



**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

---

**SİGARA BIRAKMADA VARENİKLİN KULLANAN  
HASTALARIN ANKSİYETE-DEPRESYON DURUMUNUN  
VE NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN TEDAVİ  
SONUÇLARINA ETKİSİ**

---

Dr. Neslişah GÜREL KÖKSAL

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL  
Aralık, 2018

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

---

**SİGARA BIRAKMADA VARENİKLİN KULLANAN  
HASTALARIN ANKSİYETE-DEPRESYON DURUMUNUN  
VE NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN TEDAVİ  
SONUÇLARINA ETKİSİ**

---

Dr. Neslişah GÜREL KÖKSAL  
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Zuhâl Aydan SAĞLAM

İSTANBUL  
Aralık, 2018

# ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Neslişah Gürel Köksal'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "SİGARA BIRAKMADA VARENİKLİN KULLANAN HASTALARIN ANKSİYETE-DEPRESYON DURUMUNUN VE NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN TEDAVİ SONUÇLARINA ETKİSİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

UNVAN, AD VE SOYAD  
KURUMU

**JÜRİ ÜYELERİ**

**İMZA**

**Tez Danışmanı:** Doç. Dr. Zuhâl Aydan SAĞLAM

**Üyeler:**

.....

.....

.....

.....

.....

Tez Savunma Tarihi:

## Yazar Bildirimi

“SİGARA BIRAKMADA VARENİKLİN KULLANAN HASTALARIN ANKSİYETE-DEPRESYON DURUMUNUN VE NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN TEDAVİ SONUÇLARINA ETKİSİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Neslişah GÜREL KÖKSAL;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Aralık, 2018

İmza:

---

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Herhangi bir firma desteği veya sponsorluğu ile kongreye katılmadım.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanlar; Doç. Dr. Zuhâl Aydan Sağlam
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar atışması yoktur.

*Dr. Neslişah GÜREL KÖKSAL*

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki eğitim sürecimde ve rotasyonlarda birlikte çalışma şansı bulduğum, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım kıymetli hocalarıma, değerli uzman doktorlara ve sevgili asistan arkadaşlarıma;

Asistanlık sürecimde hem mesleki deneyimleriyle hem de insani olarak ilgisini ve desteğini hissettiren Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu'ya;

Tez çalışmamın hazırlanma sürecinde bilgilerini, tecrübelerini ve değerli zamanını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Zuhâl Aydan Sağlam'a;

Mesleki hayatımda bana kattığı değerli bilgilerden faydalanacağım ve tecrübeleriyle her zaman yol gösterici olan İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Mehmet Sargın'a;

Hayatımın her döneminde koşulsuz ve şartsız sevgiyle hep yanımda olan anneme, babama ve kardeşime;

Uzmanlık eğitimi dönemimin en kıymetli kazanımı olan, tez hazırladığım dönemde de desteğini ve teşvikini her an hissettiğim en iyi arkadaşım, eşim Uzm. Dr. Mustafa Köksal'a

Teşekkür ederim.

*Dr. Neslişah GÜREL KÖKSAL*  
*neslisahgurel@hotmail.com*

## Özet

### **SİĞARA BIRAKMADA VARENİKLİN KULLANAN HASTALARIN ANKSİYETE-DEPRESYON DURUMUNUN VE NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN TEDAVİ SONUÇLARINA ETKİSİ**

**AMAÇ.** Bu çalışmanın amacı sigara bırakma polikliniğimize başvuran sigara bırakmak için vareniklin tedavisi verilen hastaların bırakma başarılarını, sosyokültürel özelliklerini, sigara içmede etkili faktörlerini, bağımlılık düzeyinin anksiyete-depresyon ile ilişkisini ve tedavi üzerine etkilerini değerlendirmektir.

**YÖNTEM.** Çalışmamıza İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'ne, Ocak 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran 970 hasta arasından sigara bırakma amaçlı vareniklin tedavisi başlanan, verilen tedaviyi en az 1 ay almış ve dosyaları eksiksiz olan 327 hasta kaydedildi. Telefonla ulaşılabilen ve çalışmayı kabul eden 209 hasta çalışmaya dahil edildi. Dosyalarında kayıtlı olan sosyo-demografik verileri ve sigara kullanım alışkanlıkları, FNBT sonuçları ve HAD ölçeklerinin sonuçları kaydedilmiştir. Daha sonrasında hastalara telefon yolu ile ulaşılarak sigara kullanım durumu, bırakma döneminde yaşadıkları sorunlar sorgulanmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri, duygu durum ölçek skorları, bağımlılık düzeyleri ile bırakma başarıları arasındaki ilişki incelenmiştir.

**BULGULAR.** Çalışmaya alınan 209 kişinin yaş ortalaması  $41,34 \pm 10,93$  yıl olup %56,9'u erkektir. Bu kişilerin %60,8'i (n=127) sigarayı bırakmış, sigara kullanan hastaların %84,1'i nüks olmuş, %15,9'u (n=13) hiç bırakmamıştır. Sigaraya başlama yaşları  $17,35 \pm 5,36$  yıl, günlük içilen sigara miktarı  $25,67 \pm 10,30$  dir, %43,5'ünde komorbiditeye neden olacak kronik hastalık bulunmaktadır. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testine (FNBT) göre bağımlılık skoru  $6,88 \pm 1,98$ 'tür. Sigarayı bırakan grupta FNBT düzeyi anlamlı düşük bulunmuştur. HAD anksiyete ve depresyon skorlarının tedavi başarısı üzerinde etkili olduğu görülmüş, nikotin bağımlılığı ile anksiyete-depresyon skorları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

Tedavide vareniklin yanında nrt kullananların oranı %15,8'dir. Sigara bırakma ile yaş, cinsiyet, sigara başlama yaşı, evde başka içen olması, kronik hastalık varlığı, tedavi şekilleri ile arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ). Nüks olan grupta aktif çalışan oranı, sigarayı bırakan ve bırakmayan gruplardaki çalışan oranlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,045$ ;  $p<0,05$ ).

**SONUÇ.** Çalışmamızda Fagerström bağımlılık skoru daha az olan hastaların daha yüksek olanlara göre sigarayı daha kolay bıraktığı görüldü. Bu da fiziksel bağımlılığın rolünün bağımlılıkla mücadelede önemini bir kez daha göstermiştir. Yine anksiyete ve depresyon skorları daha az olan danışanların daha yüksek olanlara göre sigarayı daha kolay bıraktığını gözlemledik. Sigara bırakma tedavisi üzerindeki tüm faktörlerin belirlenmesi açısından sigara bırakma polikliniklerinde daha kapsamlı ve çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Vareniklin, Sigara bırakma, Fagerström



## *Abstract*

### **THE EFFECT OF ANXIETY-DEPRESSION CONDITION AND NICOTINE ADDICTION LEVEL ON TREATMENT RESULTS IN PATIENTS USING VARENICLINE FOR SMOKING CESSATION**

**OBJECTIVE.** The aim of this study is to evaluate the smoking cessation success of the patients who referred to our polyclinic for smoking cessation and were provided varenicline treatment, their sociocultural characteristics, factors effecting smoking, the connection between the dependence level and anxiety-depression and the effects on treatment.

**METHODS.** Files of 327 varenicline users among 970 individuals referring to İstanbul Medeniyet University Göztepe Training and Research Faculty Primary Care Department Smoking Cessation Polyclinic between January 2017 and January 2018 were examined in our study. 209 of these patients who could be contacted and accepted to participate in the study were included in the study. Socio-demographical data registered in their files and their smoking habits, FTND results and HAD scale results were registered. Then the patients were contacted by phone and their smoking condition and the problems they faced during cessation were questioned. The relation between the sociodemographical characteristics of the patients, their mood scale scores, cessation levels and cessation success was examined.

**RESULTS.** Average age of 209 participants was  $41.34 \pm 10.93$  years and 56.9 % were male. 60,8% (n=127) of these participants quitted smoking, recurrence occurred in 84,1% of these patients who quitted smoking and 15,9% (n=13) never managed to quit. Their smoking starting rate was  $17.35 \pm 5.36$  years, number of cigarettes smoked daily was  $25.67 \pm 10.30$  and 43,5 % had a chronic disease to cause comorbidity. Dependence score was  $6,88 \pm 1,98$  according to Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). FTND level was found significantly low in the group which managed to quit smoking. It was observed that HAD anxiety and depression scores were effective on treatment success and a positive correlation was found between nicotine dependence and anxiety-depressions scores.

The ratio of participants using nrt in addition to varenicline in treatment was 15.8%. No statistical difference was observed among smoking cessation and age, gender, active working, smoking starting age, lack of other smokers at home, presence of a chronic disease and treatment ways ( $p>0.05$ ).

**CONCLUSION.** In study, patients with less Fagerström dependency score were more likely to quit smoking than those with higher scores. This once again demonstrated the importance of the role of physical addiction in combating addiction. Again, we observed that clients with less anxiety and depression scores were more likely to smoke than those with higher scores. More comprehensive and multicentre prospective studies are needed in smoking cessation outpatient clinics to determine all factors on smoking cessation therapy.

**Keywords:** Varenicline, Smoking cessation, Fagerström

---

# İçindekiler

---

<b>Şekil Listesi</b>	<b>x</b>
<b>Tablo Listesi</b>	<b>xi</b>
<b>Kısaltmalar</b>	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
2.1 TÛTÛN NEDİR? .....	3
2.2 TÛTÛN ÜRÛNÛ NEDİR? .....	3
2.3 TÛRKİYE VE DÛNYADA TÛTÛNÛN TARİHÇESİ .....	3
2.4 TÛRKİYE'DE VE DÛNYA'DA TÛTÛN EPİDEMİYOLOJİSİ .....	5
2.5 SİGARANIN İÇERİĞİ .....	9
2.6 NİKOTİN FİZYOLOJİSİ VE FARMAKOLOJİSİ .....	10
2.7 NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE YOKSUNLUĞU .....	11
2.8 SİGARA KULLANIMININ SAĞLIĞA ETKİLERİ .....	15
2.9 TÛTÛN KONTROLÛ .....	19
2.10 SİGARA KULLANIMI VE RUH SAĞLIĞI .....	24
2.11 PASİF SİGARA MARUZİYETİ .....	26
2.12 SİGARA BIRAKTIRMA TEDAVİSİNE GENEL YAKLAŞIM .....	27
2.12.1 Farmakolojik Tedavi Seçenekleri .....	31
2.13 SİGARA BIRAKMA BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER .....	37
2.15 NÛKS OLGULARA YAKLAŞIM .....	39
2.16 SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNİN İŞLEYİŞİ .....	40
2.17 POLİKLİNİĞİMİZDE HASTA TAKİBİ .....	41
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>43</b>
3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI .....	43
3.2 ÇALIŞMA .....	43
3.3 TANIMLAR .....	44
3.4 İSTATİSTİK YÖNTEMLER .....	45
<b>4. BULGULAR</b>	<b>46</b>
<b>5. TARTIŞMA ve SONUÇ</b>	<b>67</b>
5.1 TARTIŞMA .....	67
5.2 SONUÇ .....	79
<b>Kaynaklar</b>	<b>81</b>
<b>Etik Kurul Onay Formu</b>	<b>96</b>

---

## Şekil Listesi

---

2.1:	Dünyada Sigara Kullanım Evreleri.....	7
2.2:	Akciğer Kanseri Nedeni ile Olan Hastane Yatışları, Türkiye, 1964-2004.....	15
2.3:	Bütün ölümlerin yüzdesi olarak akciğer kanseri ölümleri, Türkiye, 1999-2008.....	16
4.1:	Cinsiyet Dağılımları.....	47
4.2:	Medeni Durum Dağılımları.....	47
4.3:	Eğitim Düzeyi Dağılımları.....	48
4.4:	Aktif Çalışma Durumlarının Dağılımları.....	48
4.5:	Sigara Bırakma Denendiğinde Karşılaşılan Güçlüklerin Dağılımları.....	50
4.6:	Sigara Bırakma Nedenlerinin Dağılımları.....	52
4.7:	Sigara İçmeyi Tetikleyen Unsurların Dağılımları.....	53
4.8:	Ek Hastalıkların Dağılımları.....	54
4.9:	Sigara Bırakma Döneminde Gözlenen Sorunların Dağılımları.....	56
4.10:	Şu Anki Sigara İçme Durumlarının Dağılımları.....	58
4.11:	Gruplara Göre Anksiyete Skorlarının Dağılımları.....	61
4.12:	Gruplara Göre Depresyon Skorlarının Dağılımları.....	62
4.13:	Gruplara Göre Total Skorların Dağılımları.....	63
4.14:	Gruplara Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Skorların Dağılımları.....	64
4.15:	Fagerström Nikotin Bağımlılık Skorları ile Anksiyete, Depresyon ve Total Skorlar Arasındaki İlişki.....	65

---

## Tablo Listesi

---

2.1:	Fageström Nikotin Bağımlılık Testi .....	12
2.2:	Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan Birincil Farmakolojik Tedavi Seçenekleri .....	33
2.3:	Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan İlaçların Yan Etki ve Kontrendikasyonları .....	37
4.1:	Demografik Özelliklerin Dağılımları .....	46
4.2:	Sigara Öyküsü ve Alkol Kullanımına İlişkin Dağılımlar .....	49
4.3:	Sigara Bırakma Nedeni ve Bu Konu Hakkında Destek Alma Durumuna İlişkin Dağılımlar .....	51
4.4:	Sigara Tetikleyicilerinin ve Evde Sigara İçilme Durumunun Dağılımları .....	52
4.5:	Kronik Hastalıkların Dağılımları .....	53
4.6:	Ölçek Skorlarının Dağılımları .....	54
4.7:	Hasta İzlem Formuna İlişkin Dağılımlar .....	55
4.8:	Sigara Polikliniği Sonuç Değerlendirme Anketine İlişkin Dağılımlar .....	57
4.9:	Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi .....	59
4.10:	Gruplara Göre Anksiyete ve Depresyon Skorlarının Değerlendirilmesi .....	60
4.11:	Gruplara Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Skorlarının Değerlendirilmesi .....	63
4.12:	Ölçek Skorlarının İlişkisi .....	64

ABD .....	Amerika Birleşik Devletleri
ACTH .....	Adrenokortikotropik hormon
CO .....	Karbonmonoksit
ÇSD .....	Çevresel Sigara Dumanı
DSM-IV .....	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ .....	Dünya Sağlık Örgütü
EPA .....	Environmental Protection Agency
FDA .....	Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç İdaresi)
FNBT .....	Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi
HADS .....	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HDL .....	Serum Yüksek Dansiteli Lipoprotein
ICD .....	İnternational statistical classification of diseases
KAH .....	Koroner Arter Hastalığı
KGTA .....	Küresel Gençlik Tütün Araştırması
KOAH .....	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA .....	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
LDL .....	Serum Düşük Dansiteli Lipoprotein
M-POWER .....	Küresel Tütün Kontrolü İçin Politika Paketi
MSS .....	Merkezi Sinir Sistemi
NRT .....	Nikotin Replasman Tedavisi
SGK .....	Sosyal Güvenlik Kurumu
TAPDK .....	Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasa Düzenleme Kurulu
TBMM .....	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKÇS .....	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TÜİK .....	Türkiye İstatistik Kurumu
VLDL .....	Very Low Density Lipoprotein

### GİRİŞ ve AMAÇ

Sigara bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından nükslerle seyreden kronik bir hastalık olarak tanımlanır (1).

