7, 1500-4500 arasında olanlarda %18,7, 4500 ve üzerinde olanlarda %52,4 olarak saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003). Anlamlılık gelir düzeyi 4500 ve üzerinde olanlarda sigara bırakma başarı oranının diğer gruplardan daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Nikotin bağımlılık durumu ile sigara bırakma başarısının ilişkisini değerlendirdiğimizde FNBT puanı 6 ve altında olanlarda sigara bırakma başarısı FNBT puanı 7 ve üzerinde olanlardan anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0,017) (Tablo11).

FNBT puan ortalaması ile sigara bırakma başarısının ilişkisine baktığımızda altı aylık izlem sonunda sigara bırakabilenlerin FNBT puan ortancası $5,00 \pm 2,52$, bırakamayanların FNBT puan ortancası $6,00 \pm 2,39$ olarak saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,022). FNBT puan ortalaması daha yüksek olanların sigara bırakmada daha başarısız olduğu görülmüştür (Tablo 11).

Sigara bırakma başarısı üzerine etkili olabileceğini düşündüğümüz bağımsız değişkenlerden yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, oturduğu yer, sigaraya başlama nedeni, sigaraya başlama yaşı, günlük sigara içme adedi, sigara paket yılı, ailede sigara içen kişi varlığı, önceki sigara bırakma deneyimleri, kronik hastalık varlığı (kanser, astım/KOAH, metal hastalık, HT, DM, KVH ve diğer hastalıklar), sürekli ilaç kullanımı, alkol kullanımı, ailede kanser varlığı, ailede KOAH varlığı, FEV1, %FEV1, FEV1/FVC değerleri, SFT'de obstrüksiyon varlığı, PA akciğer grafisi ve kullanılan tedavi çeşidi ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptamadık. Hastaların önerilen ilaçlarını alma durumlarının bırakma başarısı üzerine etkisine baktığımızda ilacını alanların bırakma başarısı %29,5 (n=18) iken ilacını alamayanlarda bu oran %13,6 (n=6) idi ancak aradaki fark anlamlı değildi (p=0,056) (Tablo11 ve Tablo 12).

Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişki

	Altı aylık izlemde sigarayı		p
	Bıraktı (n=30) % (n)	Bırakamadı (n=96) % (n)	
Cinsiyet			
Kadın	24,4 (11)	75,6 (34)	0,901
Erkek	23,5 (19)	76,5 (62)	
Medeni durum			
Evli	26,2 (22)	73,8 (62)	0,653
Bekar	18,2 (6)	81,8 (27)	
Diğer	22,2 (2)	77,8 (7)	
Meslek			
Çalışıyor	24,6 (17)	75,4 (52)	0,531
Çalışmıyor	18,4 (7)	81,6 (31)	
Ev hanımı	31,6 (6)	68,4 (13)	
Gelir düzeyi			
<1500 TL	16,7 (5)	83,3 (25)	0,003
1500-4500 TL	18,7 (14)	81,3 (61)	
>4500 TL	52,4 (11)	47,6 (10)	
Eğitim düzeyi			
<9 yıl	20,9 (9)	79,1 (34)	0,730
9-12 yıl	22,2 (8)	77,8 (28)	
>12 yıl	27,7 (13)	72,3 (34)	
Oturduğu yer			
Kentsel	25,0 (28)	75,0 (84)	0,516 ²
Kırsal	14,3 (2)	85,7 (12)	
Sigara başlama nedeni (n=124)			
Bireysel etki	25,6 (11)	74,4 (32)	0,941
Stres	25,0 (2)	75,0 (6)	
Sosyal etki	21,9 (16)	78,1 (57)	

Ailede sigara içen kişi varlığı			
Var	19,7 (15)	80,3 (61)	0,186
Yok	30,0 (15)	70,0 (35)	
Sigara bırakma deneyimi			
Var	25,2 (28)	74,8 (83)	0,519 ²
Yok	13,3 (2)	86,7 (13)	
FNBT puanı			
0-6	31,5 (23)	68,5 (50)	0,017
7-10	13,2 (7)	86,8 (46)	
Kronik hastalık			
Var	21,3 (17)	78,7 (63)	0,374
Yok	28,3 (13)	71,7 (33)	
Kanser			
Var	36,4 (4)	63,6 (7)	0,291 ²
Yok	22,6 (26)	77,4 (89)	
Astım, KOAH			
Var	11,8 (4)	88,2 (30)	0,054
Yok	28,3 (26)	71,7 (66)	
Psikiyatrik hastalık			
Var	28,6 (4)	71,4 (10)	0,740 ²
Yok	23,2 (26)	76,8 (86)	
HT, DM, KVH			
Var	26,7 (8)	73,3 (22)	0,674
Yok	22,9 (22)	77,1 (74)	
Diğer hastalıklar			
Var	23,8 (5)	76,2 (16)	1,000
Yok	23,8 (25)	76,2 (80)	
Sürekli ilaç kullanımı			
Var	23,0 (17)	77,0 (57)	0,793
Yok	25,0 (13)	75,0 (39)	
Alkol kullanımı			

Var	20,4 (11)	79,6 (43)	0,432
Yok	26,4 (19)	73,6 (53)	
Ailede kanser öyküsü			
Var	28,2 (11)	71,8 (28)	0,438
Yok	21,8 (19)	78,2 (68)	
Ailede KOAH öyküsü			
Var	9,5 (2)	90,5 (19)	0,158 ²
Yok	26,7 (28)	73,3 (77)	
SFT'de obstrüksiyon (n=102)			
Var	23,1 (6)	76,9 (20)	0,844
Yok	25,0 (19)	75,0 (57)	
PAAG (n=113)			
Normal	26,3 (25)	73,7 (70)	0,068 ²
Patolojik	5,6 (1)	94,4 (17)	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
FEV1 (n=102)	3,09±0,87	3,34±0,89	0,216 ¹
%FEV1 (n=102)	91,11±19,81	93,71±16,76	0,744 ¹
FEV1/FVC (n=102)	78,28±12,14	75,57±9,41	0,677 ¹
Kullanılan tedavi çeşidi			
	Bıraktı (n=22)	Bırakamadı (n=52)	p
	% (n)	% (n)	
Vareniklin	66,7 (2)	33,3 (1)	0,709 ³
Bupropion	50,0 (1)	50,0 (1)	
Davranışçı tedavi	30,8 (4)	69,2 (9)	
NRT + bupropion	29,4 (5)	70,6 (12)	
NRT	28,1 (9)	71,9 (23)	
NRT + vareniklin	14,3 (1)	85,7 (6)	
Önerilen ilacı alma durumu			
	Bıraktı (n=24)	Bırakamadı (n=81)	p
	% (n)	% (n)	
İlaç alamayan	13,6 (6)	86,4 (38)	0,056

İlaç alan	29,5 (18)	70,5 (43)	
¹ Mann Whitney U testi			
² Fisher's Exact test			
³ Monte Carlo Yöntemi			

Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik bazı özellikleri ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişki

	Altı aylık izlemde sigarayı		p ¹
	Bıraktı (n=30) Ortanca ± SS	Bırakamadı (n=96) Ortanca ± SS	
Yaş	43,00±12,05	39,50±14,22	0,343
Sigara içmeye başlama yaşı	16,00±4,85	16,00±4,57	0,689
Günlük tüketilen sigara adedi	20,00±12,47	20,00±10,45	0,292
Paket/yıl	15,50±16,34	20,00±23,69	0,434
FNBT puanı	5,00±2,52	6,00±2,39	0,022
¹ Mann Whitney U testi			

4.11 Farmakoterapi Önerilen Hastaların İlaç Kullanma Süreleri ve Sigara Bırakma Başarısı Arasındaki İlişki

Farmakoterapi verilen 113 hastanın 105'i ilaç kullanım süresiyle ilgili sorumuzu yanıtlamış olup %41,9'u (n=44) hiç ilaç kullanmamışken, %37,1'i (n=39) bir aydan daha kısa süre ilaç kullandığını ifade etmiştir, üç aylık ilaç tedavisini tamamlayan hasta oranımız ise sadece %9,6'dır (n=10) (Tablo 13).

Tablo13. Farmakoterapi önerilen hastaların ilaç kullanma sürelerine göre sınıflandırılması

Farmakoterapi önerilenlerin ilaç kullanma süreleri	%	n=105
Hiç ilaç kullanmayan	41,9	44
1-30 gün ilaç kullanan	37,1	39
31-60 gün ilaç kullanan	11,4	12
61-90 gün ilaç kullanan	9,6	10

Farmakoterapi verilen hastalardan altı aylık izlemde sigarayı bırakanların ilaç kullanma süresi ortancası 30,00±34,23 gün, bırakamayanların ilaç kullanma süresi ortancası 2±27,26 gün olarak saptanmış olup sigarayı bırakanlarda ilaç kullanma süresi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,014) (Tablo 14).

Tablo 14. Farmakoterapi verilenlerde ilaç kullanma süresi ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişki

	Altı aylık izlemde sigarayı		p¹
	Bıraktı (n=24) Ortanca ± SS	Bırakamadı (n=81) Ortanca ± SS	
Farmakoterapi verilenlerde ilaç kullanma süresi	30,00±34,23	2±27,26	0,014

¹Mann Whitney U testi

4.12 Verilen Tedavinin Faydalı Olduğunu Düşünmenin Sigara Bırakma Başarısıyla İlişkisi

Katılımcıların %94,5'i (n=86) tedavinin faydalı olduğunu düşünmekte iken %5,5'i (n=5) tedavinin faydası olmadığını düşünmektedir. Tedavinin faydalı olduğunu düşünenlerin %30,2'si (n=26) sigarayı altı aylık izlemde bırakmışken tedavinin faydası olmadığını düşünenlerin ise %20,0'ı (n=1) sigarayı altı aylık izlemde bırakabilmiştir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=1,000) (Tablo 15).