Sigara dumanı 4000'den fazla madde içermektedir. Bunlardan en az 250'sinin sağlığa zararlı ve 80'den fazlasının kanserojen olduğu bilinmektedir (13,14). Sigara içerdiği psikoaktif nikotin maddesi nedeniyle bağımlılık yapıcı özelliktedir (2-4) ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen uluslararası hastalıkların sınıflaması (ıcd-10)'na ve DSM IV-TR'ye göre nikotin bağımlılığı hastalık sınıflamasına girmiştir (13,14).

Sigaranın kırkın üzerinde hastalık yaptığı bilinmektedir (7, 8).Türkiye'de ve dünyada erişkinleri en çok öldüren dört hastalığın [aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar (KVH), serebrovasküler hastalık, başta akciğer kanseri olmak üzere kanserler ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOA)] en önemli nedenlerinden biri sigara kullanımınıdır (7-10).

Sigara kullanımı pek çok öldürücü hastalığın meydana gelmesine yol açmaktadır ve 2005 yılında ülkemizde sigaraya bağlı hastalıklardan yaklaşık 100.000 kişi hayatını kaybederken, gerekli tedbirler alınmadığı takdirde bu sayının 2030 yılına kadar artarak yılda 240.000 kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir. Tütün kullanımındaki bu hızlı artış küresel olarak da insan sağlığını tehdit eden boyutlara ulaşmıştır (9). Bu nedenle sigara kullanımının yol açtığı ve açabileceği sağlık sorunlarının önlenmesi için sağlık hizmetinin ve alınan koruyucu önlemlerin ciddi bir şekilde uygulanması gerekmektedir.

Türkiye dünyada en yoğun sigara içilen ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye'de sigara içme sıklığı %31,2 olarak tespit edilmiştir. Bu oran erkeklerde %63, kadınlarda ise %24'tür (11).

Sigara bağımlılık potansiyeli nedeniyle ruh sağlığı sorunları içerisinde yer alır, dahası ruhsal sorunları olan bireylerde de sigara bağımlılığı daha fazla görülmekte ve bireyi daha fazla tehdit etmektedir (12). Sigaranın içeriğindeki nikotin ile güçlü derecede bağımlılık oluştuğu bilinmektedir. Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından tütün alışkanlığı bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri içeren bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır (15). Sigaradaki bağımlılık riski eroin ve alkoldeki gibidir (5). Bu nedenle sigara içen bir kişinin tedavisi madde bağımlılığına yaklaşım gibi olmalıdır. Sigaranın bırakma tedavisinde davranış tedavisi ile motivasyondan oluşan destek tedavisi ve farmakoterapi yararı gösterilmiş iki yaklaşımdır. En iyi sonuçlar her iki yaklaşımın birlikte kullanılmasıyla elde edilmektedir [16].

Ülkemizde toplumsal bilinçlenme, kapalı ortamlarda sigara kullanım yasağı, sigara kullanımına bağlı ortaya çıkan hastalıklar ve ekonomik nedenlerden ötürü kişilerin sigarayı bırakmak için sigara bırakma polikliniklerine başvuru sayısı günden güne artmaktadır. Burada kişilerin sigarayı bırakma istekleri, çeşitli medikal ve davranışsal tedaviler ile desteklenmektedir.

Sigarayı bırakmada başarıyı ve başarısızlığı etkileyen pek çok faktör mevcut olup önem verilmesi gereken nokta, bu faktörlerin dikkate alınıp kişiye özgü bir tedavi protokolünün uygulanması gerektiğidir. Bu kişiye özgü uygulanan tedaviyle sigara bırakan hastaların yaptığı kaçamak sigara kullanımına ya da tekrar düzenli olarak sigara kullanmaya başlamasına neden olan faktörlerin incelenip elemine edilmesiyle daha yüksek temiz kalma oranları elde etmek, toplum sağlığına yapılabilecek en büyük katkılar arasındadır.

Bu çalışmanın amacı sigarayı bırakmak için İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastaların ruhsal duygudurumunun; nikotin bağımlılığına etkisini incelemek ve herhangi bir nedenle verilen vareniklin tedavisinin sonuçlarına etkisini görmektir.



---

### GENEL BİLGİLER

---

#### 2.1 TÜTÜN NEDİR?

Bitkiler sistematüğinde patlıcangiller familyasında (solanaceae) yer alan tütün (nicotiana) Güney Amerika yerlilerinin yüzyıllardan beri kullandıkları bir bitkidir. Yaprağı ticari açıdan bitkinin en önemli ve en çok yararlanan kısmı olup, tütünde önemli olan yaprağın kimyasal yapısında bulunan organik azotlu bir madde olan “nikotin”dir (37).

#### 2.2 TÜTÜN ÜRÜNÜ NEDİR?

Tütün ürünü, tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan ve içme (tüttürme), buruna çekme, emme veya çiğneme şeklinde kullanılan ürünlere verilen addır. Çeşitli teknolojik işlemlerden geçirilerek hazırlanan ve pazara sunulan başlıca tütün ürünleri ise; sigara, sarmalık kıyılmış tütün, pipo tütünü, puro ve sigarillo, nargilelik tütün, enfiye tütünü, çiğnemelik (ağızdan kullanıma yönelik) tütündür. Tütün ürünlerinin en sık kullanımı çalışmalarda sigara olarak görülmektedir (38,39).

#### 2.3 TÜRKİYE VE DÜNYADA TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

Tütün ilk olarak Amerika’da Mayalar tarafından kullanıldığı, bu sürenin M.Ö 6000’li yıllara dayandığı düşünülmektedir. Kuzey Ohio bölgesindeki höyüklerdeki eserlerde tütün ile ilgili resimlere ve pipo çizimlerine sık sık rastlanılmaktadır. Maya ve Aztek uygarlıklarında rahipler dinsel törenlerde tütün dumanını kullanmışlar, daha sonrasında ise keyif verici etkisine alışarak ayinler dışında da tütünü içmeye başlamışlardır (17).

Yerlilerin tütünü yapraklarını sararak ilkel pipolarda bazılarının ise tütünden yapılmış sakızları çiğneyerek, tütün tozlarını derilerine sürerek kullandığı bildirilmektedir. Sonraları ise tütün üretimi ve kullanımı kuzeyde Kızılderililer, Güneyde de İnkalar tarafından benimsenmiştir (18,19).

1560 yılında Fransız Kralı II. Henry'nin ölmesiyle depresyona giren dul Kraliçe Catherine de Medicis'e tütün tohumu gönderen Portekiz elçisi Jean Nicot tütünün Avrupa'ya girişinde etkili olmuştur. Saray bahçesine ekilen tohumlar çiçek açtıktan sonra kraliçenin migren türü baş ağrısını geçirdiği için bu tarihten sonra tütünün keyif ve cesaret verici özelliklerinden başka ilaç olarak da etkili olduğu Avrupa'ya yayılmıştır. Kaptan Walter Raleigh ise arkasına İngiliz Kraliyet Ailesi'nin desteğini alarak Avrupa'da tütün ticaretini başlatmıştır. İlk defa 1612 yılında Amerika Virginia'da ticari amaçla tütün ekimi başlamış, tütün fiyatları köle iş gücü ve köle fiyatları ile belirlenmiştir. Yıllar içerisinde tütün ticareti artmaya ve kullanımı yaygınlaşmaya devam etmiştir (20).

Tütünün olası zararları konusunda da görüşler belirmeye başlamış, tütün kullanımı 1610 yılında Japonya'da, 1634 yılında Rusya'da, 1676 yılında New France Kolonisi'nde ve 1891 yılında Kanada'nın British Columbia eyaletinde yasaklanmıştır. Yasakların gelmesine sigaranın büyük yangınlara sebep olması, kötü kokusu nedeniyle din ve devlet adamlarının tepkisi ve sağlığa zararı da etkendir (21).

Tütün ürünlerinin kullanılmasının sağlığa verdiği zarar Richard Doll ve Richard Peto isimli iki İngiliz tıp doktoru tarafından 1951-1962 yılları arasında yaptıkları çalışmada gösterilmiştir. Kırk bin tıp doktoru üzerinde yapılan anket çalışması ile tütünün birbirinden farklı 24 hastalık yaptığı ve düzenli sigara içenlerin yarısının 20-30 yıl sonra sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle erken yaşta ölebilecekleri ortaya çıkarılmıştır (21).

Birleşik Amerikalı Dr. Ochsner tarafından 1939 yılında sigara ile akciğer kanseri arasında ilişki ortaya konulmuştur. ABD'de sağlıktan sorumlu makam sigaranın erkeklerde akciğer kanseri yaptığını 1964 yılında ilan etmiştir (20).

Anadolu'ya ise Osmanlı İmparatorluğu zamanında 1605 yılında Venedikli tüccarlar tarafından sokulmuş ve kullanılışı kısa bir zamanda yayılmıştır. I.

Ahmet döneminde yaygınlaştığı fark edilince Şeyhülislamın fetvası ile ve IV. Murat döneminde yangınlara neden olduğu gerekçesiyle yasaklanmıştır. Yasaklamalara rağmen Osmanlı'nın çöküş döneminden sonra tütün kullanımını giderek artmış ve tütün tarımı Anadolu'ya yayılmıştır (21). 1874 yılında tütün üretiminin tekrar serbest bırakılması ile tütün kıyma imalathaneleri kurulmuş, sigara yapımı da devlet tekeline bırakılmıştır. İlk sigara fabrikası İstanbul Cibali sigara fabrikasıdır. Cumhuriyet döneminde tütün serbestisi sona ermiş 1930 yılında tütün tekeli kurulmuş, 1938 yılında da sigara sanayi tamamen devlet kesiminde kurulup gelişen bir sanayi haline gelmiştir. Bu kapsamda birçok fabrika kurulmuş, 1986 yılından sonra da devlet tekeline çıkarılarak üretim ve pazarlaması serbest hale getirilmiştir (22).

## **2.4 TÜRKİYE'DE VE DÜNYA'DA TÜTÜN EPİDEMİYOLOJİSİ**

Sigara içme sıklığı sosyoekonomik durum, eğitim, ırk, yaşanan bölge gibi faktörlerle ilişkili olarak değişiklikler göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16'dır. Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin tütün bağımlısı olduğu bildirilmektedir (23). 1999 yılında yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelerde 13-15 yaşları arasındaki gençlerde sigara içme oranının %10-33 arasında değişmekte olduğu gösterilmiştir (24). Sigara içen gençlerin yaklaşık dörtte biri ilk sigarasını on yaşına gelmeden içmiştir. Adölesan dönemde sigaranın denenmesi oldukça yaygındır. Yurt dışındaki değişik çalışmalarda lise öğrencileri arasında sigara deneme sıklığı %70.4 ile %78 oranında bildirilmektedir (25,26).

Sigara tüm toplumlar için önemli bir sağlık sorunu olup, 15 yaş üzerindeki insanların 1,2 milyarı tarafından kullanılmakta ve bunların %80'i gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır. Erkeklerde içicilik, gelişmiş ülkelerde %35, gelişmekte olan ülkelerde %50, kadınlarda içicilik ise gelişmiş ülkelerde %24, gelişmekte olan ülkelerde %7 düzeyindedir. Sigara içme sıklığının gelişmiş ülkelerde azalma eğiliminde olduğu, gelişmekte olan ülkelerde ve kadınlar arasında yaygınlaştığı söylenebilir (27).

Dünya’da tütün ürünü kullanan kişi sayısının en çok olduğu ülke Çin’dir. En kalabalık nüfusa sahip olması bakımından, sigara içen kişi sayısının da bu ülkede en fazla olması doğaldır. Sigara içen kişi sayısı bakımından bu ülkeyi Hindistan, Endonezya, Rusya ve ABD izlemektedir. Türkiye dünyada en çok tütün kullanan ülkeler arasında onuncu sırada yer almaktadır (36).

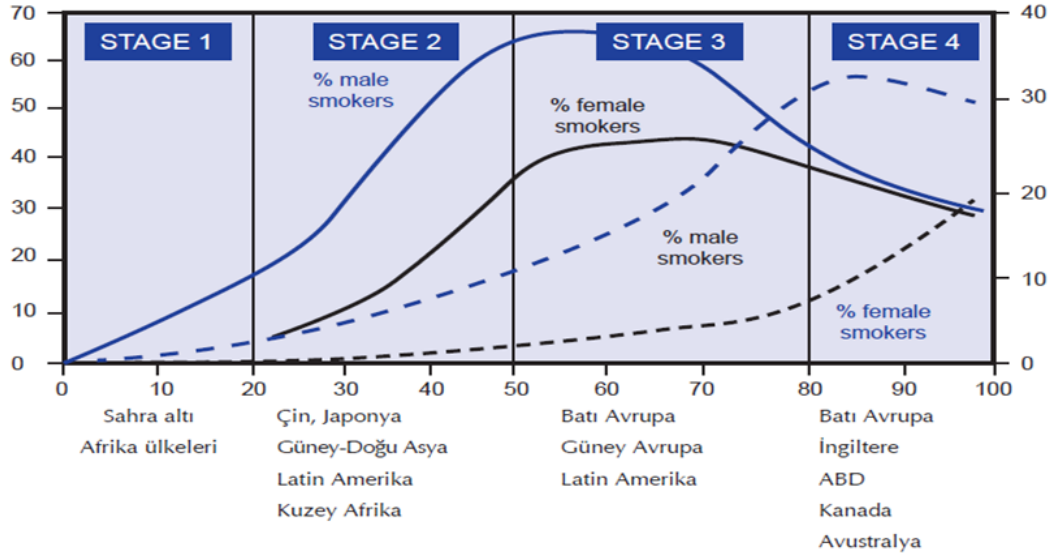
Tütün ve sigara kullanımı bakımından dünyada son 100 yıllık süre içinde 4 evre yaşandığı ifade edilmektedir. Bugün dördüncü evreye ulaşmış olan ülkeler yıllar önce birinci-ikinci evreleri yaşayarak bugünkü evreye ulaşmışlardır (Şekil 1) (28).