Tablo 15. Tedavinin faydası olduğunu düşünmenin sigara bırakma başarısıyla ilişkisi

	Altı aylık izlemde sigarayı		p
	Bıraktı (n=27) % (n)	Bırakamadı (n=64) % (n)	
Tedavinin faydalı olduğunu düşünme			
Evet	30,2 (26)	69,8 (60)	1,000
Hayır	20,0 (1)	80,0 (4)	

4.13 İlaç Yan Etkileri

Farmokoterapi başlanan ve ilacını kullanan 61 katılımcı yan etki ile ilgili soruyu yanıtlamış ve 51'i (%83,6) herhangi bir yan etki yaşamadığını ifade etmiştir. Yan etki yaşayan 10 kişi en sık sırasıyla %40 oranı ile uyku ile ilgili şikayetler (uyku hali, uykusuzluk, kötü rüyalar, uykudan uyanma), %30 oranı ile ürtikeryal şikayetler (kaşıntı, kızarıklık, ürtiker), %20 ile baş ağrısı bildirmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. İlaç yan etkileri

İlaç yan etkileri	%	n=61
Yan etki yok	83,6	51
Yan etki var*	16,4	10
Uyku ile ilgili şikayetler	40	4
Ürtikeryal şikayetler	30	3
Baş ağrısı	20	2
Nefes darlığı	10	1
Çarpıntı	10	1
Ağız kuruluğu	10	1
Ateş basması	10	1
Grip benzeri yakınmalar	10	1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.14 Sigarayı Bırakamayanların Bırakamama Nedenleri

Sigarayı bırakamayan 96 katılımcıdan 67'si sigarayı hiç bırakamama ya da bırakıp tekrar başlama yani başarısızlık nedeni ile ilgili sorumuzu yanıtlamıştır. Sigarayı bırakmada başarısızlık nedeni sırasıyla en sık %25,3 ile stres (günlük hayatın stresi, iş stresi, okul stresi), %10,4 ile ailesel problemler, %7,5 ile üzücü bir olay yaşama (yakınının vefatı, trafik kazası), %7,5 ile motivasyon eksikliği, %7,5 ile alışkanlık, %7,5 ile aşırı sigara içme isteği ve %6 ile operasyon geçirme olarak bildirilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Bırakamama nedenleri

Bırakamama nedenleri*	%	n=67
Stres	25,3	17
Ailesel problemler	10,4	7
Üzücü olay	7,5	5
Motivasyon eksikliği	7,5	5
Alışkanlık	7,5	5
Aşırı sigara içme isteği	7,5	5
Operasyon geçirme	6,0	4
Boşanma	4,5	3
Sosyal ortam etkisi	4,5	3
Arkadaş etkisi	4,5	3
İlaçları alamama	4,5	3
Mevcut hastalıkları	3,0	2
Sigarayı sevme	3,0	2
Aşırı sinirlilik	1,5	1
Kilo alma	1,5	1
Kilo alma korkusu	1,5	1
Erteleme	1,5	1
Aile desteğinin olmaması	1,5	1
İlaç yan etkisi	1,5	1
İş yoğunluğu	1,5	1
Keyif alma isteği	1,5	1
Ekonomik problemler	1,5	1
Psikolojik problemler	1,5	1
Yalnızlık	1,5	1
İrade gösterememe	1,5	1
Sigaranın kademeli bırakılacağını düşünme	1,5	1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.15 Sigara Bırakamayanların Sigarasız Kalabildikleri Süre

Altı aylık izlemde sigarayı bırakamayan 96 kişiden 93'ü sigarasız kalabildikleri süre ile ilgili değerlendirmeyi yanıtlamış olup %43,0'ı sigarasız bir gün bile geçirememişken, %38,7'si ancak 30 gün ve daha kısa süre sigarasız kalabildiğini belirtmiştir. Sigarayı bırakamamış katılımcıların sadece %18,3'ü bir aydan daha uzun süre sigarasız kalabilmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Sigarayı bırakamayanların sigarasız kalabildikleri gün sayıları

Sigarasız kalabildiği gün sayısı	%	n=93
Hiç sigarasız kalamamış	43,0	40
1-30 gün	38,7	36
31-60 gün	5,4	5
61-90 gün	6,4	6
91-120 gün	5,4	5
121-150 gün	1,1	1

4.16 Sigarayı Bırakamayanların Sigara Nedeniyle Yaşadığı Sağlık Sorunları

Sigarayı bırakmada altı aylık izlemde başarısız olan katılımcılardan 56'sı sigara nedeniyle yaşadığı sağlık sorunları ile ilgili değerlendirmeyi yanıtlamış ve 12'si (%21,4) herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Sigara nedeniyle yaşanan sağlık sorunları sırasıyla en sık %39,3 ile dispne, %12,5 ile efor dispnesi ve %10,7 ile öksürük olarak bildirilmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Sigarayı bırakamayanların sigara nedeniyle yaşadığı sağlık sorunları

Yaşanan sağlık sorunları*	%	n=56
Herhangi bir sağlık sorunu yaşamamış	21,4	12
Dispne	39,3	22
Efor dispnesi	12,5	7
Öksürük	10,7	6
Balgam çıkarma	8,9	5
Halsizlik, yorgunluk	8,9	5
Hırıltı	5,4	3
Cilt renginin koyulaşması	3,6	2
Astım	1,8	1
Baş ağrısı	1,8	1
Baş dönmesi	1,8	1
Ağız kuruluğu	1,8	1
Ağız tadının bozulması	1,8	1
Ses kısıklığı	1,8	1
Zor uyuyabilme	1,8	1
Cinsel performansta azalma	1,8	1
Çevresine kötü kokmak	1,8	1
Sigara içmek için dışarı çıkmak zorunda kalmak	1,8	1
Bağımlılık düşüncesinin kendini zayıf hissettirmesi	1,8	1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.17 Sigarayı Bırakamayanların Sigarayı Tekrar Bırakmayı Düşünme Durumu

Altı aylık izlem sonunda sigarayı bırakamamış olanlardan sigarayı tekrar bırakmayı düşünme durumuyla ilgili soruyu yanıtlayanların %95,8'i (n=69) sigarayı tekrar bırakmayı düşünmekte iken %4,2'si (n=3) bırakmayı düşünmemektedir.

4.18 Başarılılarda Motivasyonu Arttıran Faktörler

Altı aylık izlemde başarılı olan 30 katılımcıdan 22'si sigara bırakma sürecinde motivasyonlarını arttıran faktörler ile ilgili sorumuzu yanıtlamıştır. Sigara bırakma sürecinde motivasyonu arttıran faktörler en sık sırasıyla %22,7 ile aile desteği, %18,1 ile hastalığının olması (akut miyokart enfarktüsü geçirme, astım, periferik arter hastalığı, romatoid artrit), %18,1 ile sigara bırakma polikliniğinin desteği olarak bildirilmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Başarılılarda motivasyonu arttıran faktörler

Başarılılarda motivasyonu arttıran faktörler*	%	n=22
Aile desteği	22,7	5
Hastalığının olması	18,1	4
Sigara bırakma polikliniğinin desteği	18,1	4
Nefes darlığının olması	9,1	2
Sağlıklı olma isteği	9,1	2
Yakınlarında malignite öyküsünün olması	9,1	2
Farmakoterapinin etkisi	4,5	1
Öksürüğünün olması	4,5	1
Alkolü bırakma isteği	4,5	1
Kamu spotları	4,5	1
Kendi iradesi	4,5	1
Ölüm korkusu	4,5	1
Rahat nefes alma isteği	4,5	1
Sigara bırakma ilaçlarıyla inatlaşma	4,5	1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.19 Başarılılarda Sigarayı Bırakmanın Sağlık Üzerine Etkisi

Altı aylık izlemde sigara bırakmada başarılı olan katılımcılardan 26'sı sigarayı bıraktıktan sonra sağlıklarındaki değişim ile ilgili soruyu yanıtlamış ve 4'ü sağlığında herhangi bir değişim olmadığını belirtmiştir. Sigara bırakmanın sağlık üzerindeki etkilerini en

sık sırasıyla %42,3 ile daha rahat nefes alıp verme, %42,3 ile kilo alımı, %19,2 ile uyku hijyeninde iyileşme, %19,2 ile efor kapasitesinde artma şeklinde bildirilmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Başarılılarda sigarayı bırakmanın sağlık üzerine etkisi

Başarılılarda sigarayı bırakmanın sağlık üzerine etkisi*	%	n=26
Herhangi bir etkisi olmamış	15,4	4
Daha rahat nefes alıp verme	42,3	11
Kilo alımı	42,3	11
Uyku hijyeninde iyileşme	19,2	5
Efor kapasitesinde artma	19,2	5
Ağız tadında düzelme	7,7	2
Cildinde güzelleşme	7,7	2
Oral aft	3,8	1
Dişeti çekilmesi	3,8	1
Kendini daha mutlu hissetme	3,8	1
Yorgunluk olmaması	3,8	1
Öksürüğün geçmesi	3,8	1
Temiz kokmak	3,8	1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

5 TARTIŞMA

126 hastanın katılımıyla yaptığımız çalışmada sigara bırakma polikliniğimizin 6 aylık başarı oranını %23,8 saptadık. Balbay ve arkadaşları (116) Düzce’de yaptıkları çalışmada 6 aylık başarı oranını %22,4, Berkeşoğlu ve arkadaşları (117) 500 hastanın katılımıyla yaptıkları çalışmada 6 aylık başarı oranını %27,6, Mutlu ve arkadaşları (31) 6 aylık başarı oranını %32,3, Fidan ve arkadaşları (24) 135 hastayla yaptıkları çalışmada 6 aylık başarı oranını %38,3, Fai ve arkadaşları (118) Malezya’da 176 hastayla yaptıkları çalışmada 6 aylık başarı oranını %42,6, Salepçi ve arkadaşları (26) 6 aylık başarı oranını %48,5, İzmir ve arkadaşları (119) 37 hastayla yaptıkları çalışmada 6 aylık başarı oranını % 54,1 saptamıştır. Çalışmamızda sigara bırakma oranının düşük olmasını, çalışmanın yapıldığı dönemde polikliniğimizin TÜBATİS’e (Tütün Bağımlılığı Tedavi İzlem Sistemi) kayıtlı olmaması nedeniyle hastalarımızın ilaçlarını ücretsiz temin edememesi ve yaklaşık yarısının önerilen ilacı alamamasına bağlamaktayız. Çalışmamızda ilacını alabilen hastaların sigara bırakma başarısının ilaçlarını alamayanlara göre daha yüksek olması bu görüşü destekler niteliktedir. Hastaların ilaçlarını satın almaları konusunda ikna edilmeleri sigara bırakma başarısını arttırabilir. Öte yandan grubumuzun yarıdan fazlasının yüksek ve çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olduğunu ve sigara bırakma açısından dirençli bir grupta karşı karşıya olduğumuzu düşünürsek bırakma başarımızın düşüklüğünü buna da bağlayabiliriz.

Çalışmamızda sigara bırakmada başarılı olan hastaların yaş ortalaması daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlılık yoktu. Fidan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sigarayı bırakanların yaş ortalamasını içmeye devam edenlere göre daha yüksek bulmuştur (24). Bu bize insanların yaşlandıkça sigara bırakmadaki istek ve kararlılıklarının arttığını düşündürmektedir.

Polikliniğimize başvuran hastaların %64,3’ü erkek, %35,7’si kadındı. Fidan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da oranlar benzerdi (24). Bu durum toplumumuzda erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda sigara tüketmelerinden kaynaklanmaktaydı. Çalışmamızda cinsiyetin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi olmadığını gördük. Argüder ve arkadaşları (120) ile Demir ve arkadaşlarının (28) yaptığı çalışmalarda da cinsiyet ile sigara bırakma başarısı ilişkili bulunmamıştır. Ancak Sağlam, Erzurum’da yaptığı araştırmada erkeklerde başarı oranını daha yüksek saptamıştır (121).

Çalışmamızda evli olanlarda başarı oranını daha yüksek bulduk ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Şahbaz ve arkadaşlarının (122) yaptığı çalışmada evli olanlarda sigara bırakma başarısı daha yüksek saptanmış olup, Örsel ve arkadaşlarının (30) yaptığı çalışmada ise medeni durumun sigara bırakma başarısı üzerinde etkili olmadığı görülmüştür. Evli olanlarda aile desteğinin sigara bırakmada önemli bir faktör olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda bunu destekler şekilde başarılı olanlarda aile desteği motivasyonu artıran ilk sıradaki faktör idi.

Eğitim düzeyi ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişkiyi incelediğimizde 12 yıldan fazla eğitim almış olanlarda başarının daha yüksek olduğunu gördük ancak istatistiksel olarak anlamlılık yoktu. Yüksek eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısı üzerine etkili olduğunu ve eğitim düzeyi düşük olanlarda sigara bırakma oranının daha düşük olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktayken (123, 124) Çan ve arkadaşları (29) eğitim durumunun sigara bırakma üzerine anlamlı etkisi olmadığını belirtmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça sigaranın sağlığa zararları konusunda bilinç düzeyinin de arttığını dolayısıyla sigara bırakma başarısını arttırdığını düşünmekteyiz.

Gelir düzeyi ile sigara bırakma başarısı ilişkisine baktığımızda gelir düzeyi 4500 ve üzerinde olanlarda sigara bırakma başarı oranı diğer gruplardan daha yüksek saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$). Janson ve arkadaşları 14 farklı Avrupa ülkesinden toplam 9053 kişiyle yaptıkları çalışmalarında düşük sosyoekonomik düzeyin sigara bırakma şansını düşürdüğünü saptamıştır (124). Bu bulgu çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Sigaraya başlama nedenlerini sorguladığımızda en sık sosyal etki, ikinci sırada bireysel etki ve üçüncü sırada stresin etkili olduğunu gördük ancak sigaraya başlama nedenleri ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamadık.

Çalışmamızda katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalamasını $16,50 \pm 4,61$ yıl olarak saptadık. Ankara'da yapılan bir çalışmada da sigaraya başlama yaş ortalaması 18 yaşın altında bulunmuştur (120). Çalışmamızda sigarayı bırakanların sigaraya başlama yaş ortalaması sigarayı bırakamayanlardan daha küçüktü ancak anlamlı değildi. Yapılan birçok çalışmada sigaraya başlama yaşının sigara bırakma başarısı üzerine etkili olduğu bulunmuştur (125, 126). Fidan ve arkadaşları da 15 yaşından önce sigara içmeye başlayanlarda sigara bırakma

oranını daha düşük bulmuştur (24).

Çalışmamızda günlük sigara içme adedi ortalaması bırakanlarda daha düşüktü ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Yaşar ve arkadaşları günlük tüketilen sigara miktarının sigara bırakma başarısına etkili olduğunu ve daha az miktarda sigara tüketenlerin daha yüksek oranda sigarayı bıraktıklarını bulmuştur (127). Monso ve arkadaşları da çalışmalarında günlük içilen sigara sayısını sigara bırakmaya etkili bir faktör olarak tanımlamıştır (128).

Çalışmamızda paket/yıl olarak toplam tüketilen sigara miktarı daha düşük olanlarda başarı oranını daha yüksek bulduk ancak istatistiksel olarak anlamlılık yoktu. Mutlu ve arkadaşları (31) ile Gorecka ve arkadaşları (129) yaptıkları çalışmalarda paket/yıl değerini sigara bırakmada anlamlı bir değişken olarak bulmuştur. Bu bulguların ışığında sigara bırakma başarısında sigara bağımlılığının davranış boyutunun da önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Katılımcıların sigara içme isteğini arttıran faktörleri incelediğimizde sırasıyla en çok çay/kahve, stres ve yemek sonrasında sigara içme isteklerinin arttığını gördük bu bulgu Uzaslan ve arkadaşlarının sonuçlarıyla benzerlik göstermekteydi (25). Sigara içme isteğini arttıran bu faktörlerden uzak durulması için danışmanlık vermek ve yerini dolduracak aktivitelere yönlendirmek sigara bırakma başarısını arttıracaktır.

Katılımcılardan ailesinde kendisinden başka sigara içen kişi bulunanlarda bulunmayanlara göre daha düşük sigara bırakma oranı saptadık ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Kanatsız ve arkadaşları (130), Salepçi ve arkadaşları (26), Çan ve arkadaşları (29) da yaptıkları çalışmalarda evde sigara içenlerin olmasının sigara bırakılmasını olumsuz etkilediğini göstermiştir.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarımızın önceki sigara bırakma deneyimlerini sorguladığımızda katılımcıların %88,1'i daha önceden sigara bırakmayı denemişti ve bunların %86,5'i profesyonel yardım almamıştı. Önceki sigara bırakma deneyiminin varlığıyla sigara bırakma başarısı arasındaki ilişkiyi incelediğimizde sigara bırakma deneyimi olanların sigara bırakma başarısı daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Prochaska (131) kişilerin daha önceki sigara bırakma deneyimleri ne kadar fazlaysa sigara bırakma başarısının o kadar yüksek olacağını bildirmiştir. Bu durumu kişilerin

her sigara bırakma deneyimi sonrasında başarısızlık nedenlerini daha iyi fark edip bunlarla baş etme stratejileri geliştirmeleriyle açıklayabiliriz.

Katılımcılara sigara bırakma nedenleri sorulduğunda hastalığın olması/hastalık korkusu en başta gelen sigara bırakma nedeniydi. Eroğlu ve arkadaşlarının (132) yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmamızda FNBT puanı 6 ve altında olanlarda ve FNBT puan ortancası daha düşük olanlarda sigara bırakma başarısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptandı (sırasıyla $p=0,017$; $p=0,022$). Gorecka ve arkadaşları (129) yaptıkları çalışmada düşük FNBT puanı olanlarda sigara bırakma başarısını yüksek saptamıştır. Fai ve arkadaşları Malezya'da yaptıkları çalışmada da düşük FNBT skorlarını başarıyla ilişkili faktör olarak tanımlamıştır (133). Sağlam'ın yaptığı çalışmada FNBT puanı 6 ve altında olanlarda sigara bırakma başarısı daha yüksek saptanmıştır (121). Bu bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir ve bize nikotin bağımlılığı arttıkça sigara bırakmanın güçleştiğini ve nikotin bağımlılık düzeyinin tedavinin düzenlenmesinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Katılımcıların %63,5'inde en az bir kronik hastalık vardı. Kronik hastalık varlığının sigara bırakma başarısı üzerine etkisini incelediğimizde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre sigara bırakma başarı oranının daha düşük olduğunu gördük ancak istatistiksel olarak anlamlılık yoktu. Ankara'da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde eşlik eden kronik hastalığı olanların sağlıklı kişilere göre sigara bırakma başarı oranının daha düşük olduğu gösterilmiştir (134). Yurt dışında yapılan çalışmalarda da kronik hastalık varlığının sigara bırakmayı olumsuz etkilediği gösterilmiştir (135). Çalışma grubumuzda sigara bırakma nedeni olarak kronik hastalık varlığı ilk sıradaki neden olmasına rağmen kronik hastalığı olanların bırakma başarısının düşük olması düşündürücüdür. Bu durumu kronik hastalığı olanların mevcut hastalıklarından kaynaklanan stresle baş etme yöntemlerinden biri olarak sigara kullanmaya devam etmelerine bağlamaktayız.

Kronik hastalıkları ayrıntılı incelediğimizde Astım/KOAH öyküsü olan hastaların olmayanlara göre sigara bırakma oranlarını daha düşük saptadık ancak istatistiksel olarak anlamlılık yoktu. Benzer şekilde KOAH'lı olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada KOAH'lı hastaların sağlıklı olanlara göre sigarayı daha zor bıraktıkları saptanmıştır (136). Astım ve KOAH olgularında sigara bırakma oranlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada da

astım hastalarının KOAH'lı hastalara göre daha düşük sigara bırakma oranlarının olduğu bildirilmiştir (137). Bu bulgular eşliğinde kronik hastalığı olan hastalarda olduğu gibi astım/KOAH'lı hastaların mevcut hastalıklarından kaynaklanan stresle baş etme yöntemlerinden biri olarak sigara kullanmaya devam ettiklerini ayrıca bağımlılık düzeylerinin yüksek olması ve sigara içme sürelerinin uzun olması nedeniyle sigara bırakmada zorlandıklarını düşünmekteyiz. Bu hasta grubunun sigara bırakma konusunda daha dirençli olduğunu göz önünde bulundurmalıyız.

Çalışmamızda psikiyatrik hastalık varlığının başarı oranlarını etkilemediğini gördük. Ancak Berkeşoğlu ve arkadaşları psikiyatrik hastalığı bulunanlarda başarı oranını düşük bulmuştur (117). Yapılan birçok çalışmada depresyon öyküsü olan hastalarda sigara bırakma başarısı daha düşük saptanmıştır (138, 139). Afyon'da yapılan bir çalışmada da sigara bırakmada başarısız olanlarda, başarılı olanlara göre anksiyete ve depresyon skorları yüksek bulunmuştur (24). Ciddi psikiyatrik hastalıklarda sigarayı bırakmadan önce hastanın dengeli duruma geçmesini beklemekte yarar vardır (140).