1. evre: Bu evre tütün kullanımının henüz düşük düzeyde olduğu ama zaman içinde artmasının beklendiği evredir. Artma öncelikle erkekler arasında olacaktır.

2. evre: Tütün kullanımı bakımından hızlı artışın yaşandığı dönemdir. Artış daha çok erkeklerdedir, ancak kadınlar arasında da sigara kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu evrede tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarında da artmalar başlamıştır.

3. evre: Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarının çok görüldüğü ve erkeklerde ölümlerin hızla arttığı ilerleyen yıllarda erkeklerde sigara kullanımının azalmaya başladığı dönemdir.

4. evre: Bu evrede tütün kullanımında hem erkeklerde hem de kadınlarda önemli azalma gözlenmektedir. Erkeklerde ölümlerde de azalma olmaktadır, ancak kadınlarda ölümler halen artmaktadır.



**Şekil 2.1:** Dünyada Sigara Kullanım Evreleri

**Kaynak:** Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu

Türkiye’de yapılan çalışmalarda gençlerde ortalama sigaraya başlama yaşları 11-18 arasında bulunmuştur (29). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 1988 yılında yapılan PİAR araştırmasına göre 15 yaş üstü nüfusta sigara içme sıklığı erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3 ve ortalama %43.6 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada sigara içme ölçütü paket taşıma olarak alınmıştır. Bu nedenle sigara içme düzeyinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Aynı çalışmada sigara içmeyenlerin %14’ünün bir dönem sigara içip bıraktıklarını göstermiştir (30). 1993 yılında yapılan BİGTAŞ araştırmasında 20 yaş üzerinde erkeklerde %57.8, kadınlarda %13,5 ve ortalama %33,6 olarak hesaplanmıştır (31).

Ülkemizde bölgelere göre en yüksek sigara içme sıklığı %39 ile Trakya Bölgesi’nde, en düşük sigara içme sıklığı ise %29 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ndedir. Ayrıca sigara içme sıklığı köylerde oturanlarda %29.1, kentlerde oturanlarda ise %36.9 olarak tespit edilmiştir (27). Emri ve ark.’nın 2002 çalışmasına göre ülke genelinde 15 yaş üstü erişkin nüfusta sigara içme sıklığı erkeklerde %50.9, kadınlarda %10.9 ve ortalama %35.8 olarak bildirilmiştir. Yakın zamandaki bir başka çalışmada ise 20 yaş ve üzerindeki popülasyonda erkeklerde %50.9, kadınlarda %10.9 olarak saptanmıştır (32).

Türkiye Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasına göre ise erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'u sigara içicisidir. 2000 yılındaki taramalarında erkeklerde sigara içme sıklığı %11 azalmışken özellikle genç kadınlarda artış olduğu bildirilmektedir (33).

Ülkemizin içinde bulunduğu Doğu Avrupa bölgesi halen dünyada tütüne bağlı yıllık ölümlerin %25'inden sorumludur ve 2020 yılında bu bölgedeki erişkin erkekler dünyada erken ölüm riski en yüksek grup olarak görülmektedir (34). Ülkemizde gençlerde yapılan prevalans çalışmalarında ortaokul ve lise öğrencilerinde toplam %10-43, üniversite öğrencilerinde %21,2- 48,2 içicilik saptanmıştır (35).

Her yıl sigara içenlerin %70'i bırakmayı düşünmekte, 1/3'ü de bırakmayı denemektedirler. Fakat kendi başına deneyenlerin %98'i sonraki bir yıl içinde yeniden sigaraya başlamaktadır (27).

Hastalıkları Önleme ve Kontrol Vakfı (Centers for Disease Control and Prevention, CDC Foundation) ile yapılan protokol çerçevesinde 2008 ve 2012'de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) yapılmıştır. Türkiye genelinde 15 ve üzeri yaştaki bireylerin 2008 yılında %31.3'ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27'ye düşmüştür (27). Tütün ve tütün ürünü kullananların oranı erkeklerde 6.5 puan, kadınlarda 2.1 puan düşmüştür. Yani erkeklerde %47,9'dan %41,4'e, kadınlarda ise %15,2'den %13,1'e düşmüştür. Kadınlar tütün ve tütün mamulünü bırakmayı daha fazla denemektedir. Halen her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamulü kullanan 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin son 12 ay içerisinde tütün ve tütün mamulü kullanmayı bırakmaya deneyen kadınların oranı 2008 yılında %40.8 iken, 2012 yılında %44,9'a yükselmiştir. Aynı oran erkekler için sırasıyla %40,5 ve %41,8'dir. Gelecek 12 ay içerisinde bırakmayı planlayanların oranı artmıştır. Şu anda tütün ve tütün mamulü kullanan 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerden tütün ve tütün mamulü kullanımını 12 ay içerisinde bırakmayı planlayanların oranı 2008 yılı için %27,8 iken, 2012 yılı için %35,4'tür (27).

## 2.5 SİGARANIN İÇERİĞİ

Sigara dumanı içinde bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4.000'den fazla madde içerir (40).

Poliaromatik hidrokarbonlar, heterosiklik hidrokarbonlar, N-nitrozaminleri, aldehidler, volatil karsinojenler, inorganik bileşikler ve radyoaktif elementler başta olmak üzere yaklaşık 43 adet karsinojen tespit edilmiştir (41). Bu içeriklerden biri olan karbonmonoksit (CO) sigara dumanında oranı yaklaşık %3-5'tir. Karbonmonoksitin oksijene affinitesi oksijene göre 200 kat daha fazla olduğundan yüksek ilgiyle heme bağlanır. Böylece oksijen dokulara yetersiz dağılır. Nikotinle beraber vasküler endotel hasarına yol açar ve santral havayollarındaki siliaların üzerinde direkt toksik etkileri ortaya çıkmaktadır. Sigara dumanı gaz fazında yer alan karbon monoksit insan sağlığına en zararlı bileşiklerden biridir (42).

Sigara dumanı birleşenlerinin bir diğeri nitrik oksittir, renksiz ve toksiktir, oksidasyona uğrayıp azot dioksit (NO<sub>2</sub>) gazına dönüşür, bu gaz da azot monoksit gazı varlığında nitroz aside dönüşür. Nitroz asitler kanserojen bir aimn olan nitroz aminlere dönüşürler. Nitroz aminlerin en fazla karaciğer, özafagus, solunum sistemi, kolon ve böbrek üzerine kanserojen etkisi mevcuttur (43,41).

Hidrojen siyanür (HCN)'de potent toksik bileşenlerden biridir. Absorblayıcı materyal içeren filtrelerle dumandaki derişimi düşürülebilir. Aldehit ve ketonlar sigara dumanında yüksek derişimlerde kronik kardiyak rahatsızlıklara neden olabilmektedir.

Sigara dumanı filtrelendiğinde kalan bölümünün su ve nikotin dışında kalan kısmı katrandır ve kanser yapıcılar bu katranda yer alır. Benzo (a)piren olan polisiklik aromatik hidrokarbonlar bunların en önemlilerinden biridir ve mikrozomal enzimlerce epoksit radikallerine dönüştürülerek DNA (Deoksiribonükleik asit) moleküllerinin yapısını bozarak kanser sürecini başlatmaktadırlar. Kadmiyum ise sigara içilmesi ile dumana yüksek oranda geçerek toksik etki oluşturmaktadır.

Sigara dumanından açığa çıkan aldehidler, asitler, akreloin gibi maddeler solunum yolu mukozasındaki siliaların işlevlerini bozarak siliatoksik etki

oluştururlar, bu durum bronş direncini düşürür ve rekürren enfeksiyonlara ve kronik bronşite neden olur, sigara bırakıldığında bu etki geriler (44,45) .

## **2.6 NİKOTİN FİZYOLOJİSİ VE FARMAKOLOJİSİ**

Sigaranın fiziksel bağımlılığı ve devamı açısından en önemli madde nikotindir. Nikotin tütünde doğal olarak bulunan ve sigara dumanı içeriğinin %95'ini oluşturan bir alkaloiddir. Renksiz, uçucu ve suda iyi çözünür. Lipofiliktir beyine hızla geçer. Nikotin piridin ve pirolidin halkalarından oluşan bir tersiyer amin olup iki stereoizomeri vardır. S nikotin aktif izomerdir ve nikotinik kolinerjik reseptörlere bağlanır. R nikotin ise zayıf kolinerjik reseptör agonistidir. Bir adet sigara 0.8 gr tütün ve 9-20 mg nikotin içerir fakat dumanın tamamının inhale edilememesi ve yanarak bir kısmının tahrip olması nedeniyle ancak %10'unu (1-2 mg) absorbe edilir (46).

Nikotin solunum yolları mukozasından hızla geçer, absorbe edilme hızı inhalasyon derinliği ve nefes tutma sürelerine göre değişebilir, absorpsiyonu takiben hızla tüm dokulara yayılır. Gebelerde fetal dolaşıma kolayca geçer, anne sütüne geçer (46).

Nikotin otonomik gangliyonlar, adrenal medulla, nöromusküler bileşke ve beyinde yer alan asetilkolin reseptörlerine bağlanır. Lokus sereleusu uyararak dikkat ve konsantrasyonda artmaya yol açar. Nörohormonal yolları uyararak asetilkolin, noradrenalin, dopamin, serotonin, vazopressin, endorfin, büyüme hormonu ve ACTH salgısına neden olur. Nikotin akut etkisi ile serotonin seviyesini arttırırken, kronik kullanımda serotonin seviyesi düşmektedir. Görüntüleme teknikleri ile intravenöz nikotin verilmesi ile nükleus akkumbens, amigdala ve frontal lobda, nikotin dozuyla korele aktivite artışı olduğu gösterilmiştir (46,47).

Nikotin alımı, nikotine karşı duyarlılık ve tolerans gelişmesine aracılık eden çok sayıda vazoaktif katekolaminlerin ve nöroaktif peptidlerin salınımı ile sonuçlanır (46). Kardiyovasküler sistem üzerindeki etkileri santral sinir sisteminin kemoreseptör üzerinde direk etkisi ile olmaktadır. Nikotin cilt ve kalp damarları üzerinde vazokonstrüksiyon, çizgili kas damarlarında vazodilatasyon yapmaktadır. Yükselen katekolamin düzeyiyle kalbin iş



yükü artar ve koroner arter hastalarına zemin hazırlayabilir. Nikotin sempatoadrenal stimülasyon yapması nedeniyle lipolizi stimüle eder ve plazmada serbest yağ asidi düzeyini, VLDL düzeyini (trigliseridemi) yükseltir. Sigara içenlerde HDL düzeyinin azaldığı, LDL düzeyin ise artırır (49). Mezolimbik sistemdeki dopaminerjik yolların uyarılmasıyla kilo kaybı, iştahda azalma, öforik etkiler, anksiyetenin azalması, dikkat ve psikomotor fonksiyonlar üzerindeki olumlu etkisinin sigara bağımlılığını arttırdığı ve sigara bağımlılığını pekiştirdiği düşünülmektedir (50,48).

Nikotinin %90 karaciğerde metabolize olur, major metaboliti kotinindir yarı ömrü 16 saattir. Kotinin kanda ve idrarda ölçülebilir, sigara bırakma polikliniklerinde kan kotinin düzeyi ile takip yapılabilir (46).

## **2.7 NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE YOKSUNLUĞU**

Madde bağımlılığı Santral Sinir Sistemi'ni (SSS) etkileyen ilaç niteliğine sahip bir maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak veya yokluğundan kaynaklanabilecek huzursuzluktan sakınmak için, maddeyi devamlı ya da periyodik olarak alma arzusu ile kendisini gösteren psişik ve somatik bir sendromdur (49,50). Sigara içme veya dumanının solunması zamanla kişide psişik ve fiziksel bağımlılık oluşturur. Tütünde esas bağımlılık yapan madde nikotindir. Sigara, daha çok alışkanlık yapıcı daha az zevk verici bir bağımlılık türü olarak kabul edilmektedir.

Sigaranın bağımlılık olduğu düşüncesini destekleyen unsurların başında içme örtüsünde tutarlılık, içilen sigara miktarının giderek arttırılması, 2/3'nün bırakma girişiminde başarısız olması, sigara bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin olması gelir. Nikotinin uyarıcı, duygudurumu olumlu yönde değiştiren, rahatlatıcı olması kullanımını ve bağımlılığını arttırırken, yarattığı sonuçlara duyarsızlık nedeniyle bırakma isteğini azaltmaktadır (49,50). Nikotin bağımlılığı biyolojik ölçümlerle belirlenebilmektedir, nikotinin metaboliti olan kotinin vücut sıvılarından ölçülebilir. Kotinin düzeyine alternatif olarak ucuz ve kolay olan; ekspiryum havasında karbonmonoksit (CO) ölçümüdür. Kanda nikotin düzeylerinin azalması çekilme ve yoksunluk belirtilerine yol açarak sigara arama

davranışını arttırmaktadır. İçilen miktarın artması tolerans gelişiminin göstergesidir (48).

Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesinde bağımlılığı, bağımlılığın nasıl geliştiğini açıklamaya ve tedaviye yardım sağlayacak psikometrik testler ve biyokimyasal parametreler kullanılmaktadır. En sık kullanılan psikometrik test Fagerstrom bağımlılık testi ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) bağımlılık ölçütleri ve "İnternational Statistical Classification of Diseases" (ICD) tarafından geliştirilen madde bağımlılığı tanımı kullanılmaktadır (8,54). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi 1978 yılında ilk geliştirildiğinde sekiz sorudan oluşmaktaydı. Daha sonra psikometrik çalışmalarda iç tutarlığının ve farklı zamanlarda yapılan ölçümlerin farklılık göstermesi nedeniyle yeniden düzenlenmiş ve 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık testi (FNBT) geliştirilmiştir (53, 55). FNBT'de sigara tüketim miktarları ve ilk sigara içme zamanıyla ilgili sorulara ağırlık verilmiştir.