Kanser öyküsü olan hastaların sigara bırakma başarısına baktığımızda ise kanser öyküsü olmayanlara göre bırakma başarısının daha yüksek olduğunu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gördük. Genellikle kronik hastalıklarda sigara bırakma başarısının daha düşük olmasına rağmen kanser öyküsü olanlarda tam tersi şekilde başarı oranının artması yaşam için bir umut arayışı olarak yorumlanabilir.

Katılımcılardan alkol kullanımı olanların başarı oranı daha düşüktü ancak istatistiksel olarak anlamlılık yoktu. Yapılan bir çalışmada alkol bağımlılığı olan hastaların sigara bırakma başarısının daha düşük olduğu ve alkol bağımlılığı olanların relaps riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (141).

Katılımcıların ailesinde hastalık olmasının sigara bırakma başarısı üzerine etkisini incelediğimizde, ailesinde kanser öyküsü olanlarda başarı oranını daha yüksek saptadık ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ailesinde astım/KOAH öyküsü olanlarda olmayanlara göre başarı oranı daha düşüktü ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Çalışmamıza katılan hastaların 44'ü (%44,9) verilen tedaviyi kullanmadığını ve bunların büyük çoğunluğu da ekonomik nedenlerden dolayı ilaçlarını alamadığını ifade etti.

Benzer şekilde Fidan ve arkadaşları (24) farmakolojik tedavi önerilen 135 hastanın %35,6'sının, Şahbaz ve arkadaşları (122) da farmakolojik tedavi önerilen 212 hastanın %28,3'ünün önerilen farmakolojik tedaviyi kullanmadığını bulmuştur. Hastaların ilaçları alma oranları oldukça düşüktür. Sigara bırakma ilaçlarının ücretsiz verilmesi ekonomik durumu yetersiz olan hastaların ilaca erişimini arttıracaktır. Ancak bazı hastalar ilaçları satın almak yerine sigara almayı tercih ediyor olabilirler. Burada hekimlere düşen görev hastaların bu konudaki davranışlarını değiştirmek ve hastaları ilaç satın almaya ikna etmektir. Hastalara daha fazla zaman ayırarak ve motivasyonel görüşme tekniklerini kullanarak bu hedefe ulaşılabilir.

Reçete edilen ilacı alan ve en azından bir süre kullanan hastalarımızda verilen tedavi yöntemlerinin başarı oranlarını değerlendirdiğimizde vareniklin %66,7 başarı oranı ile ilk sırada ve bupropion %50 başarı oranları ile ikinci sıradaydı. Yalnız davranış tedavisi (DT) %30,8, NRT + bupropion %29,4, NRT %28,1, NRT + vareniklin %14,3 oranında başarılıydı. Kombinasyon tedavilerindeki başarı oranımız daha düşüktü. Vareniklin ve bupropion verilenlerdeki başarı oranı diğer tedavi seçeneklerine göre oldukça yüksekti ancak başarıya etki açısından aradaki fark anlamlı değildi. Mutlu ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada uygulanan tedavi yöntemini sigara bırakma başarısı üzerine etkili faktörlerden biri olarak tanımlanmış ve en etkili yöntemin bizim çalışmamızda bulduğumuz gibi vareniklin kullanımı, ikinci etkili yöntemin bupropion kullanımı olduğunu bulmuşlardır (31). Berkeşoğlu ve arkadaşları 6 aylık sigara bırakma başarısını vareniklin tedavisiyle %30,7, bupropion tedavisiyle %22,6, NRT ile %10, sadece DT ile %5,7 bulmuştur (117). Bizim başarı oranımızın Berkeşoğlu ile kıyasladığımızda iki kattan daha fazla olması sevindiricidir. Şahbaz ve arkadaşları 6 ay sonunda verilen tedavi yönteminin başarı oranlarını bupropion için %48,6, bupropion ve NRT için %44,4, NRT için %35,9, DT için %17,6 saptamıştır (122). Fidan ve arkadaşları bir yıllık izlem sonunda kombinasyon tedavisi alanlarda sadece NRT alan gruba göre sigara bırakma oranını anlamlı olarak daha fazla bulmuştur (24). Farklı olarak çalışmamızda kombinasyon tedavisi verdiğimiz hastalarda başarı oranımız daha düşüktü. Bu sonucun kombine ilaç tedavisi verdiğimiz hastaların nikotin bağımlılığının yüksek olması ve verilen tedaviye uyumlarının yetersiz olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Farmakolojik tedavi vermediğimiz hastaların sigara bırakma başarısının kombine ilaç tedavisi verilenlerden daha yüksek olmasını bu hastaların nikotin bağımlılığının düşük olup daha kolay sigara bırakmasını beklediğimiz kişiler olmasına bağlamaktayız.

Altı aylık süre sonunda sigarayı bırakan hastaların ortanca ilaç kullanım süresinin anlamlı olarak daha uzun olduğunu bulduk ve ilaç kullanım süresini sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerden biri olarak saptadık ($p=0,014$). Benzer şekilde Kanatsız ve arkadaşları sigara bırakma tedavisinin en az 3 ay kullanılmasının sigara bırakma başarısını arttırdığını göstermiştir (130). Argüder ve arkadaşları da tedavi süresinin uzatılmasının sigara bırakma başarısını arttırdığını saptamıştır (120). Şahbaz ve arkadaşları verilen tedaviyi en az 4 hafta kullanmanın sigara bırakma başarısını arttırdığını tespit etmiştir (122). Berkeşoğlu ve arkadaşları sigara bırakma ilacının daha uzun süreli kullanılmasını ve tedavinin 3 aya tamamlanmasını 6 aylık sigara bırakma başarı oranını arttıran faktörler olarak tanımlamıştır (117). Hastaları diğer tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi verilen tedaviyi önerilen süre boyunca düzenli olarak kullanmanın sigara bırakmadaki önemi konusunda daha iyi bir şekilde bilgilendirerek ve daha sık takip ederek hastaların tedaviye uyumunun arttırılmasının sigara bırakma başarısını arttıracığını düşünüyoruz.

Farmakoterapi verilen hastaların %83'ünde herhangi bir yan etki görülmemişken yan etki yaşayan 10 kişi en sık sırasıyla %40 ile uyku ile ilgili şikayetler, %30 ile ürtikeryal şikayetler, %20 ile baş ağrısı bildirmiştir. Garrison ve arkadaşları yaptıkları çalışmada da her üç ilacın en sık görülen yan etkilerini bulantı, uykusuzluk ve baş ağrısı olarak bildirmiştir (142). Gonzales ve arkadaşları Amerika'da yaptıkları çalışmada vareniklinin en sık görülen yan etkisini bulantı, bupropionun en sık yan etkisini uykusuzluk olarak bildirmiştir (143).

6 aylık süre sonunda sigarayı bırakamayan kişilerden %43'ü bir gün bile sigarasız kalamamışken, %38,7'si de ilk 1 ay içinde sigaraya tekrar başlamıştır. Hastalarımızın neredeyse yarısının bir gün bile sigarasız kalamadığını düşünürsek sigara bırakma sürecinde özellikle ilk günlerin ve ilk 1 ayın önemli olduğunu, yapılacak yakın takiplerle hastaların motivasyonunun arttırılmasının gerektiğini düşünmekteyiz.

Sigaraya tekrar başlama nedeni olarak sırasıyla stres, ailesel problemler, üzücü bir olay yaşamak, motivasyon eksikliği, alışkanlık, aşırı sigara içme isteği belirtilmişti. Şahbaz ve arkadaşlarının çalışmasında yeniden sigara içmeye başlanmasında en önemli neden %68,2 oranıyla stres olarak saptanmıştır (122). Fidan ve arkadaşları sigarayı bırakamayanlarda tekrar sigaraya başlama nedenini sırasıyla en sık aşırı sigara içme isteği, stres ve sinirlilik olarak bulmuştur (24). Bu bulgular eşliğinde hastaları psikolojik olarak desteklemek gerektiği açıktır. Özellikle sigaraya tekrar başlayan hastaları değerlendirirken psikiyatri ile iş birliği

yapılmasının olası nüksleri azaltabileceğini ve sigara bırakma başarısını arttırabileceğini düşünmekteyiz.

Sigara bırakamayanların %95,8'i tekrar sigara bırakmayı düşünmektedir. Bu kişiler bizim hedef kitlemizin içinde yer almakta olup yapılacak telefon görüşmeleriyle ve polikliniğe davet sonrasında yapılacak yüz yüze görüşmelerle hastaların sigara bırakma motivasyon evrelerini yükselterek tekrar sigara bırakma sürecine girmelerine yardımcı olmamız gerekmektedir.

Sigarayı bırakabilen hastalar sigara bırakma sürecinde motivasyonu arttıran faktörleri en sık %22,7 ile aile desteği, %18,1 ile hastalığının olması ve %18,1 ile sigara bırakma polikliniğinin desteği olarak belirtmişlerdir. Aile desteği ile hekim ve hastanın iş birliği sigara bırakma başarısını arttıran bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sigarayı bırakabilen hastalarımız sağlıklarında meydana gelen değişimleri sırasıyla en sık daha rahat nefes alıp verme, kilo alımı, uyku hijyeninde düzelme ve efor kapasitesinde artma olarak bildirmiştir. Zehra ve arkadaşları çalışmalarında sigara bırakma sonrası kilo artışını sigara bırakanlarda anlamlı bulmuştur (127). Sigara bırakanların kilo alma dışında sağlık açısından tümüyle olumlu değişim bildirdiklerini görmekteyiz. Burada kilo almayla ilişkili olarak beslenme danışmanlığı yaparak hastalarımıza destek olmamız kilo alma nedeniyle sigaraya yeniden başlama riskini azaltabilir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı çalışmamızın yapıldığı dönemde CO ölçüm cihazımızın olmaması nedeniyle hastalarımızın sigara bırakma durumunu somut olarak hastanın CO düzeyine göre değil kendi beyanlarına dayalı olarak tespit etmiş olmamızdır.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

• Sigara bırakma polikliniğimizin 6 aylık başarı oranını %23,8 olarak bulduk. Çalışmanın yapıldığı dönemde polikliniğimizin TÜBATİS'e (Tütün Bağımlılığı Tedavi İzlem Sistemi) kayıtlı olmaması nedeniyle hastalarımızın ilaçlarını ücretsiz temin edememesi ve yaklaşık yarısının önerilen ilacı alamaması sigara bırakma başarımızın düşük kalmasına neden olmuş olabilir. Sigara bırakma ilaçlarının sağlık geri ödeme sistemine alınmasının başarı oranlarını arttırabileceği düşüncesindeyiz.