**Tablo 2.1:** Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar zaman sonra içersiniz?	5 dk içinde	3
	6-30 dk içinde	2
	30 dk +	1
Sigara içmenin yasak olduğu yerde zorlanırmısınız?	Evet	1
	Hayır	0
İçmeden duramayacağınız sigara hangisidir?	Sabah ilk içilen	1
	Diğerleri	0
Günde kaç tane sigara içiyorsunuz?	10 veya daha az	0
	11-20	1
	21-30	2
	31+	3
Günü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız bile içer misiniz?	Evet	1
	Hayır	0
Günün ilk saatlerinde sonraki saatlere göre daha sık sigara içiyor musunuz?	Evet	1
	Hayır	0

DSM-IV kriterlerine göre nikotin bağımlılığı başlıca altı kriterden üç veya daha fazlası için tanımlanmaktadır:

1. Tolerans (sigara içilmesine karşın sersemlik, bulantı gibi yan etkilerin görülmemesi),
2. Yoksunluk,
  - a. Haftalar süresince günlük sigara içimi,
  - b. Aniden sigarayı bırakınca aşağıda belirtilenlerden en az biri:
    - Disfori, keyifsizlik,
    - Uykusuzluk,
    - İrritabilite, öfke kontrolünde güçlük,
    - Anksiyete,
    - Konsantrasyon güçlüğü,
    - Huzursuzluk,
    - Düşük kalp hızı,
    - İştah artışı veya kilo alımı,
3. Maddenin çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem sürecinde alınması,
4. Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabanın olması,
5. Maddeyi sağlamak, maddeyi kullanmak (örneğin birbiri ardına sigara içme) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama,
6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılmasıdır.

ICD-10 nikotin bağımlılığı kriterleri:

1. Tütün kullanımı için güçlü bir istek veya komplüsiyon duygusu
2. Tütün kullanımını kontrolde zorluk
3. Geri çekilme belirtileri
4. Tolerans

5. Madde kullanımından ve madde kullanımı yada bulma için harcanan zamandan dolayı alternatif ilgi ve zevk veren aktivitelerden uzaklaşma
6. Zararlı sonuçlarına rağmen madde kullanımının ısrarla sürdürülmesi

Nikotinin uzun süreli alımı nikotinik reseptörlerin artmasına dolayısıyla nöroadaptasyonun ortaya çıkmasına neden olur. Bu tolerans gelişimi de sigara bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur. Yoksunluk belirtileri; sigara arama, irritabilite, sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu, bradikardi, insomni, unutkanlık, iştah artışı, kilo alma, gastrointestinal bozukluklar gibi yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur. Sigaranın bırakılmasıyla birlikte 1-3. günlerde en şiddetli düzeyindedir). Semptomlar, bireyin düşük nikotin içerikli sigara içmesiyle, nikotin sakızı veya dumansız tütün ürünleri kullanmasıyla da meydana gelebilir. Üçüncü-dördüncü haftalarda yoksunluk belirtileri sonlanır.

Nikotin yoksunluğu DSM IV'te tanımlandığı şekliyle maddeye bağlı problemlere rağmen kişinin madde almaya devam etmesidir. DSM IV'te tanımlanan nikotin yoksunluğu kriterleri aşağıdaki gibidir:

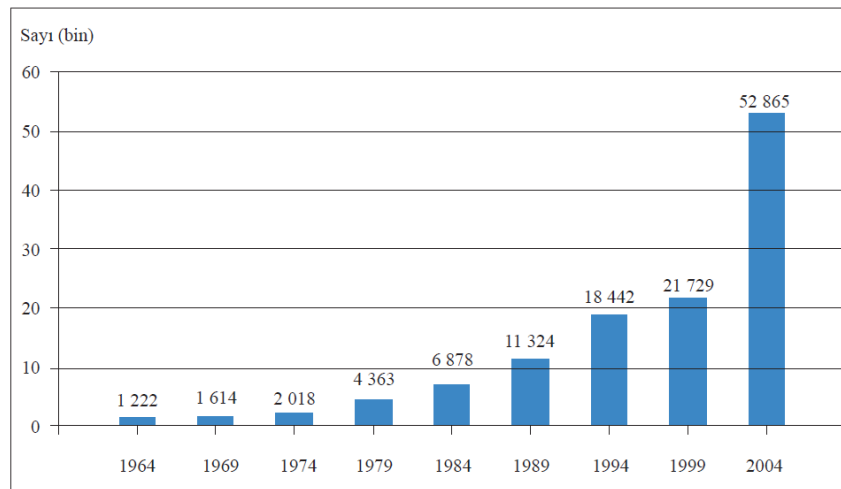
#### DSM-IV Nikotin Yoksunluk Kriterleri

- A. En az birkaç hafta süre ile nikotin kullanılmaması
- B. Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (ya da daha fazlasının) ortaya çıkması:
  1. Disforik ya da depresif duygu durumu
  2. İnsomni
  3. İritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme
  4. Anksiyete
  5. Düşüncelerin yoğunlaştırılmaması
  6. Huzursuzluk
  7. Kalp hızında azalma
  8. İştah artması ya da kilo alma
- C. B tanı ölçütündeki belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler genel tıbbi duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (8,54)

## 2.8 SİGARA KULLANIMININ SAĞLIĞA ETKİLERİ

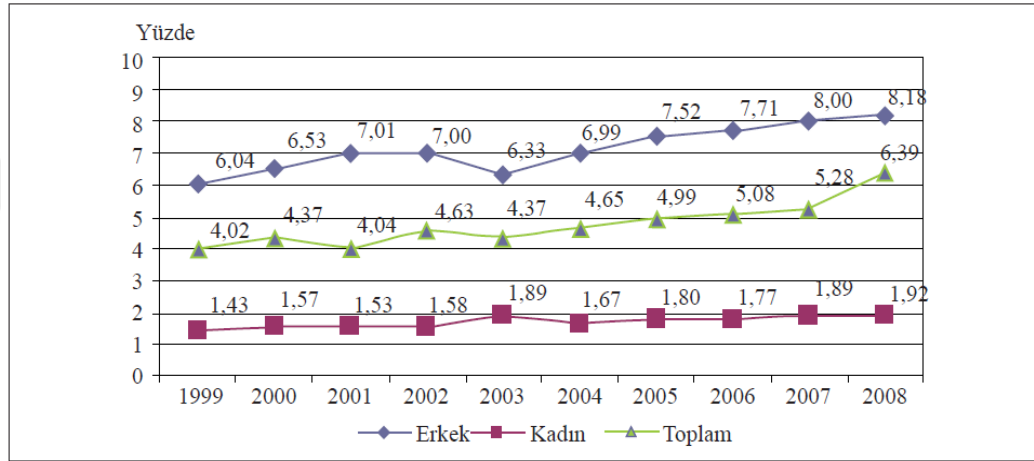
Tütün kullanımı dünyada en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Tütün kullanımı dünyada en sık sekiz ölüm nedeninden altı tanesi için risk faktörüdür (51). Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigara nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık yarısı da orta yaşlarda gerçekleşmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (52). 1990 yılında tüm dünyada hastalıklara bağlı ölüm oranı %2,6 iken, 2020 yılında sadece tütüne bağlı hastalıklardan oluşacak ölüm oranı %9 olarak öngörülmektedir. Sigara direkt ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara akciğer kanseri, KOAH ve periferik aterosklerozun en önemli sebebidir. Kalp - damar ve beyin - damar hastalıklarının ise başlıca nedeni sigara kullanımınıdır. Sigara 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkili olduğu bulunmuştur. Son zamanlarda elde edilen bulgular, kadınların sigaradan daha fazla zarar görme olasılıkları olduğunu göstermektedir. Sigara kullanımı tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de %33'ünden sorumlu bulunmuştur (52).



**Şekil 2.2:** Akciğer Kanseri Nedeni ile Olan Hastane Yatışları, Türkiye, 1964-2004

**Kaynak:** KYTA 2012

Akciğer kanseri nedeni ile olan ölümler özellikle erkeklerde artmıştır. Türkiye’de 2008 yılında akciğer kanseri nedeniyle olan ölümler, bütün ölümlerin %6,4’üdür. Akciğer kanseri nedeni ile olan ölümler 1999-2008 yılları arasındaki 9 yıl içinde erkeklerde %6,0’dan %8,2’ye yükselmiştir. Kadınlar arasında artış daha az olup %1,4 ten %1,9 değerine yükselmiştir. Kalp damar hastalıkları ve solunum hastalıkları nedeniyle olan ölümlerde de benzeri artış saptanmıştır (26).



**Şekil 2.3:** Bütün ölümlerin yüzdesi olarak akciğer kanseri ölümleri, Türkiye, 1999-2008

**Kaynak:** TÜİK

Türkiye’de bazı hastalıklar ve risk faktörlerinin incelendiği Hastalık Yükü Çalışmasında (2000) Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Yılları (DALY) hesaplanmıştır. Tütün kullanımı ile ilişkili başlıca sağlık sorunları olan iskemik kalp hastalığı, serebro vasküler hastalık, kanser ve kronik solunum sistemi hastalıkları DALY sıralamasında ilk 10 içinde yer aldığı bulunmuştur. Her yıl yaklaşık 1 milyon DALY toplamın (%8,6’sı) tütün kullanımına atfedilmiştir. Tütün kontrolü çalışmaları ile yılda tütün kullanımına bağlı yaklaşık 55 000 ölümün önlenebileceği hesaplanmıştır (52).

Sigara alt solunum yollarının hemen her yerinde; peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, müköz bez hipertrofisi, goblet hücre sayısında artış vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyet gibi patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. İnhalen edilen maddelerin klirensinde bozulma, patojen adherensinde artış,

anormal vasküler ve epitelial permeabilite artışı ise sigaranın neden olduğu fonksiyonel bozukluklardır (53).

Genelde sigara içenlerin 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm [forced expiratory volume in 1 (FEV1)] değerleri daha düşük, FEV1 azalma hızı daha fazladır ve kadınlar daha çok etkilenmiştir. Bu bulgular ciddi KOAH riskinin en önemli göstergelerinden birisi kabul edilmektedir. Kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne gibi solunumsal yakınmalar sigara içicilerinde belirgin şekilde artmıştır. Sigara içimi KOAH için esas risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır. Yapılan bazı çalışmalar KOAH'lı sigara içicilerin sağlıklı sigara içicilerine göre daha fazla nikotin bağımlısı olduklarını, daha çok sigara tükettiklerini ve CO düzeyi ölçümlerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Sigara içenlerde içmeyenlere göre KOAH, pnömoni ve gripten ölümler belirgin şekilde fazladır (54,55).

Sigara içimi ile akciğer kanseri arasındaki ilişki ilk olarak 1964'te 'Surgeon General' raporunda bildirmiştir. Yapılan çalışmalarda sigara içiminin akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için primer sebep olduğu kanıtlanmıştır. Akciğer kanseri tüm dünyada yılda 1.3 milyon ölüme sebep olarak en sık görülen ve en sık öldüren kanserdir (56.41).

Sigara içimi mesleki akciğer hastalığı gelişme riskini arttırabilir ve mevcut işle ilişkili akciğer hastalığını tetikleyebilirler. Asbest, radon, arsenik, dizel eksozu, aromatik aminler ve silikaya maruz kalan sigara içen işçilerde içmeyenlere göre kanser gelişme riski daha fazladır.

Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (örneğin, ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks) ilişkili olduğunu göstermektedir. Genellikle bu bölgelerde kanser gelişme riski akciğer kanseri riskinden daha azdır. Belirgin olarak sigara içenlerde sigara ile ilişkili bir kanser ortaya çıktığında ikincil bir sigara ile ilişkili kanser çıkma riski daha fazladır (41).

Koroner arter hastalığı (KAH) miyokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp ataklarına bağlı ani ölüm riskleri hem erkek hem kadın sigara içicilerinde daha fazla görülmektedir. KAH'dan ölüm riski günde içilen sigara,

inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine yol açarak akut oksijen ihtiyacını arttırır ve kan akımını azaltarak oksijen sunumunu azaltır dolayısıyla miyokard iskemisine yol açar. Ayrıca sigara özellikle ventriküler fibrilasyon olmak üzere disritmilerin eşığini azaltarak ani ölüme yol açabilir (57.49).

Kronik sigara içiminde, serum düşük dansiteli lipoproteinlerin (LDL), yüksek dansiteli lipoproteinlere göre (HDL), daha yüksek görölmüştür. Artan yağ asitleri damar duvarındaki metabolik faaliyeti etkilemekte ve aritmilere yol açmaktadır (57.49).

Sigara içimi adrenerjik sinir uçlarından nikotine bağlı nörepinefrin salınımına yol açarak kan basıncını yükseltir. Hipertansiyon tedavi klavuzları kan basıncını kontrol altına alabilmek için, kişinin hayat kalitesindeki en önemli değişikliğin sigaranın bırakılması ile sağlanacağını önermektedir (50).

Sigara içmek, vücudun insülin salgılama yeteneğini zamanla yok ederek, şeker hastalığının da oluşmasına yol açar (58).

Sigara içme, mide-duodenum ülserleri ve Crohn Hastalığı gelişme riskini arttırır. Sigara içme bırakıldığında hastalığın prognozu bırakmayanlara göre düzelir, buna karşın ülseratif kolitte ise sigara içmenin koruyucu etkisi gözlenilmiştir (58).

Gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebeklerinde sga gelişimi ve erken doğum olma olasılığı yüksektir. Ayrıca ölü doğum ve doğum sonrası ani bebek ölümü sendromu ve gelişme geriliği riski sigara içen anne bebeklerinde daha yüksek gözlenmiştir. Sigara içme emzirmeyi olumsuz etkilemekte ve nikotin emziren annenin sütü ile bebeğe geçebilmektedir. Annenin sigara içmesiyle bebek ve küçük çocuklarda görölen astım alerji atopi ve eozonofili görölme ihtimali artmıştır (58).

Sigara içen kadınlarda amenore, adet düzensizliği, dismenore (ağrılı adet) ve erken menopoz riskleri daha fazladır. Sigara içen kadınlarda ortalama olarak 1 - 2 yıl daha erken menopoz ortaya çıkmakta, kemik yoğunluğu hiç içmemişlere göre daha düşüktür. Sigara içen kadınlarda hiç içmeyenlere göre kalça kırığı riski daha fazladır (58).



Sigara içmek aynı zamanda ciltte erken yaşlanma, erkeklerde seksüel disfonksiyon, graves hastalığı, katarakt, maküler dejenerasyon, romatolojik hastalıklar, uyku bozuklukları ve birçok psikiyatrik hastalıklar ile ilişkilendirilmiştir (58).

## **2.9 TÜTÜN KONTROLÜ**

Etkili tütün kontrolü yöntemlerinin uygulanması ile milyonlarca yaşamı kurtarmak mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu tarafından 2003 yılında kabul edilmiş olan Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS) tütün kontrolü konusundaki ilkeleri belirlemiştir, Türkiye bu Sözleşmeyi 2004 yılında imzalamış ve onaylamıştır. DSÖ TKÇS'nin kabul edilmesinden 5 yıl sonra DSÖ Tütün Salgını Raporu olan MPOWER paketi yayınlanmıştır. Bütün ülkelere tütün kontrolü konusunda yol haritası olanağı sağlayan bu rapor tütün kontrolü konusunda etkili olduğu kanıtlanmış olan 6 stratejiyi içermektedir. DSÖ TKÇS bütün ülkeleri bu ilkeleri benimsemeleri konusunda desteklemektedir ve TKÇS ve MPOWER içinde tanımlanan yöntemleri uygulamalarını beklemektedir (85).

Ulusal Tütün Kontrolü Komitesi kurulmuş ve Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planı hazırlanmıştır (59,60). Eylem Planı, hükümet kuruluşları, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarından 100'ün üzerinde kişinin katılımı ile hazırlanmış, 2006 yılında Başbakanlık Genelgesi olarak yayınlanmıştır. Program ve eylem planının temel amacı gençler ve yetişkinlerde tütün kullanımını azaltmaktır. Eylem Planı içinde 10 temel başlık yer almaktadır:

- Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları konularında halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi,
- Sigaranın bırakılmasının sağlanması,
- Fiyat ve vergilendirmenin artırılması,
- Sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi,
- Reklam, promosyon ve sponsorlukluğun yasaklanması,
- Ürün kontrolü ve tüketicinin bilgilendirilmesi,
- Yasadışı ticaretin önlenmesi,

- Gençlerin ulaşılabilirliğinin önlenmesi,
- Tütün üretiminin azaltılması ve alternatif politikaların üretilmesi,
- Tütün kullanımı ve kontrol yöntemlerinin izleme ve değerlendirmesidir (59,60).

TEKEL'in özelleştirilmesi ve yetkilerinin kaldırılması nedeniyle bu görevi üstlenmek üzere 2002 yılında Tütün ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuştur. Piyasayı düzenlemenin dışında TAPDK'nın ilgili mevzuat çerçevesinde tütün endüstrisini denetleme yetkisi ve görevi de bulunmaktadır. TAPDK aynı zamanda tütün ürünleri içindeki karbon monoksit, nikotin ve katran miktarlarını belirleme yetkisine, kuralların ihlal edilmesi durumunda tütün endüstrisine ceza uygulama yetkisi de vardır (61). TAPDK'nın kararı ile sigara paketleri üzerindeki basit sağlık uyarısı 2005 yılında 14 değişik mesaj ile değiştirilmiş, daha sonra da 2010 yılında sigara paketleri üzerine resimli uyarılar basılmıştır (61).

TKÇS'yi imzalayarak taraf olan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılıp, ülkelerindeki halkın sağlığını koruma konusunda söz vermişlerdir. Ülkelere bu yönde yardım etmek amacı ile DSÖ tarafından 2008 yılında Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER paketi hazırlanmıştır. Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır (62):

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

Bu maddelere tek tek yakından bakılacak olursa;

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

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

O: Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek Tütün kullanıcılarının çoğu bağımlılıklarının bir döneminde tütün kullanmayı bırakmak istemektedirler. Ülkelerde sağlık bakım sistemlerini yönetenler bağımlılık tedavisinden birinci derecede sorumludur. Bu tedavi basit biri tavsiyeden davranış eğitimine, farmakoterapiye kadar değişik yöntemleri içerir. Bu yöntemlerin her birisi değişik maliyet etkililik düzeylerine sahiptir ve sigara içenlerde farklı seviyelerde etkililik gösterir. Uygulanacak tedavi yerel koşullara ve kültürlere uygun hale getirilmeli ve her kişinin gereksinimine ve tercihlerine göre düzenlenmelidir.

W: Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak Bugün tütün kullanımının zararlarının kesin olarak biliniyor olmasına rağmen dünyada tütün kullananların az bir bölümü sağlık risklerinin gerçekten farkındadır. İnsanlar genel olarak tütünün zararlı bir şey olduğunu bilir, ancak nadiren bu bağımlılığın gerçek zararının farkındadırlar. Tütünün ne kadar güçlü bir bağımlılık etkeni olduğu ve sağlık risklerinin boyutu hakkında toplum yeteri

kadar bilgilendirilmemektedir. Çoğu kişi tütünün çok düşük dozlarda bile tehlikeli olduğunu farkında değildir. Oysaki tütün kullanımı için güvenilir bir doz yoktur. Kişiler tütünün yol açtığı birkaç hastalığı sayabilir ancak ne kadar çok hastalığa, sakatlığa ve çok farklı türlerde kanserlere yol açacağını bilemezler. Kişiler tütünün zararları konusunda yeterince bilgilendirilmeli ve özellikle gençlere tütün kullanımının sağlıklarına ve sosyal hayatlarına olan olumsuz etkileri anlatılmalı, tütün kullanımının olası olumlu imajı yıkılmalıdır. Tütünün zararlarını bütün boyutları ile anlatmak için devlet yöneticileri, sivil toplum kuruluşları ile birlikte tütün karşıtı tanıtım kampanyaları düzenlemeli bu kampanyalar ile tütünün sahte çekici imajı yıkılmalı, insanların sağlığı üzerindeki zararlı etkileri anlatılmalı, aile ve ülke ekonomisine zararı ortaya konmalı ve tütünsüz bir toplumun olumlu yanları öne çıkarılmalıdır. Tütün endüstrisinin 'hafif' (light), 'çok hafif' (ultra-light), 'düşük katranlı' (low-tar), 'yumuşak' (mild) gibi bazı pazarlama ifadelerinin aldatıcılığı açıklanmalı ve bu tür ürünlerin daha az zararlı olmadığı anlatılmalıdır. Sigara paketleri üzerindeki sağlık uyarıları sigara içenlerin sigaranın zararları konusundaki farkındalığını artırmaktadır. Paketler üzerine resimli mesajlar sözlü mesajlardan daha etkilidir, ayrıca bu yolla okuma bilmeyen çok sayıda kişiye de ulaşılmış olur. Paketler üzerinde sağlık uyarılarının zorunlu hale getirilmesi hükümetlere herhangi yük getirmez. Resimli uyarılara tepkiler toplumdan değil tütün endüstrisinden gelmektedir.

E: Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak Tanıtım ve pazarlama tütün satışlarını artırır, tütün kullananların daha fazla kullanmasına yol açar, tütün kullanmayı bırakma isteğini zayıflatır ve sonuç olarak daha fazla insanın ölümüne neden olur. Yaygın şekilde reklam yapılması tütün kullanımını normalleştirir, diğer tüketim ürünleri gibi algılanmasına neden olur. Tütün üreticileri insanların, yetişkin yaşa ulaşmış kendileri hakkında karar verecek çağa gelmeden tütün kullanmaya başladığını bilmektedir. Bu yüzden endüstri reklam kampanyalarını gençlere yönelik olarak yapar, onlara tütünle olan yaşamın daha cazip olduğunu anlatır ve böylece gençleri ağına düşürerek yaşam boyu bağımlı olmalarına neden olur. Tütün kullanımını azaltmak için yasaklama tam olmalıdır. Kısıtlı yasaklama durumunda dolaylı reklam ve alternatif tanıtım yöntemleri, gençler

açısından özellikle çekici olan bazı etkinliklerde sponsorluk yapılması yasak kapsamında olmaz. Kısmi yasaklama tütün endüstrisine henüz tütün kullanmaya başlamamış olan gençlere ve tütün kullanan ve bırakmayı arzu eden yetişkinlere yaklaşmaya yönelik pazarlama yöntemlerini kullanma olanağı verir.

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

Sigara ile mücadelede hekimlerin iki temel rolü vardır. Bu rollerden birisi hastaları sigaranın riskleri konusunda bilgilendirmesi, diğeri ise sigara içmeyerek hastalara örnek olmasıdır. Birçok çalışmada toplumun, sağlığı ilgilendiren konularda hekimlerin sağlık davranışlarını gözlemledikleri ve örnek aldıkları görülmüştür. Bundan dolayı hekimler, hemşireler, diğer sağlık görevlileri ve hatta tıp öğrencilerinin sigara içmemeleri, içiyorlarsa hemen bırakmaları veya hastanın olduğu poliklinik, bekleme odaları veya sağlık kurumları içinde içmemeleri gerektiği görüşü savunulmaktadır (63). Başta hekimler olmak üzere sağlık alanında çalışanlar, toplumda lider olarak önemli bir role sahiptir ve sigaraya başlamanın önlenmesi konusunda toplumun tüm kesimlerinde birinci sırada teşvik edici konumdadır (64).

## 2.10 SİGARA KULLANIMI VE RUH SAĞLIĞI

Sigara kullanmaya başlamada ve sigara bağımlılığının oluşmasında psikolojik faktörler önemli yer tutmaktadır (68). 2000 yılında Türkiye’de 304 psikiyatrik hasta ile yapılan bir çalışmada nikotin bağımlılığı oranı tüm hastalarda %29,3, bipolar bozuklukta %70,6, psikotik bozukluklarda %44,1, anksiyete bozukluklarında %25,8, depresif bozukluklarda %25,3, cinsel işlev bozukluklarında %30, uyum bozukluklarında %25 ve somatoform bozukluklarda %21,2 olarak bulunmuştur (69).

Sigara içenlerde Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve Kişilik Bozukluklarına da yüksek oranda rastlanmıştır (69). Örneğin son yıllarda yapılan çalışmalar çevresel bir faktör olarak sigara kullanımının anksiyojenik etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Sigaranın, erişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de özellikle yaygın anksiyete bozukluğu riskini artırdığına ilişkin güçlü bulgular vardır (70). Anksiyete Bozukluğu olan kişilerde ise “sürekli, aşırı ve durumla uygun olmayan bir endişe durumu” söz konusudur. Denetlenemez nitelikte olan endişe hali en az altı ay boyunca hemen her gün vardır ve gün boyunca sürer. DSM-V’e göre yaygın anksiyete bozukluğundan etkilenen kişilerde tanı kriterleri:

- A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde bir takım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
- B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C. Bu kaygı ve kuruntuya aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):
  1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
  2. Kolay yorulma.
  3. Odaklanmada güçlük çekme ya da zihin boşalması.
  4. Kolay kızma.
  5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma) (65,71).

Depresyon nikotin bağımlılığı açısından önemli bir risk etkenidir. Depresyon derin üzüntülü bir duygu durum içerisinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, isteksizlik, güçsüzlük, değersizlik, küçüklük, karamsarlık ile işlevlerde yavaşlama gibi belirtiler gösteren bir sendromdur (72). Dünyada en fazla kabul gören sınıflandırma sistemi, Major depresif bozukluğun DSM-V tanı kriterleri:

- A. Major depresyon diyebilmek için aşağıdaki bulgulardan en az 5 tanesi, en az iki haftadır, her gün olmalı ve gün boyu devam etmelidir. Bu maddelerden en az bir tanesi 1. veya 2. maddede belirtilen bulgulardan olmalıdır.
  1. Hastanın kendi ifadesi ile belirlenen ya da dışardan gözlenmiş olan, hemen her gün gün boyu süren zevk alamama ve ilgi kaybı
  2. Hastanın kendi ifadesi ile belirlenen ya da dışardan gözlenmiş olan, hemen her gün gün boyu süren çökkünlük, depresif duygudurum
  3. Hemen her gün aşırı uyuma ya da uykusuzluk
  4. Kilo kaybetme ya da alma
  5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
  6. Hemen her gün bitkinlik-yorgunluk ya da enerji kaybı
  7. Hemen her gün uygunsuz suçluluk duygularının olması ya da değersizlik
  8. Hemen her gün düşüncelerini belli bir konu üzerine yoğunlaştırmada zorlanma veya karar verememe
  9. Yineleyen ölüm veya intihar düşünceleri ya da girişimde bulunma
- B. Bu belirtilerin klinik açıdan bir sıkıntıya neden olması ya da toplumsal, mesleki ve önemli alanlarda işlevsellikte bozulmaya yol açması
- C. Bu belirtilerin genel tıbbi bir duruma ve madde kullanımına bağlı olmaması.

Not: A ve C ölçütleri bir major depresif atak hakkındadır.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk ve diğer bozukluklarla açıklanamaz.

E. Hiç bir zaman mani veya hipomanik dönemin geçirilmemiş olmasıdır (72).

## **2.11 PASİF SİGARA MARUZİYETİ**

Pasif içicilik; başkalarının içtiği veya yanan tütün ürününden kaynaklanan dumanın solunmasıdır. Başkasının dumanına maruziyet (pasif sigara, çevresel sigara dumanı-ÇSD) sigara içmeyen insanlarda ölüm ve bazı hastalıklara yol açmaktadır. ÇSD erişkinlerde koroner arter hastalığı, akciğer kanseri, nazal sinus kanseri, inmeler, meme kanseri, servikal kanser ve düşüklere, çocuklarda da ani bebek ölümü sendromu, fetal büyüme geriliği, bronşit, pnömoni, otitis media, davranış ve biliş üzerine olumsuz etki, astım oluşumu, kistik fibrozis alevlenmelerine neden olmaktadır. Dünya genelinde her yıl 600.000 masum insan başkasının dumanından – duman altı olmaktan – ölmektedir. En önemli zararları çocuk ve gebeler görmektedir (73,74).

Sigara içmeyenlerde 30 dakikalık bir pasif içicilik, koroner kan akımında sigara içenlerden ayırt edilemeyecek düzeyde düşmeye sebep olur. Bu duruma endotelden salınan nitrik oksit karşısında koroner vazodilatasyonun nikotin tarafından inhibe edilmesi sebep olur. Nikotinin bu etkisi ortamda bulunan çok küçük dozlarda bile maksimuma ulaştığından, aktif ve pasif sigara içiminin damarlar üzerindeki etkisi çok farklı değildir. Günde 1-4 sigara içenlerdeki kalp hastalıkları da buna bağlıdır (75).