• Önerilen ilaçları alan hastalarımızın ise ancak %10 kadarı tedavisini 3 ay boyunca sürdürmüş ve yarıya yakını da bir ay dolmadan ilaçlarını bırakmıştır. Hastalarımızın ilaç uyumu oldukça düşüktür. Ancak çalışmamızda ilaç kullanma süresini sigara bırakma başarısı üzerine etkili faktörden biri olarak saptadığımız ve ilaç kullanım süresi daha uzun olanlarda başarı oranını daha yüksek bulduğumuz için ilaca devamlılığın sürdürülmesi ve ilacın etkin süre kullanılmasının sağlanması için ilk 3 ay izlemlerin düzenli yapılması ve ilaç uyumu konusunda hastalara danışmanlık verilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

• Sosyodemografik değişkenlerden sadece gelir düzeyinin sigara bırakma başarısını etkilediğini gördük. Gelir düzeyi yüksek olanlarda bırakma başarısı daha yüksekti. Bu durumun ilaçların ücretsiz verilememesi ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz.

• Sigara başlama yaş ortalamasının 16,50 yıl olması ilköğretim çağlarında sigara ile mücadele stratejilerinin uygulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ergenli ailelere özellikle sigara içme gibi riskli davranışlara yönelik danışmanlık verilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

• Sigara kullanımı ile ilgili özelliklerden sadece nikotin bağımlılık düzeyinin bırakma başarısını etkilediğini bulduk. Bağımlılığı yüksek olanların bırakma başarısı düşüktü. Bağımlılık düzeyi yüksek hastalarımızda izlemde daha dikkatli olmamız ve hastaları desteklememiz başarıyı arttıracaktır.

• Astım/KOAH'lı hastaların da bağımlılık düzeylerinin yüksek olması ve sigara içme sürelerinin uzun olması nedeniyle sigara bırakmada zorlandıklarını düşünmekteyiz. Bu hasta grubunun sigara bırakma konusunda daha dirençli olduğunu göz önünde bulundurmalıyız.

- Hastaların tıbbi özgeçmişlerinin bırakma başarısı ile ilgisine baktığımızda sadece kanser öyküsü olanlarda anlamlı olmamakla birlikte başarı oranı daha yüksekti.

- 6 aylık süre sonunda sigarayı bırakamayan hastalarımızın neredeyse yarısının bir gün bile sigarasız kalamadığını düşünürsek sigara bırakma sürecinde özellikle ilk günlerin ve ilk 1 ayın önemli olduğunu, yapılacak yakın takiplerle hastaların motivasyonunun artırılmasının gerektiğini düşünmekteyiz.

- Özellikle birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin hastalarını sigara içip içmeme yönünden değerlendirmeleri, içenleri bırakma konusunda, içmeyenleri ve bırakanları da bu durumlarını sürdürme konusunda teşvik etmeleri halk sağlığına önemli katkı sağlayacaktır.



7 ÖZET

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Başarısı

Giriş ve Amaç: Tütün kullanımı bilinen en önemli mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Dünyada 1,1 milyar dolayında kişi tütün ürünü kullanmaktadır ve tütün kullananların yarısının bu nedenle öleceği bilinmektedir. 2017 yılında gerçekleştirilen Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı çalışmasına göre tütün kullanım sıklığı erkeklerde %43,4; kadınlarda %19,7 ve genel toplumda %31,5 olarak bulunmuştur. Sigara içenler çoğunlukla profesyonel yardım almadan sigarayı bırakmaya çalışmakta ve çoğunlukla relapslarla karşılaşmaktadır. Profesyonel yardım alındığında bile sigara bırakma oranı düşük olabilmektedir ancak yardım alınmasının sigara bırakma başarısını arttırdığı bilinmektedir. Sigara bırakılmasında bilişsel ve davranışçı tedaviler ile farmakolojik tedaviler olmak üzere iki temel yaklaşım mevcuttur. Bırakma oranlarını etkileyen faktörlerin sadece kullanılan tedavi olmayıp, kişinin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin de sigara bırakma üzerine etkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamızın amacı Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastalarda altı aylık izlemde sigara bırakma başarısı ve ilişkili faktörlerin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne 1 Eylül 2017 – 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında sigarayı bırakmak için başvuran 149 hasta oluşturmaktadır. Çalışma için örneklem alınmamış olup belirtilen tarihler arasında sigara bırakmaya yönelik davranışsal eğitim ile kişiye uygun olan farmakolojik tedavi başlanan ve çalışma alınma kriterlerini karşılayan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiş olup çalışma 126 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Altı ay sonunda sigara içmeme durumu sigara bırakma başarısı olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcılara ait sosyodemografik ve sigara öyküsü ile ilgili veriler sigara bırakma amacıyla başvuran hastalara rutin olarak uygulanan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği İzlem Protokolü verilerinin taranması ile toplanmıştır. Nikotin bağımlılığının değerlendirmesinde kullanılan Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) sonuçları da bu verilerden elde edilmiştir. Sigara Bırakma

Polikliniği'ne başvurusunun üzerinden altı ay geçen hastalara telefonla ulaşılmış ve yapılandırılmış soru formu ile bu dönem boyunca sigara kullanıp kullanmadıkları ve ilişkili faktörler sorgulanmıştır. Araştırma verileri SPSS 24.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri sayı, yüzde ve normal dağılıma uyan verilerde ortalama ve standart sapma kullanılarak gösterilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi, diklik ve çarpıklık katsayıları ve histogram ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde kategorik veriler için ki-kare testleri; bağımsız gruplarda iki grup ortalamalarının karşılaştırması için veriler normal dağılıma uyuyorsa t testi, uymuyorsa Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Tip I hata düzeyi %5 olarak belirlenmiş olup istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $41,10 \pm 13,71$ yıl, %64,3'ü erkek, %66,7'si evli, %54,8'i çalışan, %59,5'inin gelir düzeyi 1500-4500 TL arasında, %37,3'ünün eğitim düzeyi 12 yıl ve üzerindedir. Katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalaması $16,50 \pm 4,61$, günlük tüketilen sigara adet ortalaması $21,04 \pm 10,94$, paket yıl cinsinden sigara tüketimi $26,68 \pm 22,20$ idi. Grubun %95,2'si önceden sigarayı bırakmayı düşünmüş, %88,1'i önceden sigarayı bırakmayı denemiş ve bunların %86,5'i yardım almamıştı. Şu anki sigara bırakma nedeni olarak en sık %72,2 ile hastalığının olması/hastalık korkusu belirtilmişti. Katılımcıların %31,7'si çok yüksek bağımlılık düzeyindeydi. Farmakolojik tedavi olarak en çok %46,9 oranında tek başına NRT, %41,6'sına NRT ile bupropion veya vareniklin kombinasyonu önerilmişti. Altı aylık izlem sonunda polikliniğimizin sigara bırakma başarısı %23,8 saptandı. Altı aylık izlemde sigara bırakmada başarı oranları gelir düzeyi 1500'ün altında olanlarda %16,7, 1500-4500 arasında olanlarda %18,7, 4500 ve üzerinde olanlarda %52,4 saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,003$). Altı aylık izlem sonunda sigara bırakabilenlerin FNBT puan ortancası $5,00 \pm 2,52$, bırakamayanların FNBT puan ortancası $6,00 \pm 2,39$ olarak saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,022$). Kullanılan tedavi yönteminin başarısına baktığımızda sadece vareniklin kullananlarda başarı oranı %66,7 ile en yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlılık yoktu ($p=0,709$). Farmakoterapi önerilen hastaların %41,9'unun ilaçlarını almadığı, %37,1'inin 30 gün ve daha az süre ilaçlarını kullandığı, ancak %9,6'sının 61-90 gün süreyle ilaçlarını kullandığı saptandı. İlacını alan hastalardan altı aylık izlemde sigarayı bırakanların ilaç kullanma süresi ortancası $30,00 \pm 34,23$ gün, bırakamayanların ilaç kullanma süresi ortancası

ise $2\pm 27,26$ gün olarak saptanmış olup sigarayı bırakanlarda ilaç kullanma süresi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,014$). Sigarayı bırakamayanlarda en sık başarısızlık nedeni olarak %25,3 ile stres bildirildi. Sigarayı bırakanlarda motivasyonu arttıran faktörler en sık %22,7 oranıyla aile desteği olarak bildirildi. Hastaların %43,0'ı bir gün bile sigarasız kalamamışken %38,7'si 30 gün ve daha az süre sigarasız kalabilmişti.