Anne veya babaları sigara içen çocuklarda öksürük, balgam ve hırıltı daha sık görülür. Pasif sigara maruziyeti ile çocukluk astımı arasında ilişki vardır. İngiltere’de her yıl 17.000 çocuğun sigara dumanına maruz kalması nedeniyle hastanelere yatırıldığı bildirilmektedir. İstemsiz sigara çocukların akciğer fonksiyonlarının gelişim hızını düşürür. İçicilerin evlerinde yaşayan çocuklarda bronş duyarlılığı artmıştır (59).



## 2.12 SİGARA BIRAKTIRMA TEDAVİSİNE GENEL YAKLAŞIM

### **Basamaklı Tedavi Modeli (5Ö)**

2008 ABD sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan kılavuzda (75), sigara içen hastaya yaklaşımda yapılması gerekenler '5A' başlığı altında toplanmıştır. Bu stratejiler Türkçeye 5Ö ya da 5D şeklinde adapte edilmiştir.

Bu stratejilerin içerikleri başlıklar halinde incelenecek olursa;

**Öğren (Ask-Değerlendir):** Tüm hastaların her gelişinde tütün kullanım durumunu tespit et ve vital bulgularıyla beraber kaydet. Tütün kullananlar 3 kategoride değerlendirilebilir:

1. Sigara bırakmayı isteyenler
2. Sigara bırakmayı istemeyenler
3. Henüz bırakmış olanlar

Bu sorguda bağımlılık derecesi açısından öngöründe bulunabilmek ve tedavi dozunu ayarlayabilmek için ne zamandan beri sigara kullandığı, günde içtiği sigara sayısı, sabah kalktıktan sonra ilk sigarasını ne zaman içtiği sorulmalıdır (76).

Sigara haricinde nikotin içeren maddeler (nargile, e-sigara vs.) ve pasif içiciliğe maruziyeti de sorgulanmalıdır. Sigara bırakmadaki nikotin yoksunluk sendromu gibi zorluklar ortaya konulmalıdır. Kahve içme, alkol kullanma, evde sigara içilmesi, sigara içilen ortamlarda bulunma gibi çevresel tetikleyiciler de sorgulanmalıdır. Sigara içenler bu tetikleyicilere karşı kendileri tetikte olmalı ve mücadele etmede arkadaşıyla konuşma, telefon açma, nefes egzersizi gibi bireysel aktiviteler geliştirmelidirler. Her şeyi denediğini söyleyen hastalar aslında düzenli ve profesyonel bir destek almamış olabilir veya ilaçlarını düzgün kullanmamış olabilirler. Her hastaya klinisyen olarak tüm zorluklarda destek olunacağı ve etkili tedavi yöntemleri olduğu net bir anlatımla açıklanmalıdır (75).

### **1. Öner (Advise-Doğru bilgi)**

Bırakma önerisinde bulun. Hastaya verilen bırakma mesajı;

*Açık Olmalı:* Sigarayı bırakmalısınız. Azaltmanız yetmez. Bu konuda size yardımcı olabiliriz.

*Güçlü Olmalı:* Bugünkü ve gelecekteki sağlığınız için yapabileceğiniz en önemli şeyin sigarayı bırakmak olduğunu bilmeniz benim için önemli

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

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

### **2. Ölç (Assess-Derecelendir)**

Bırakma girişimi konusundaki isteğini ve nikotin bağımlılık düzeyini değerlendir.

İçenlere; “Bir ay içinde sigara bırakmayı denemek istiyor musunuz?”

Yeni bırakanlara; “Nasıl bıraktınız ve bıraktıktan sonra bir zorluk yaşadınız mı?”

### **3. Önderlik Et (Asist-Destek ol)**

Kesin olarak sigara bırakmaya karar vermiş hastaya:

- 1) Bırakma çabalarında yardım et;
  - Bırakma günü belirle
  - Bırakma düşüncesini yakınlarıyla paylaşmasını sağla.
  - Bırakma sonrası zorluklara hazırla
  - Etrafındaki sigara ve bağlantılı nesnelere uzaklaştırmasını sağla
- 2) Günde  $\geq 10$  sigara içenlere ilaç tedavisi öner ve davranışsal tedavi uygula.

- 3) Sosyal destek sağla.
- 4) Destekleyici materyal (bırakma kılavuzu) ver.
- 5) Sigara içme riskini artıran durumları açıkla; alkol, stres, sigaralı ortam, daha önce sigara içtiği durum ve mekânlar, vs.
- 6) Başa çıkma, problem çözme becerilerini geliştir; tetikleyicilere karşı koymayı öğrenme, negatif duygu durumu düzeltici kognitif stratejiler öğretme, hayat kalitesini artırıcı stresi ve sigara maruziyetini azaltıcı hayat tarzı değişikliklerini öğret.
- 7) Basit bilgiler ver; bir çekimin/fırtın bile başlamaya neden olabileceğini, yoksunluk semptomlarının en sık ilk 1-2 hafta içinde olacağını ama birkaç ay da sürebileceğini anlat.
- 8) Hastayı bırakma konusunda yüreklendir; artık etkili ilaçlar var, tüm içenlerin yarısı artık içmiyorlar gibi söylemlerle hastanın özgüvenini güçlendir.
- 9) Endişeler hakkında konuş; bırakma hakkında neler hissediyor? Direk olarak ilgi ve istekliliğini göster. Hastanın endişe ve gelgitlerini sorgula.
- 10) Hastayı bırakma süreci hakkında konuşmaya teşvik et; sigara bırakma nedenlerini, sigara bırakma hakkında endişelerini, hastanın başarılarını, bırakma sürecinde karşılaştığı zorlukları sor.

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

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

Hastanın bırakma çabalarını destekleyecek düzenli izlem yapılmalı. Bırakmayı izleyen hafta içinde ve aynı ay içerisinde kontrol görüşmesi yapılmalı. Yüz yüze görüşme mümkün olmuyorsa telefonla görüşme sağlanmalıdır. Bu görüşmelerde; kişinin bırakma çabası övülmeli, zorlukları tanımlanıp başa çıkma yöntemleri anlatılmalı, hataları söylenmeli, kilo alma ve depresif duygu durumu da sorgulanmalıdır.

### **Sigara Bırakmayı Düşünmeyen Hastaya Yaklaşım 5R-TeRKET**

Sigara bırakmayı düşünmeyen hastalarda; ilerisi için bırakma motivasyonu sağlayacak görüşmeler yapılmalı ve gelecekte bırakma konusunda yardımcı olunabileceği vurgulanmalıdır. Bu hastalara yaklaşım kolay akılda kalması için “5R” ya da TeRKET şeklinde kodlanmıştır.

*Tüm Etkileri gözden geçirin (Relevance):* Sigara bırakmak isteyen kişinin hastalık, sosyal durumu, endişeleriyle ilgilenilmeli ve sigaranın zararları bu durumlarla, olabildiğince kişiye spesifik bir şekilde anlatılmalı. Çünkü motivasyonel görüşme kişinin hastalık ya da sosyal durumuyla, endişeleriyle ilgili olduğunda en büyük etkiyi gösterir.

*Riskler (Risks):* Hastaya, sigaranın erken dönemde ve uzun vadedeki potansiyel zararları açıklanmalı. Düşük nikotinli veya düşük katranlı sigara formlarının (light sigara, pipo, puro vb) bu riskleri azaltmayacağı vurgulanmalı.

*Kazançlar (Rewards):* Sigara bıraktıktan sonra hastanın sahip olabileceği kazançlardan bahsedilmeli: daha sağlıklı bir yaşam, daha lezzetli yemekler, daha hoş kokular, maddi kâr, daha iyi hissetme, arabanın evin elbiselerin daha güzel kokması, çocuklara iyi örnek olma ve çocukların sigaraya başlama ihtimallerinin azalması, daha sağlıklı bebek sahibi olma, fiziksel olarak daha iyi performans sahibi olma, daha genç cilt ve daha beyaz dişlere sahip olma gibi kazançları anlatmalı.

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

*Tekrar (Repetition):* Motivasyonel görüşme motivasyonu düşük hastalara her vizitte tekrarlanmalıdır. Bırakmada başarısız olanlara, sigara bırakmayı başarmış olanların çoğunun birçok başarısız bırakma denemesinden sonra başardığı ve bunun aslında pozitif bir tecrübe olduğu söylenmelidir.

### 2.12.1 Farmakolojik Tedavi Seçenekleri

#### ***Nikotin Replasman Tedavisi***

Nikotin replasman tedavisi kandaki nikotini yerine koyarak tütün çekilme semptomlarının şiddetini azaltma yoluyla etkili olur. Bu, sigarayı bırakma ile ilişkili kesilme semptomlarını sigara içme dürtüsüne karşı koymaya yardım ederek azaltır (89). Nikotin yerine koyma tedavisi nikotin bağımlılığı olduğu saptanan kişilere hekim kontrolünde uygulanmalıdır. Fagerström Tolerans Anketine göre orta ve üzeri bağımlıların sigarayı bırakırken nikotin yerine koyma tedavisinden yarar görmeleri mümkündür (91).

NRT ile vücuda verilen nikotin dozu sigara içimiyle alınan dozdan çok daha düşüktür. Bir sigara içiminden 10 dakika sonra ulaşılan plazma nikotin düzeyi 20-50 mg/L arasında, ortalama 35 mg/L iken NRT için kullanılan nikotin sakızları ve nazal spreyle nikotin plazma seviyesi 6-8 mg/L, transdermal formlarda ise 12 mg/L düzeylerinde pik yapmaktadır. NRT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle 2-8 haftalık aralıklarla azaltılarak kesilir, bu azaltma sırasında nikotin yoksunluk semptomlarının da azalıyor olması önemlidir. Ancak bazı hastalarda özellikle NRT'ni nikotin sakızları ile alanlarda nikotin preparatlarını kullanma alışkanlığı devam etmektedir (90). Nikotin yerine koyma tedavisinde günümüzde kullanılan nikotin formları, sakız, nazal sprey, oral inhaler ve transdermal banttır. Ülkemizde transdermal bant ve sakız formları bulunmaktadır (91). Tedavi başarısızlığında ya da nikotin yoksunluk belirtileri yeterince kontrol altına alınamadığında, kombine tedavi kullanılabilir. En çok tercih edilen, bant ve sakız kombinasyonudur (90).

NRT'nin kullanılmaması gereken durumlar; gebelik, emzirme dönemi, 18 yaş altı, son 6 hafta içinde geçirilmiş akut miyokard enfarktüsü, anstabil anjina pectoris ve aritmilerdir. Ayrıca bant formu, psöriazis ve egzema gibi inatçı deri hastalığı olanlarda önerilmemektedir (98,90).

*Nikotin pastil:* Pastillerin 1mg, 2 mg ve 4 mg'lık formları mevcuttur. Pastilin ağzın içinde çevirilerek yavaş yavaş çözülmesi sağlanmaktadır. Pastil 30 dakikalık bir kullanımdan sonra atılmalıdır. Amaçlanan saatte bir pastil, günde 15 ve üstü pastil kullanılmasıdır (93).

*Nikotin Nazal Sprey:* Nikotin nazal sprey (NNS), her püskürtmede 0.5 mg nikotin veren pompa şeklindeki nikotin tedavi formudur. Her burun deliğine birer kez püskürtülür ve her defasında 1 mg alınması amaçlanır. Saatte 1-2 doz, azami 5 doz önerilmektedir. Nikotin vücuda çok hızlı alındığından farmakokinetik profili sigaraninkine benzer. Hızla emildikten sonra yaklaşık 10 dakika içinde pik plazma konsantrasyonuna ulaşır. Tek seferde, 1 mg nikotinin alınmasını izleyen 5-10 dakika içinde, plazma nikotin seviyesi ortalama 16 ng/mL'ye ulaşır. Yüksek bağımlılığı olan olgular için uygun nikotin yerine koyma tedavisi olduğu düşünülmektedir. Önerilen doz 10-40 püskürtme/ gündür. Tedavi süresi 3-12 ay arası değişmektedir. Mukozal irritasyona bağlı nazal sekresyonlarda artış, mukozada konjesyon, gözlerde yaşarma, öksürük, burun çekme ve aksırık gibi yan etkileri olabilir (90).

*Nikotin inhalatör:* Tam olarak inhaler değildir; oral mukozadan emilim olmaktadır. Her inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içermekte ve her kullanışta 1,5-2,0 mg nikotin alınmaktadır. Başarılı bir sonuç için 6-16 kartuş/gün önerilmektedir. Yeterli serum seviyesinin oluşması için inhalatörün her saat 20 dakika kullanılması önerilir. İnhalatör üç kez 20 dakika kullanıldıktan sonra kartuş değiştirilmelidir. Geçici ağız ve boğaz irritasyonu, öksürük en sık görülen yan etkileridir. Günde en az dört inhaler kullanılması (4-10 inhaler/gün) ve bu tedaviye 3 ay devam edilmesi, bunu takip eden 3 ayda dozun azaltılması önerilmektedir (90), ülkemizde henüz bulunmamaktadır.

*Nikotin Sublingual Tablet:* Nikotinin dilaltı tablet formunda, 2 mg'lık tabletler dilaltında çözünerek oral mukozanın her tarafından emilebilmektedir. Etkinliğin iyi olabilmesi için her saat bir tablet kullanılması önerilmektedir (90).

**Tablo 2.2:** Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan Birincil Farmakolojik Tedavi Seçenekleri

İlaç	Doz	Kullanım Süre ve Şekli
Nikotin Sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet Günde maksimum 24 adet
Nikotin Bant	21 mg/24 saat 14 mg/24 saat 7 mg/24 saat	4 hafta 2 hafta 2 hafta 10 sigaradan az içiyorsa daha düşük doz ile başlanır.
Bupropion	150 mg oral tablet	150 mg/gün oral tablet günde 1 kez ilk üç gün 150 mg/gün oral tablet günde 2 kez iki ay İki doz arasında en az 8 saat olmalıdır. Süre: 12 hafta
Vareniklin	0.5 mg/gün 1 mg/gün	0.5 mg/gün sabah ilk 3 gün, 0.5 mg sabah /akşam 4-7 gün, 1 mg sabah ve akşam 8. günden itibaren tedavi bitimine kadar (12 hafta)

**Kaynak:** Türk Toraks Derneği - Tütün Kontrolü Çalışma Grubu 2014

### **Bupropion**

Bupropion, seçici bir dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür. Depresyon tedavisinde etkili olmasının yanı sıra sigaranın bırakılmasına bağlı gelişen yoksunluk semptomlarını azaltmada etkinliği kanıtlanmış bir ilaçtır ve bu amaçla kullanılmasına ilişkin onay almış ilk nikotin dışı farmakolojik ajandır. Amerika İlaç ve Gıda Örgütü (FDA) 1985 yılında bupropionun hızlı salınımlı formunu, ikinci jenerasyon antidepresan olarak onaylamış, 1996 yılında da hızlı salınımlı formuna alternatif olarak sürekli salınımlı formunu onaylamıştır. Günde iki kez kullanılan sürekli salınımlı formunun nöbet insidansı %0,1 olarak belirlenmiş olup, uzamış nörolojik toksisiteye neden olduğu görülmüştür. Bupropionun hızlı ve sürekli salınımlı formunun yan etkilerinden dolayı günde tek doz kullanılan yavaş salınımlı formu, 2003 yılında FDA tarafından onaylanmıştır. Yavaş salınımlı formuna bağlı olarak nöbet oldukça nadir bildirilmiştir (78).

Bupropionun 150 mg'lık tabletleri vardır ve tedavi bupropion 300mg/gün dozunda kullanılır. Bupropion'la önerilen tedavi süresi Amerika ve Kanada'da 7-12 hafta, Avrupa'da 7-9 haftadır (79). Hastanın ihtiyacına göre

klınısyen tedavıyı uzatabılır, çünkü 2-3 sene süreyle kronik depresyon tedavisinde de güvenle kullanılmıştır (80). Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. Günlük doz 300 mg/gün' geçmemelidir (79,80). Bazı sigara kullananlar, örneğin kadın ve yaşlılar daha yüksek dozlara çıkma ihtiyaı yaşamadan, 150 mg ile başarı sağlayabilir (80). Olgu tedavi alırken sigarayı bırakır ve tedavi aynı dozda sürdürülür.

Bupropion genelde iyi tolere edilir fakat ağız kuruluğu ve uykusuzluk en sık bildirilen yan etkileridir. Konvzyon hastaların yaklaşık %0.1'inde olur; bu risk özgeçmişinde epilepsi öyküsü olanlarda, anorexia nervozada ve bulimiada artar (81).

Bupropion kullanımının kontrendike olduğu durumlar; konvzyon ve konvzyon eşiğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanım veya MSS travması öyküsü veren olgularda, kontrolsüz hipertansiyonu, ağır hepatik nekrozu, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlarda 18 yaş altı sigara içenlerde, hamilelerde, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlarda, santral sinir sistemi tümörü olanlarda, bipolar hastalığı olanlarda, çok ağır siroz olgularında kontrendikedir (81).

### **Vareniklin**

Vareniklin bir nikotinik asetil kolin reseptör parsiyel agonistidir. İlacın  $\alpha4\beta2$  nikotinik asetilkolin reseptörleri üzerindeki intrinsik parsiyel aktivasyonu sayesinde, nikotin yoksunluğu döneminde oluşan düşük mezolimbik dopamin düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Böylece sigara kesilme semptomlarını düzelttiği ileri sürülmektedir. Ayrıca sigara kullanımı sırasında grlen dopamin yükselmesi ilacın  $\alpha4\beta2$  nikotinik asetil kolin reseptörlerine kompetitif bağlanması sayesinde düşer. Böylece ilacın sigara arzusunu azalttığı bildirilmektedir (82).

Vareniklin tedavisine ilk üç gün 0,5 mg günde tek doz şeklinde başlanır. Sonraki dört gün doz günde iki kez 0,5 mg'a yükseltilir. Sonraki günlerde ise tedavi günde iki kez 1 mg şeklinde 12 haftaya tamamlanır. İlaç başladıktan sonra 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda sigarayı



bırakma günü belirlenir. Tedaviye 12 hafta devam edilir (81). Ancak 24 haftalık tedavinin sigarayı 6 ay ve 1 yıllık süreyle bırakmada başarıyı artırdığı da görülmüştür. Yapılan çalışmalarda tedavi süresinin 1 yıla kadar uzatılmasının nüks olasılığını azalttığı bildirilmiştir (83). Tedaviye bağlı en sık görülen yan etki bulantıdır. Daha seyrek olarak kusma, gaz çıkarma, ağızda kötü tat, anormal rüyalar ve uyku düzensizlikleri görülmektedir (82). Bu yan etkilerin görülme sıklığını azaltmak amacı ile ilaç ilk hafta düşük dozda başlanıp tedricen doz artırılır. Bulantının sorun olduğu olgularda ilacın yemekler ile birlikte alınması önerilir, buna rağmen bulantı devam ederse günlük doz 1 mg düşülür ve bulantı kontrol altına alındıktan sonra bir kez daha doz artırılması denenir. Diğer yan etkilerde olgunun sigara bırakma girişimini etkileyecek kadar sorun yaratıyorsa öncelikle doz azaltılması denenmelidir, doz azaltılınca semptomların azaldığı veya tamamen kaybolduğu görülmüştür. Karaciğer yetmezliği olanlarda doz değişikliği yapmaya gerek yoktur fakat ağır renal yetmezliği olan olgularda ise günlük dozun 0,5 mg düşürülmesi önerilir (81). Yaşlılarda veya farklı ek hastalıkları olan olgularda doz değişikliğine, metabolik, hematolojik ve kardiyak değişiklik olmadığı için herhangi bir laboratuvar değerinin izlenmesine gerek yoktur. Vareniklin kullanmasına rağmen sigara bırakma girişiminde motivasyonunu kaybeden ve sigaraya tekrar başlayan olgularda bütün destek yöntemlere rağmen nüks oluşmuşsa tedavi 12. haftayı tamamlamadan ilaç kesilebilir (81).

Vareniklin'in 12 hafta kullanılmasının Bupropion ve plaseboyla karşılaştırıldığı bir başka çalışmada 52 haftanın sonunda bırakma oranları Vareniklin için %21,9, Bupropion için %16,1 ve plasebo için %8,4 bulunmuştur. Bu çalışmada yan etki olarak en fazla bildirilen vareniklin için bulantı (%28,1) ve bupropion için uykusuzluk (%21,9) olmuştur (84).

Vareniklin ve bupropionun karşılaştırıldığı sistematik derlemede 52 haftalık izlem sonunda vareniklin kullananlarda sigara bırakmayı sürdürme durumu bupropiona göre 1,52 kat fazla bulunmuştur (85).

Literatürde vareniklin ile onikinci haftada sigara bırakma oranları %23 ile %29,7 arasında bildirilmiştir (162). KOAH'lı hastalarda plasebo kontrollü vareniklin ile yapılan bir çalışmada 9-12. haftalar arasında vareniklin ile %42,3, plasebo ile %8,8 bırakma oranları bildirilmiştir (163). Başka bir

çalışmada ise vareniklin ile 6 ay sonraki bırakma başarısı %49,5 olarak bulunmuştur (164). Literatürde davranışsal eğitim tek başına uygulananlar ile davranışsal eğitim eşliğinde NRT, bupropion ya da vareniklin kullananların 3 aylık sigara bırakma durumları karşılaştırıldığında vareniklin ile bırakma başarısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine diğer farmakolojik tedavilerde olduğu gibi vareniklin kullanım süresi uzadıkça bırakma oranı da artmıştır (127).

### ***Nortriptilin***

Trisiklik bir antidepresan olan nortriptilin tedavisine günde birkez 25 mg ile başlanıp 75-100mg'a kadar doz arttırılabilir, tedavi süresi ortalama 12 haftadır. 10-28. Günlerde sigara bırakılır. Yan etkileri arasında; ; görme bulanıklığı, idrar retansiyonu, tremor ve aritmi bulunur (127,128).

### ***Klonidin***

Alfa-2 reseptörlerin selektif agonisti anti hipertansif bir ilaçtır. Oral ve transdermal formu mevcuttur. Günlük doz transdermal 0.10 -0.20 mg/gün, oral 0.15-0.75 mg olup tedaviye 3-10 hafta devam edilmelidir (130).

### ***Rimonabant***

Kannabinoid reseptör antagonisti olan rimonabant nikotin bağımlılığı ve iştah ile ilgili reseptörleri bloke ederek etkisini gösterir. Rimonabantın yan etkileri; bulantı, kusma, baş ağrısı, baş dönmesi, uykusuzluk, depresif semptomlar ve anksiyetedir (130).

**Tablo 2.3:** Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan İlaçların Yan Etki ve Kontrendikasyonları

İlaç	Kontrendike olduğu durumlar	Çok yaygın yan etkiler	Yaygın yan etkiler
Nikotin Sakızı	Miyokard infarktüsü Stabil olmayan anjina Ağır kardiyak aritmi	Kötü tad, ağızda iritasyon, hıçkırık, gastrointestinal rahatsızlık, çene ağrısı, ağız dış problemleri	Göğüs ağrısı, terleme, diyare
Nikotin Bant	Aktif ya da son bir ay içinde miyokard infarktüsü öyküsü, unstable angina ve aritmi, gebeler ve süt emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, bant allerjisi, yaygın deri hastalığı varlığı	Uygulama yerinde kızarıklık ve kasıntı	Ödem ve yanma hissi Bulantı, baş ağrısı sersemlik, uyku bozuklukları
Bupropion	Konvulziyon Konvulziyon eşiğini düşüren ilaç kullanımı MSS travması öyküsü Kontrolsüz hipertansiyon, Ağır hepatik nekroz, çok ağır siroz, Anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları, MAO inhibitörü kullanımı, 18 yaş altı sigara içimi, Bupropiona aşırı duyarlılık, Santral sinir sistemi tümörü, Bipolar hastalık varlığı	Uykusuzluk (insomnia) Baş ağrısı Baş dönmesi Ağız kuruluğu, bulantı ve kusmayı içeren mide-barsak sistemiyle ilgili (gastrointestinal) rahatsızlıklar	Titreme (tremor), sersemlik, tat alma bozuklukları Konsantrasyon bozukluğu Görme bozukluğu Kurdeşen (ürtiker) gibi aşırı duyarlılık reaksiyonları Döküntü, kaşıntı, terleme İştahsızlık (anoreksi) Karın ağrısı (abdominal ağrı), kabızlık (konstipasyon) Ateş, kuvvetsizlik (asteni)
Vareniklin	Varenikline alerjik durum, Terminal dönem böbrek hastalığı, 18 yaş altı sigara içimi ve hamileler için veri yeterli değildir	Bulantı, anormal rüyalar, kabızlık, uyku güçlüğü	İştah artışı, tat almada değişiklik, ağız kuruluğu, uyku hali, yorgunluk, baş dönmesi, kusma, kabızlık, ishal, şişkinlik hissi, mide rahatsızlığı, hazımsızlık, mide/bağırsakta gaz

**Kaynak:** Türk Toraks Derneği - Tütün Kontrolü Çalışma Grubu 2014

## 2.13 SİGARA BIRAKMA BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sigara içicilerinin karakteristik özelliklerini ve motivasyon kaynaklarını bilmek danışmanlık verecek hekim için yardımcıdır. Sosyodemografik özellikler, psikososyal faktörler, sigara anamnezi ve bağımlılık derecesinin bırakma başarısı ile ilişkisi yaygın olarak incelenmiştir, yapılan birçok araştırmada farklı sonuçların çıkması sigara bırakma başarısını etkileyen

faktörlerin çeşitliliğini göstermiş olup kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir.

Sigara bırakma başarısını etkileyen en önemli komponent kuşkusuz kişinin karar vermesi, motive ve niyetli olmasıdır. Sigarayı bırakmayı çok istemek, bunu yapabileceğine ve kendi gücüne inanmak, sigara içen biri olmaktan memnun olmamak, sigarayı stresle baş etme yöntemi olarak ya da sosyalleşme aracı olarak görmemek gibi faktörler, bırakma başarısı üzerine etkili bulunmuştur. Sigaraya bağlı hastalıklardan kaçınmak düşüncesi yerine sağlıklı ve iyi olma halini sürdürmek düşüncesinde olanların; öz saygı, mutluluk ve özgürlüğünü artırma isteği ile motive olanların daha başarılı olduğu gösterilmiştir (96).

Sosyodemografik özellikler açısından bakıldığında yapılan bir çok çalışmada; erkek cinsiyet, ileri yaş, eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin iyi olması, bir iş sahibi olmak, yalnız olmamak (evli olmak ya da bir eş ile yaşıyor olmak) gibi sosyodemografik özelliklerin sigara bırakma başarısını olumlu etkilediği gösterilmiştir (90,96).

“Nikotin bağımlılık düzeyinin” başarılı bir girişimin belirleyicisi olduğu uzun zamandır bilinen bir gerçek ancak daha yeni bir sonuç olarak; bağımlılık ölçütleri arasından özellikle sabah içilen ilk sigaranın zamanlamasının oldukça belirleyici olduğu bildirilmektedir (90).

Çeşitli komorbiditeleri olan sigara kullanıcılarından sigara ilintili malignite tanısı alanlar medikal tedavi olmaksızın davranış terapisi desteği ile ani olarak sigara kullanımını kesebilirken, sigaraya bağlı gelişen kronik hastalıklarda durum daha farklı bir seyir izleyebilmektedir. Yapılan çalışmalar, kronik kardiopulmoner hastalıkları olanlarda sigara bırakma başarısının daha düşük olduğunu göstermekte ve bunun çeşitli sebepleri olabileceği ileri sürülmektedir. Aslında içicilerin sigaraya bağlı kronik kardiopulmoner hastalıklara sahip olmaları, aynı zamanda onların daha ağır içici olduğunun da bir göstergesi olduğundan; bu durum bırakma başarılarının düşük olmasını açıklayabilir. Ayrıca kronik hastalığa sahip içici için sigara içmek, stresle baş etme yöntemi ise; hastalığın yarattığı endişe ve stres için de içmeye devam edecektir (90).