Sonuç: Sigara bırakma polikliniğimizin 6 aylık başarı oranını %23,8 olarak bulduk. Çalışmanın yapıldığı dönemde polikliniğimizin TÜBATİS'e (Tütün Bağımlılığı Tedavi İzlem Sistemi) kayıtlı olmaması nedeniyle hastalarımızın ilaçlarını ücretsiz temin edememesi ve yaklaşık yarısının önerilen ilacı alamaması sigara bırakma başarımızın düşük kalmasına neden olmuş olabilir. Sigara bırakma ilaçlarının sağlık geri ödeme sistemine alınmasının başarı oranlarını arttırabileceği düşüncesindeyiz. Önerilen ilaçları alan hastalarımızın ise ancak %10 kadarı tedavisini 3 ay boyunca sürdürmüş ve yarıya yakını da bir ay dolmadan ilaçlarını bırakmıştır. Hastalarımızın ilaç uyumu oldukça düşüktür. Ancak çalışmamızda ilaç kullanma süresini sigara bırakma başarısı üzerine etkili faktörden biri olarak saptadığımız ve ilaç kullanım süresi daha uzun olanlarda başarı oranını daha yüksek bulduğumuz için ilaca devamlılığın sürdürülmesi ve ilacın etkin süre kullanılmasının sağlanması için ilk 3 ay izlemlerin düzenli yapılması gerektiğini ve ilaç uyumu konusunda hastalara danışmanlık verilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz. Sosyodemografik değişkenlerden sadece gelir düzeyinin sigara bırakma başarısını etkilediğini gördük. Gelir düzeyi yüksek olanlarda bırakma başarısı daha yüksekti. Bu durumun ilaçların ücretsiz verilememesi ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Sigara başlama yaş ortalamasının 16,50 yıl olması ilköğretim çağlarında sigara ile mücadele stratejilerinin uygulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ergenli ailelere özellikle sigara içme gibi riskli davranışlara yönelik danışmanlık verilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Sigara kullanımı ile ilgili özelliklerden sadece nikotin bağımlılık düzeyinin bırakma başarısını etkilediğini bulduk. Bağımlılığı yüksek olanların bırakma başarısı düşüktü. Bağımlılık düzeyi yüksek hastalarımızda izlemde daha dikkatli olmamız ve hastaları desteklememiz başarıyı arttıracaktır. 6 aylık süre sonunda sigarayı bırakamayan hastalarımızın neredeyse yarısının bir gün bile sigarasız kalamadığını düşünürsek sigara bırakma sürecinde özellikle ilk günlerin ve ilk 1 ayın önemli olduğunu, yapılacak yakın takiplerle hastaların motivasyonunun arttırılmasının gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: sigarayı bırakma, başarı, poliklinik



8 SUMMARY

Smoking Cessation Success in Patients Admitted to Family Medicine Smoking Cessation Outpatient Clinic of Aydın Adnan Menderes University Practice and Research Hospital

Introduction and Objective: Of the known causes of mortality and morbidity, tobacco use is one of the most important. About 1.1 billion people uses tobacco and tobacco related product and its known that a half of these users will die due to tobacco use. According to the Turkish Household Health Survey on the Prevalence of Noncommunicable Disease Risk Factors 2017 study, tobacco use prevalence was found as 43.4% among men, 19.7% among women and 31.5% in the general population. Most of cigarette smokers often encounter relapse when trying to quit smoking without professional help. Even though the rate of smoking cessation may be low with professional help, smoking cessation success rate is known to increase with this intervention.

There are two main treatment approaches in smoking cessation: cognitive and behavioural treatment and pharmacological treatment. The factors affecting the cessation rates are not only related to the used treatment, but also the sociodemographic and medical characteristics of the individual are effective on smoking cessation. The aim of this study was to determine the smoking cessation success and related factors in a follow up of 6 months in the patients who applied to the Family Medicine Smoking Cessation Outpatient Clinic of Aydın Adnan Menderes University Practice and Research Hospital.

Materials and Methods: The study population consisted of 149 patients who applied to the Family Medicine Smoking Cessation Outpatient Clinic of Aydın Adnan Menderes University Practice and Research Hospital between 1 September 2017 and 31 August 2018. No sample was taken for the study, the study was conducted with 126 people of which all of them received cognitive treatment and suitable pharmacological treatment were included in the study. At the end of six months, non-smoking status was evaluated as smoking cessation success.

The sociodemographic and smoking history of the participants were collected by screening the data of the Aydın Adnan Menderes University Practice and Research Hospital Family Medicine Smoking Cessation Outpatient Clinic Follow-up Protocol which was routinely applied to the patients who admitted for smoking cessation. Fagerstrom test for

nicotine dependence (FTND) results used in the assessment of nicotine dependence were also obtained from these data. Six months after the application to the smoking cessation outpatient clinic patients were contacted by telephone and asked questions according to structured questionnaire form whether they are still smoking or not during this period and the related factors. Data were analysed using SPSS 24.0 statistical program. The descriptive statistics of the study of were presented in numbers and percentages and for normally distributed variables mean and standard deviation were used. The suitability of the variables to normal distribution was evaluated by Shapiro-Wilk test, orthogonality and skewness coefficients and histogram. Chi-square tests for categorical data in statistical analysis, in order to compare the mean values of two groups in independent groups, the data were evaluated by t test if it fits normal distribution and Mann Whitney U test if it does not. Type I error level was determined as 5% and statistical significance level was $p < 0.05$.

Results: Mean age of patients in the study were 41.10 ± 13.71 years, 64.3% of them were men, 66.7% were married, 54.8% were in the working class, 59.5% of the patients had income level between 1500 TL and 4500 TL, 37.3% of patients had more than 12 years of education. The average age of starting smoking in the patients was recorded as 16.50 ± 4.61 . The average number of cigarettes smoked per day was 21.04 ± 10.94 , the number of cigarettes smoked in pack years was calculated as 26.68 ± 22.20 . Of the patients 95.2% had thought about quitting smoking, 88.1% of them tried to quit smoking previously while 86.5% of them did not receive professional help. The reason for smoking cessation was reported mostly as fear of disease or the presence of disease in 72.2% of the patients. Of the participants 31.7% had a very high level of addiction. Pharmacological treatment prescribed mostly were NRT alone at a rate of 46.9% and combination of bupropion or varenicline with NRT at rate of 41.6%. At the end of the 6th month follow-up, the smoking cessation success rate in our outpatient clinic was found to be 23.8%. Six-month follow-up success rates of smoking cessation were found to be 16.7% in those with income level below 1500, 18.7% in those between 1500-4500, and 52.4% in those with 4500 and above, and the difference was statistically significant ($p = 0.003$). At the end of the 6th month follow-up, the median FTND score of those who quit smoking was $5,00 \pm 2,52$ and the median FNBT score of those who could not quit was $6,00 \pm 2,39$ and the difference was statistically significant ($p = 0.022$). When we analyse the success of the treatment method, the success rate of varenicline users was highest with 66.7% but difference

was not statistically significant ($p = 0.709$). It was found that 41.9% of the patients who were offered pharmacotherapy did not take their medication, 37.1% used their medication for 30 days or less, however only 9.6% of them used their medication for 61-90 days. Median duration of drug use among the patients who stopped smoking during the six-month follow-up was $30,00 \pm 34,23$ days, median duration of drug use was found to be $2 \pm 27,26$ days who did not quit smoking and the duration of drug use was significantly higher in those who quit smoking ($p = 0.014$). Stress was reported to be the most common cause of failure to quit smoking in 25.3% of patients. The factors that increased motivation among the smokers were most frequently reported as family support in 22.7% of the patients. Of the patients 43.0% could not stay without smoking even one day whereas the ratio of the patients who could stay without smoking 30 days or less was 38.7%.

Conclusion: We found that the 6-month success rate of our smoking cessation outpatient clinic was 23.8%. The fact that our outpatient clinic was not registered with TUBATIS (Tobacco Addiction Treatment Monitoring System) during the period of study meant our patients could not provide the drugs free of charge and about half of the patients could not take the recommended medication. This may have caused our smoking cessation success to be low. We believe that the introduction of smoking cessation drugs into the health reimbursement system may increase the success rates. However, only about 10% of the patients taking the recommended medication continued their treatment for 3 months and almost half of them discontinued their medication before the end of one month. Drug compliance of our patients was quite low. However, in our study, we found that the duration of drug use was one of the factors affecting the success of smoking cessation and the success rate was higher in those with longer drug use, therefore the patient should be monitored regularly for the first 3 months to ensure continuity of drug use and effective use of the drug. Among sociodemographic variables, only income level affected smoking cessation success. The success rate of quitting was higher among those with high income levels. We think this is related to the fact that drugs could not be given free of charge. The average age of onset of smoking was 16.50 years, which indicates the necessity of the application of anti-smoking strategies in primary school age. We suppose that families having adolescents should be advised especially for risky behaviours such as smoking. Of the characteristics related to smoking, we found that only nicotine dependence level affects the success of cessation. The

success of cessation was low in those with high addiction. In our patients with high addiction levels, we should be more careful in the follow-up and support the patients to achieve higher success rates. Considering the fact that almost half of our patients who cannot quit smoking at the end of the 6th month period could not stay even a day without cigarettes, we think that the first days and the first month are especially important in the smoking cessation process and the motivation of these patients should be reinforced with close follow-up.

Key words: smoking cessation, achievement, outpatient clinic



9 KAYNAKLAR

1. WHO Tobacco Fact Sheet. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (erişim tarihi: 06.08.2019).
2. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012.
3. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
4. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Sigarayı Bırakıyoruz "Herkes Bırakıyor!". İstanbul; 2009.
5. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjmZmTmoLkAhXRMewKHeldCnMQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F112835%2F1%2F9789241506953_eng.pdf&usg=AOvVaw2yjchkaBrK3SZA3Qx0kXxY (erişim tarihi: 14.08.2019).
6. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2013.
7. WHO Framework Convention on Tobacco Control, Geneva, World Health Organization, 2003.
8. Resmi Gazete. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin Onaylanması Hakkında Karar. Karar Sayısı: 2004/8235.
9. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.
10. Örsel O. Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri (MPOWER 2015). Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):7-12.
11. World Health Organization. "MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic." (2008).

12. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara; 2014.
13. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
14. A Clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US public health service report. JAMA 2000;283:3244-3254.
15. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, Valliere WA, Cruser K, Pepper S, Shea P, Solomon LJ, Flynn BS. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol. 1992;11(5):331-334.
16. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. PublicHealth Service. May 2008.
17. Diemert LM, Bondy SJ, Brown KS, Manske S. Young adult smoking cessation: predictors of quit attempts and abstinence. American journal of public health 2013;103(3):449-453.
18. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews. 2013(5).
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin). Ankara; 2010.
20. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi. Ankara; 2013.
21. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu. Ankara; 2014.
22. Tutluoğlu B. Sigara Bırakma Yöntemleri. Eurasian J Pulmonol. 2003;5(4):230-236.
23. Anzack JD, Nogler RA. Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies. Clin Med Res. 2003;1(3):201-216.
24. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. Kocatepe Tıp Dergisi. 2005;6(3):27-34.

25. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadağ M, et al. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci*, 2000; 9:63-69.
26. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara Bırakma Polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Toraks Dergisi* 2005;6(2):151-158.
27. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Toraks Dergisi*, 2003;4:73-77.
28. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52(1):63-68.
29. Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52(1):69-74.
30. Örsel O, Örsel S, Alpar S ve ark. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: doğal izlem çalışması. *Tüberküloz ve Toraks*, 2005;53:354-361.
31. Mutlu P, Yıldırım BB, Açıkmeşe B. İkinci Basamak Kamu Hastanesinde Hizmet Veren Sigara Bırakma Polikliniğinde Alınan Sonuçlar. *İstanbul Med J* 2015;16:145-148.
32. Otan H, Apti R. Tütün. 1 inci baskı. İzmir: ETAEM yayını, 1989: 9.
33. Çiçek N. Tütünde rezidü sorunları. *Tekel Dergisi*. 1998;2:44-47.
34. Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu Yayınları, 1979:2-5.
35. Çakıt MO, Arslan İ. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2016;7(5):1-4.
36. History of Tobacco. <https://tobaccofreelife.org/tobacco/tobacco-history/> (erişim tarihi:06.08.2019).
37. Barış Yİ. Tütün Kullanımının Tarihi. www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARiHcESi-I_Baris.pdf (erişim tarihi: 06.08.2019).

38. Gately I. Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization: Open Road+ Grove/Atlantic; 2007.
39. The History of Tobacco. www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf (erişim tarihi: 06.08.2019).
40. Hanafin J, Clancy L. History of tobacco production and use. The Tobacco Epidemic. 42: Karger Publishers; 2015. p. 1-18.
41. Benedict C. Golden-Silk smoke: A history of tobacco in China, 1550–2010: Univ of California Press; 2011.
42. Yach D, editor Tobacco in Africa. World health forum 1996;17(1):29-36.
43. Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını, 1978;9-18.
44. Türkiye'de Tütünün Tarihçesi. http://www.tutuneksper.org.tr/files/turkiye-ve-dunyada-tutun/Dunyada_Tutun.pdf (erişim tarihi: 06.08.2019).
45. Öztürk S. Osmanlı İmparatorluğu'nda kamusal alanın dinamikleri. Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi. 2005;21:95-124.
46. Doğruel F, Doğruel A.S. Osmanlıdan günümüze TEKEL. 1 inci baskı. İstanbul: Tekel yayınları, 2000: 218.
47. Tütün İdarei Muvakkatesi Ve Sigara Kağıdı İnhisarı Kanunu Hakkındaki 26/2/1341 Tarih Ve 558 Numaralı Kanuna Müzeyyel Kanun.
48. Ökçün A.G. Türkiye iktisat kongresi 1923-İzmir. 4 üncü baskı. Ankara: Sermaye Piyasası Kurulu, 1997: 326.
49. Koç Y. Atatürk'ün millileştirmeleri ve devletleştirmeleri, günümüzün özelleştirmeleri. 1 inci baskı. Ankara: TÜRK-İŞ yayınları, 2000: 21.
50. Şuben M. Tütün Fabrikasyonu. 1.baskı. İstanbul: TEYO yayını, 1989:9-33.
51. Atam Taşdemir Z. Tütün Ürünleri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):27-31.
52. Amtha R, Razak IA, Basuki B, Roeslan BO, Gautama W, Puwanto DJ, et al. Tobacco (kretek) smoking, betel quid chewing and risk of oral cancer in a selected Jakarta population. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(20):8673-8678.
53. Örsel O. Türk Toraks Derneği 10.Yıllık Kongresi, Sigara Bırakma Tedavisi Kursu, Tütün, Sigara Çeşitleri ve İçerikleri Sunumu, 25 Nisan 2007, Antalya.

54. Kozlowski LT, Pillitteri JL. Beliefs about “Light” and “Ultra Light” cigarettes and efforts to change those beliefs: an overview of early efforts and published research. *Tobacco Control*. 2001;10(suppl 1):i12-i6.
55. Kabbani N. Not so Cool? Menthol’s discovered actions on the nicotinic receptor and its implications for nicotine addiction. *Frontiers in pharmacology*. 2013;4:95.
56. Yılmaz A. Türkiye’deki tömbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi (Tez): Ankara: TAPDK; 2006.
57. Puro ve Sigarillo İthalatı, Fiyatının Belirlenmesi ve Yurt İçinde Pazarlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Karar. Resmi Gazete. Tarih 16/04/2008: Sayı: 26849.
58. Reddy SS, Prashanth R, Devi BY, Chugh N, Kaur A, Thomas N. Prevalence of oral mucosal lesions among chewing tobacco users: A cross-sectional study. *Indian Journal of Dental Research*. 2015;26(5):537.
59. Lazarus P, Idris AM, Kim J, Calcagnotto A, Hoffmann D. p53 mutations in head and neck squamous cell carcinomas from Sudanese snuff (toombak) users. *Cancer detection and prevention*. 1996;20(4):270-278.
60. Murphy SE, Carmella SG, Idris AM, Hoffmann D. Uptake and metabolism of carcinogenic levels of tobacco-specific nitrosamines by Sudanese snuff dippers. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 1994;3(5):423-428.
61. Idris AM, Ibrahim SO, Vasstrand EN, Johannessen AC, Lillehaug J, Magnusson B, et al. The Swedish snus and the Sudanese toombak: are they different? *Oral oncology*. 1998;34(6):558-566.
62. Asma, S. The GATS Atlas: Global adult tobacco survey. 2015.
63. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
64. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

65. Başka T, Warren CW, Bařková M, Jones NR. Prevalence of youth cigarette smoking and selected social factors in 25 European countries: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *International Journal of Public Health*. 2009;54(6):439.
66. PIAR. Public Research on Smoking Habits and Campaign against Smoking in Turkey, Ministry of Health, 1988.
67. Küresel Yetişkin Ttn Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No 948, Ankara, 2014.
68. Küresel Yetişkin Ttn Araştırması Türkiye 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No 803, Ankara, 2010.
69. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. World Health Organization, 2015.
70. Uysal HB, Sönmez HM, Yaşar MB. Aydın'da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldıki değişimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(2):54-63.
71. Küresel Gençlik Tütün Araştırması Türkiye 2017. TC. Sağlık Bakanlığı.
72. Küresel Gençlik Tütün Araştırması Türkiye 2012. TC. Sağlık Bakanlığı.
73. Küresel Gençlik Tütün Araştırması Türkiye 2009. TC. Sağlık Bakanlığı.
74. Subaşı N, Bilir N, İlhan E, Avluk A, Bavlı G, Biteker M, et al. Nargile içenlerin nargile içme konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. *Toraks Dergisi*. 2005;6(2):137-143.
75. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2017;389(10082):1885-1906.
76. World Health Organization: The World Health Report 2003.
77. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Ttn kontrolü. *Toraks dergisi*. 2006;7(1):51-64.
78. Burke GM, Genuardi M, Shappell H, D'Agostino Sr RB, Magnani JW. Temporal associations between smoking and cardiovascular disease, 1971 to 2006 (from the Framingham Heart Study). *The American journal of cardiology*. 2017;120(10):1787-1791.

79. Aune D, Schlesinger S, Norat T, Riboli E. Tobacco smoking and the risk of heart failure: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European journal of preventive cardiology*. 2019;26(3):279-288.
80. Health UDo, Services H. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease ...; 2014.
81. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins and Cotran pathologic basis of disease, professional edition e-book: Elsevier health sciences; 2014.
82. Grippi MA, Elias AJ, Fishman JA, Kotloff RM, Pack AI, Senior RM. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. 5 ed2015.
83. Jayes L, Haslam PL, Gratziou CG, Powell P, Britton J, Vardavas C, et al. SmokeHaz: systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health. *Chest*. 2016;150(1):164-179.
84. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. *Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2004,83:1–1438.
85. UK Department of Health. Fourth report of the independent scientific committee on smoking and health. HMSO, London, 1988.
86. US Surgeon General Repor. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress.US Department of Health & Human Services, DHHS Publication number (CDC), 1989, 89-8411.
87. Augood C, Duckitt K, Templeton A. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction (Oxford, England)*. 1998;13(6):1532-1539.
88. DiFranza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *The European Journal of General Practice*. 1995;1(3):117-.
89. Millett C, Wen L, Rissel C, Smith A, Richters J, Grulich A, et al. Smoking and erectile dysfunction: findings from a representative sample of Australian men. *Tobacco control*. 2006;15(2):136-139.

90. Law M, Hackshaw A. A meta-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: recognition of a major effect. *Bmj*. 1997;315(7112):841-846.
91. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Remington PL. Smoking and the risk of peptic ulcer disease among women in the United States. *Archives of internal medicine*. 1990;150(7):1437-1441.
92. Kurata JH, Nogawa AN. Meta-analysis of risk factors for peptic ulcer: nonsteroidal antiinflammatory drugs, *Helicobacter pylori*, and smoking. *Journal of clinical gastroenterology*. 1997;24(1):2-17.
93. Naldi L, Peli L, Parazzini F. Association of early-stage psoriasis with smoking and male alcohol consumption: evidence from an Italian case-control study. *Archives of dermatology*. 1999;135(12):1479-1484.
94. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J. Smoking, alcohol and life events related to psoriasis among women. *British Journal of Dermatology*. 1994;130(4):473-477.
95. Becquemin M, Bertholon J, Bentayeb M, Attoui M, Ledur D, Roy F, et al. Third-hand smoking: indoor measurements of concentration and sizes of cigarette smoke particles after resuspension. *Tobacco control*. 2010;19(4):347-348.
96. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Gürsoy ŞT. Çevresel tütün dumanının önlenmesinde etkili tek strateji:% 100 dumansız ortamlar. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2009(1):45-53.
97. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO, Geneva, 1992.
98. Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine. *Pharmacol Rep*. 2005;57(2):143-153.
99. Amerikan Psikiatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013:91-112.
100. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.

101. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, FAGERSTROM KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*. 1991;86(9):1119-1127.
102. Sağlam L. Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2017;4(1):78-89.
103. Resmi Gazete. 4207 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun. Karar Sayısı: 1996/22829.
104. Resmi Gazete. 5727 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun. Karar Sayısı: 2008/26761.
105. Türkiye'de Tütünle Mücadele Süreci. <http://havanikoru.saglik.gov.tr/surec> (Erişim tarihi: 13.08.2019).
106. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. *Turkiye Klinikleri Archives of Lung*. 2003;4(4):225-234.
107. Abakay A, Işık R. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Nikotin Replasman Tedavileri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):104-107.
108. Hezer H. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Bupropion. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):108-113.
109. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. 2014(1).
110. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J, et al. Varenicline: an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *Journal of medicinal chemistry*. 2005;48(10):3474-3477.
111. Uzaslan E. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Vareniklin. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):114-117.
112. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. 2016(5).
113. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Cmaj*. 2008;179(2):135-144.

114. Tobacco TCPGT. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. *American journal of preventive medicine*. 2008;35(2):158-176.
115. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*. 2004;52(2):115-121.
116. Balbay Ö, Annakkaya AN, Aytar G, Bilgin C. Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;3:10-14.
117. Berkeşoğlu Ç, Özgür ES, Demir AU. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2018;11(3):355-365.
118. Fai SC, Yen GK, Malik N. Quit rates at 6 months in a pharmacist-led smoking cessation service in Malaysia. *Can Pharm J*. 2016;149(5):303-312.
119. İzmir A, Akçay Ş ve ark. Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği 1 Yıllık İzlem Sonuçları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(2):65-70.
120. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. *Turk Toraks Derg* 2013;14-18.
121. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with succes. *Turk J Med Sci* 2012;42(3):515-522.
122. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. *Toraks Dergisi* 2007;8(2):110-114.
123. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 2004;99:770-777.
124. Janson C, Kunzli N, de Marco R et al. Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J* 2006;27:517-524.
125. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age At Smoking Onset And Its Effect On Smoking Cessation. *Addictive Behaviors* 1999;24(5):673-677.
126. Gaikwad R, Bhowate R, Bajad P, Gadbail AR, Gondivkar S, Sarode SC, Sarode GS, Patil S. Potential Predictor of Tobacco Cessation among Factory Workers: A Baseline Data

- of Worksite Tobacco Cessation Programs in the Central Part of India. *J Contemp Dent Pract.* 2017 Nov 1;18(11):1071-1077.
127. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler. *Eurasian J Pulmonol* 2014;16:99-104.
128. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001;10(2):165-169.
129. Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscinska E. Diagnosis of airway limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003;123(6):1916-1923.
130. Kanatsız B, Başlılar Ş, Şaylan B ve ark. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler ve Medikal Tedavilerin Değerlendirilmesi. *Euras J Fam. Med.* 2017;6(2):65-71.
131. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross C. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav* 1985;10:395-406.
132. Eroğlu SA. İstanbul'da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Istanbul Med J* 2013;14:170-174.
133. Fai SC, Yen GK, Malik N. Quit rates at 6 months in a pharmacist-led smoking cessation service in Malaysia. *Can Pharm J.*2016;149(5):303-312.
134. Önen ZP. ve ark. Farklı Tedavi Yöntemlerinin Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkileri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2010;58(4):385-392.
135. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults in United States, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007;56(44):1157-1161.
136. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdinç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006;54(1):43-50.
137. Önen ZP, Şen E, Gülbay BE, ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Astım Olgularında Uzun Dönem Sigara Bırakma Oranları ve İki Grup Arasındaki Farklılıklar. *Tur Toraks Derg* 2011;12:67-71.
138. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004;29:1067-1083.

139. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001;357:1929–1932.
140. Yargıç LI, Baykan H. Ağır psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve sigara bırakma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:77-83.
141. Raheison C, Marjary A, Valpromy B, et al. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med* 2005;99:1303-1310.
142. Garrison, GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clinical therapeutics* 2009;31(3):463-491.
143. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):47-55.

EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

ADÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Sigara Bırakma Polikliniği İzlem Protokolü

Dosya No:

İletişim bilgileri:

Görüşme tarihi:

Görüşmeyi yapan doktor:

Danışman öğretim üyesi:

Geliş nedeni: (1) sigarayı bırakma (2) diğer

1. Yaş:

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

3. Medeni durum:

(1) Evli (2) Bekar (3) Diğer (belirtiniz)

4. Mesleği

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

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

5. Gelir düzeyi (ailenin geliri)

(1) Aylık 1500 TL'nin altında (2) Aylık 1500 – 4500 TL arasında (3) Aylık 4500 TL'nin üzerinde

6. Eğitim düzeyi

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

7. Sağlık güvencesi var mı?

(1) Yok

(2) Var (SGK, Yeşil kart)

8. Oturduğu yer

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

9. Sigara içmeye başlama yaşı:

10. Sigara içmeye başlama nedeni:

(1) Sosyal etki (2) Kendini ispat (3) Merak (4) Özentisi (5) Stres (6) Diğer

11. Güncel sigara içme durumu (adet/gün):
12. Sigara içme süresi (paket/yıl):
13. Ailede sigara içen:
- (1) Yok (2) Var
14. Daha önce bırakma denemeleri:
- (1) Yok (2) Var (kaç kere, en yakın deneme tarihi, yardım almış mı)
- (3) Bırakma düşüncesi
15. Olumsuz bırakma deneyimleri ve engeller:
- (1) Güçlük (2) Sinirlilik (3) Konsantrasyon eksikliği (4) Aşırı sigara isteği
- (5) Ağız yarası (6) Baş ağrısı (7) İştah artışı (8) Kabızlık
- (9) Uyku bozukluğu (10) Evde sigara içen (11) İşyerinde sigara içen
- (12) Kilo alımı (13) Diğer
16. Sigara içme isteğini arttıran faktörler:
- (1) Çay-kahve (2) Yemek (3) Stres (4) Anksiyete (5) Depresyon (6) Diğer
17. Sigarayı bırakma talebi:
- (1) Kendi isteği (2) Aile yönlendirmesi (3) Sevkle
18. Sigarayı bırakma nedeni:
- (1) Kendi isteği (2) Doktor önerisi (3) Hastalık korkusu (4) Hastalık
- (5) Çevre baskısı (6) İyi örnek (7) Ekonomi (8) Diğer
19. Evreleme: (1) Düşünmeme (2) Düşünme (3) Hazırlanma (4) Deneme (5) Sürdürme
20. Eylem: (1) Danışmanlık (basit tavsiye – yardım teklifi)
- (2) Destek – a) bırakma desteği b) evre atlama, motivasyon
21. Alkol kullanımı:
- (1) Yok (2) Var (a.< 30 gr/gün b.> 30gr/gün)
22. Madde kullanımı:
- (1) Yok (2) Var
23. Kronik hastalık varlığı:
- (1) Yok (2) Var (HT, KOAH, Astım, DM, kanser, KVH, Diğer.....)
24. Sürekli ilaç kullanımı:
- (1) Yok (2) Var (.....)
25. Aile öyküsü: KOAH kanser (.....)
26. Destek tedavisi

- (1) Davranışçı yaklaşım (2) NRT (3) Bupropion (4) Vareniklin
(5) Kombine tedavi (.....)

LABORATUVAR

SFT: FEV₁:

FEV₁/FVC:

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

PAAC grafisi:

İZLEM

Bırakma günü (telefonla):

1. hafta (telefonla)

1. ay (yüz-yüze görüşme)

3. ay:

6. ay:

İlaç yan etkisi:

SONUÇ

1. Başarılı (6 ay sigarasızlık)

2. Başarısız (6 ay içinde yeniden başlama)

Sorunlar:

3. Nüks (6 aydan sonra yeniden başlama)

Sorunlar:

Ek 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

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

Sorulara verilen yanıtlara göre:

- 0-2 çok hafif bağımlılık
- 3-4 hafif bağımlılık
- 5 orta derecede bağımlılık
- 6-7 ileri derecede bağımlılık
- 8-10 çok ileri derecede bağımlılık olarak değerlendiriliyor.

Ek 3. Yapılandırılmış Soru Formu (6. ayda yapılan telefon görüşmesinde kullanılmıştır)
Sayın katılımcı;

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Ahmet Şengün'ün tez çalışmasıdır. Tütün kullanımı, dünyada önlenabilir ölüm ve hastalık nedenlerinin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre dünyada 1,3 milyon kişi sigara içmekte ve her yıl yaklaşık 5 milyon kişi sigaraya bağlı hayatını kaybetmektedir. 2030 yılında tütüne bağlı ölümlerin %80'inin gelişmekte olan toplumlarda olacağı öngörülmektedir. Bu bağlamda sigaranın bırakılması büyük önem arz etmektedir. Bu çalışmanın amacı Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma polikliniğine 1 Eylül 2017 – 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında sigarayı bırakmak için başvuran ve sigara bırakmaya yönelik davranışsal eğitim ile kişiye uygun olan farmakolojik tedavi başlanan hastalarda altı aylık izlemde sigara bırakma başarısı ve ilişkili faktörlerin saptanmasıdır. Araştırmamıza katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Çalışmamıza isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Dr. Ahmet Şengün uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz. Tel: 0535 825 12 72 e-posta: dobrovece@hotmail.com. Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

1.Şu an sigara içiyor musunuz?

a) Evet

-Sigara içmediğiniz dönem oldu mu? 6 ay sürdü mü?

-Sizce sigaraya tekrar başlama nedeniniz ne olabilir?

-Verilen ilaçları ne kadar süre kullandınız? 2 aydan daha kısa süre kullandıysanız bunun sebebi sizce ne olabilir? Herhangi bir yan etki ortaya çıktı mı?

-Sigara bırakma tedavisinin faydası olduğuna inanıyor musunuz?

-Sigarayı tekrar bırakmayı düşünüyor musunuz?

-Sigara içmenin sizi olumsuz etkilediğini düşündüğünüz yönleri nelerdir?

b) Hayır

-Ne kadar süredir sigara içmiyorsunuz? 6 ay sürdü mü?

-Sizce sigara bırakmanızda sizi en çok motive eden faktörler neler?

-Verilen ilaçları ne kadar süre kullandınız? Herhangi bir yan etki ortaya çıktı mı?

-Sigara bırakma tedavisinin faydası olduğuna inanıyor musunuz?

-Sigarayı bıraktıktan sonra vücudunuzda oluşan olumlu ya da olumsuz değişimler nelerdir (oral aft, kilo alımı, uyku hijyeni, efor kapasitesi vb.)

Ek 4: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 08/03/2019-E.15768



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



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Ayfer GEMALMAZ
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.03.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanıza ilgili alınan 14 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR: 14

Protokol No : 2019/42
Sorumlu Yürütücü Prof.Dr. Ayfer GEMALMAZ
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Ayfer GEMALMAZ'ın "Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma başarısı" başlıklı klinik araştırmasının 21.02.2019 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 27.02.2019 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Sonuçta, klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/KR49Y4U>

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs Tıp Fakültesi Merkez Kampüs Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
<http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/>

Bilgi İçin: Necla Yıldız

Unvan: Memur