Depresyon ile nikotin bağımlılığı arasındaki ilişki oldukça karmaşık ve çok yönlüdür. Depresyon, nikotin bağımlılığı için bir risk faktörüdür. Genel toplumda, depresyon tanısı alan 15 yaş üstündeki kişiler arasında sigara kullanımının sıklığı, depresyonda olmayanlardan iki kat (%45'e %22) fazla bulunmuştur (99). Diğer yönden bakıldığında, sigara içenlerde de depresyon öyküsü daha sıktır. Örneğin erişkinlerde nikotin bağımlısı olanların son bir yıl içinde majör depresyon geçirmiş olma sıklığının nikotin bağımlısı olmayanlardan iki kat fazla (%13,8'e %6) bulunduğu bildirilmiştir (100). Depresyon ile nikotin bağımlılığı arasındaki karmaşık etkileşime rağmen bu kişilere de sigarayı bırakmaları için tavsiye ve tıbbi destek mutlaka sunulmalıdır.

## **2.15 NÜKS OLGULARA YAKLAŞIM**

Nüks, sigarayı bırakmayı başarmış bir kişinin tekrar sigaraya başlaması ve yeni bir bırakma teşebbüsüne kadar sigara içmeyi sürdürmesidir. Nüksler genellikle ilk haftalarda görülmekle birlikte (101,102), güçlü sigara içme arzusu sigarayı bıraktıktan aylar veya yıllar sonra aniden umulmadık bir anda ortaya çıkabilmektedir (103,104). Sigara bıraktıktan sonra ilk yılda nüks oranı %60-90, 2. ve 6. yıllar arasında oran %2-4 arasında değişirken, 10 yıl sonra oran %1'e düşmektedir (105).

Sigara bırakma sürecinde nüksten önce kayma (slip) veya hatalar (laps) olabilmektedir. Sigara bıraktıktan sonra tek bir sigara içimi veya birkaç puf çekilmesi "kayma", birkaç gün birer tane sigara içimi ise "hata" olarak tanımlanmaktadır. Tetik çeken faktörler ve yüksek riskli durumlar hataya neden olabilmektedir (90).

Sigara İçilmesi Tetikleyen Faktörler; faktörler tespit edilip önlemler alınmalı (105);

- Çevrede sigara içen kişilerin bulunması (özellikle Aile İçi..)
- Alkol kullanımı
- Kendini kötü, depressif hissetmek
- Kendine fazla güvenmek (İstediğim zaman bırakabilirim gibi)
- Sevdiği kişilerden ayrılmak (vefat..)
- Sinirlilik, kendine acıma hissine kapılmak

- Tedaviye uyum sağlamamak
- Yorgunluk, aşırı iş yükü
- Stres ve kaygılar
- Ekonomik sıkıntılar
- Negatif düşünceler, kötümserlik durumu

Tütün bağımlılığı tedavi edilirken erken ve geç dönemlerde nükslerin olması nedeniyle, nükslerin önlenmesi için takip ve kontrollerin sürekliliği gerekmektedir. Bu nedenle nükse neden olacak durumların hastalara çok iyi açıklanması gerekmektedir. Yüksek riskli gruplar, yüksek riskli durumlar iyi bilinmeli ve kişinin bunlarla başedebilme becerileri, motivasyon düzeyi, kendine güveninin artırılması için gerekli çaba gösterilmelidir. Özellikle doktorların olumlu geri bildirimleri motivasyon ve kendine güveni artırmada önemli rol oynamaktadır (90).

Benzer şekilde uzatılan vareniklin tedavisinin özellikle kadınlarda nüks önleme üzerine daha etkili bulunduğu belirtilmiştir (106). Vareniklin tedavisinin uzatılması ile nüks oranının daha düşük olduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (90).

Nüks olgularda tedavi düzenlerken; hastanın daha önce tedavide kullanmadığı ilaçları tercih etmek, İlaçları kombine ederek kullanmak veya tedavi süresini daha uzun tutmak gibi seçenekler üzerinde düşünülebilir (108). Nikotin ürünlerinin (sakız, inhaler, nazal sprey) istenildiğinde 6 aya kadar kullanılmasının bilinen bir sağlık riski olmadığı ve ürüne karşı bağımlılık gelişmesinin ise nadir görüldüğü bildirilmiştir (107). Bupropion SR ve Varenikline ve bazı NRT ürünlerinin 6 ay kadar kullanımına FDA tarafından onay verilmiştir (107).

## **2.16 SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNİN İŞLEYİŞİ**

Sigara bıraktırma poliklinikleri sigarayı bırakmak isteyen danışanlara kişiye özgü tedavi programının sunulduğu uzmanlaşmış polikliniklerdir. Sigaranın bırakılması koruyucu hekimlik açısından önemlidir. Bu polikliniklerde sigara konusunda yetişmiş hekim psikososyal yardım davranış eğitimi ve farmakolojik tedavi açısından hastaya yardımcı olur. Hastalara broşür, kitapçık gibi materyaller sağlanabilir (109).

Sigara bırakma programının her biri en az 10 dakika süren, dört ya da daha fazla görüşmeyi içermesi önerilmektedir. Hastalar bırakma gününden sonraki ilk 15 gün içinde en az bir kez görülmeli, takip eden üç ay, ayda bir kez ve daha sonra üç ayda bir görüşmelerle bir yıllık izlem tamamlanmalıdır. Sigara kullanmayı bırakan hastalar kendi inisiyatifleri ile davranış eğitimi, destek görüşmelerine devam edebilir.

Dosyada kimlik bilgileri, demografik bilgiler, sigara özgeçmişi, medikal özgeçmişi, fizik muayene bulguları, tedavi öncesi kan biyokimyasal değerleri olmalıdır. Bağımlılık düzeyinin tespitinde pratikte Fagerström testi tercih edilmektedir. Hastanın tütüne başlama ve devam etme nedeni, bırakmak isteme nedeni, en uzun bırakma süresi, profesyonel destek alıp almadığı, çevre öyküsü, sigara içme isteğini artıran nedenler sorgulanmalıdır (110).

Burada yapılan ilk görüşmede hekim hastanın genel sağlık durumunu değerlendirdikten sonra sigara bırakma yöntemleri konusunda bilgi verir ve gerektiğinde uygulamayı düşündüğü farmakolojik tedavi konusunda hastayı aydınlatır. Hekimin danışanla iletişimi empati ve sabırla yürütmesi bu aşamada danışanın tedaviye devamlılığını etkilemektedir.

Görüşmeler, hem bireysel, hem de grup görüşmeleri biçiminde yapılabilir. Grup görüşmeleri öncesi danışanların rızası alınmalıdır. Bunun yanı sıra telefon görüşmeleri etkili bir uygulamadır. Telefon görüşmeleri, hastalar kontrole gelmediği zaman ve poliklinik kontrol tarihleri arasında, hekimin belirlediği tarihlerde ve sıklıkta yapılabilir. Böylelikle kişi sorumluluklarını hatırlar, tedaviye katılımı dinamik olarak devam etmiş olur (109).

## **2.17 POLİKLİNİĞİMİZDE HASTA TAKİBİ**

Danışanlarımız mhrs 182 veya 171 sigara bırakma hattından randevu alarak polikliniğimize başvurumaktadırlar. Öncelikli olarak hastaların sosyo-demografik özelliklerini, sigara ile ilgili geçmiş öyküleri, sigara içme tutum ve davranışlarını, kronik hastalıklarını, kullandıkları ilaçları, Fagerström nikotin bağımlılık testini, HAD ölçeğini içeren dosyaları doldurulmaktadır. İlk görüşmede tüm hastalara fizik muayene yapılmaktadır. Ardından hastaların sigarayı bırakma talepleri ve bu konuya yaklaşımları değerlendirilir ve hastalardan elektrokardiyografi (EKG), akciğer grafisi,

solunum fonksiyon testi (SFT), rutin kan biyokimyası ve tam kan sayımı tetkikleri istenmektedir. Yine ilk görüşmede kişilere Türk Toraks Derneği tarafından hazırlanan bilgilendirici kitapçık veya broşür verilmektedir. Sonrasında tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla ikinci randevu planlanmaktadır. Bu görüşmeye davet edildiklerinde istenen tetkikler incelenir ve hastaya sonrasında problem çözme ve beceri kazandırmaya yönelik destek tedavisi verilerek yoksunluk belirtileri ile nasıl baş edebilecekleri anlatılmaktadır. Hastaya uygun sigara bırakma tedavi yöntemi seçilerek hastaya bu tedavi ile ilgili bilgi verilmektedir ve hastadan tedavi konusunda onam alınmaktadır. Hastanın 10-14. günler arasında sigara bırakma günü tespit etmesi önerilmektedir.

Takiplerde olguya ve başlanan tedaviye özel olarak 15 günde ya da ayda bir olacak şekilde poliklinik kontrolleri yapılmaktadır. Kontrol görüşmeler genellikle 15 dakikalık bir süre içerisinde başlanan tedaviye uyum, olası yan etkilerin değerlendirmesi, gerekli ise tedavinin değiştirilmesi ve motivasyonun artırılmasını, devam ettirilmesini sağlamaya yönelik bir görüşmeyi içermektedir.



# GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI

Çalışmamız; Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan etik kurul raporu alındıktan sonra İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'nde yürütülmüş olup analitik kesitsel bir çalışmadır. Sigara bırakma amacıyla başvuran hastaların dosya kayıtları retrospektif incelenerek yapılmıştır.

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'ne, Ocak 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran hastaların dosyaları incelendi. İncelenen 970 dosya arasından sigara bırakma amaçlı vareniklin tedavisi başlanan, verilen tedaviyi en az 1 ay almış ve dosyaları eksiksiz olan 327 hasta kaydedildi. Telefonla ulaşılabilen ve çalışmayı kabul eden hastaların öncesinde sözlü olarak onamları alındı, çalışmaya katılmayı kabul eden tedaviye başlama süresi üzerinden en az 6 ay geçmiş 209 hasta çalışmaya dahil edildi.

### 3.2 ÇALIŞMA

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'ne, Ocak 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran hastaların dosya verileri incelenerek hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek), sigara içme davranış ve tutumları (sigaraya başlama yaşları, günlük sigara içme miktarları, daha önceki bırakma deneyimleri, evde başka sigara içen kişinin olup olmadığı, sigara içmeyi tetikleyen unsurlar vb...), sigarayı neden bırakmak istedikleri ve ek hastalıkları, nikotin bağımlılık düzeyleri, anksiyete ve depresyon durumları kaydedildi.

### **3.3 TANIMLAR**

Nikotin bağımlılık düzeylerini tespit etmek için Fagerstrom nikotin bağımlılık düzeyi testi uygulandı. Bu test 1978 yılında Fagerström tarafından oluşturulan ve 1-10 puan arasında skorlanarak bağımlılık düzeyinin ölçüldüğü anket formundan oluşmaktadır. Bu teste göre 0-2 çok düşük düzey, 3-4 düşük düzey, 5 orta düzey, 6-7 yüksek düzey ve 8-10 çok yüksek düzey nikotin bağımlılığı olarak değerlendirildi.

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçmek için Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastane anksiyete depresyon (HADS) Ölçeği kullanıldı. Bu ölçeğe göre hastalardan 14 soruluk anket formunu doldurması istendi. HAD ölçeğinde bulunan 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. sorular giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. sorular ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanır. Alt ölçeklerin toplam puanları bu puanların toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. sorular toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. soruların puanları toplanır. HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır. Ayrıca her iki skor toplanarak hastaların duygu durumu ötimik, minor depresif duygu durum ve major depresif duygu durum olarak sınıflandırıldı.

Çalışmamızda tedaviye başladıktan en az 6 ay sonundaki tedavi sonuçları, sigarayı bırakıp bırakamadıkları dosya verilerinden ve telefonla ulaşılarak değerlendirildi. Hastaların şuan ki sigara içme durumları, verilen tedavinin etkinliği, tedaviyi ne kadar süre kullandıkları, tedavinin üzerinden ne kadar süre geçtiği, tedavi sırasında görülen yan etkileri, bırakma döneminde yaşanan zorluklar ve nüks olan olgular değerlendirildi. Dosya ve telefon görüşmeleri sonucunda Sigarayı bırakan, bırakamayan ve bıraktıktan bir süre sonra tekrar başlayan olgular tespit edilerek, sosyodemografik özellikleri, sigara içme tutum ve davranışları, tedavi süreci, kullanım süreleri, nikotin bağımlılık düzeyleri ve anksiyete depresyon durumları karşılaştırılarak değerlendirildi.

### **3.4 İSTATİSTİK YÖNTEMLER**

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni Test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

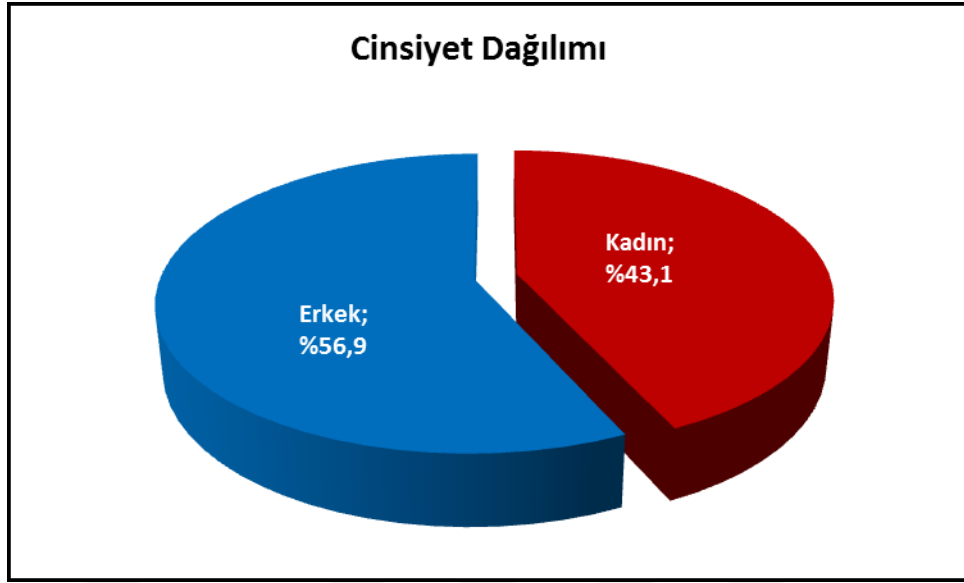


## BULGULAR

Çalışmamız Ocak 2017- Ocak 2018 tarihlerinde İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran; %43,1'i (n=90) kadın, %56,9'u (n=119) erkek toplam 209 olgu ile gerçekleştirilmiştir. Olguların yaşları 21 ile 64 arasında değişmekte olup, ortalama 41,34±10,93 yıldır.

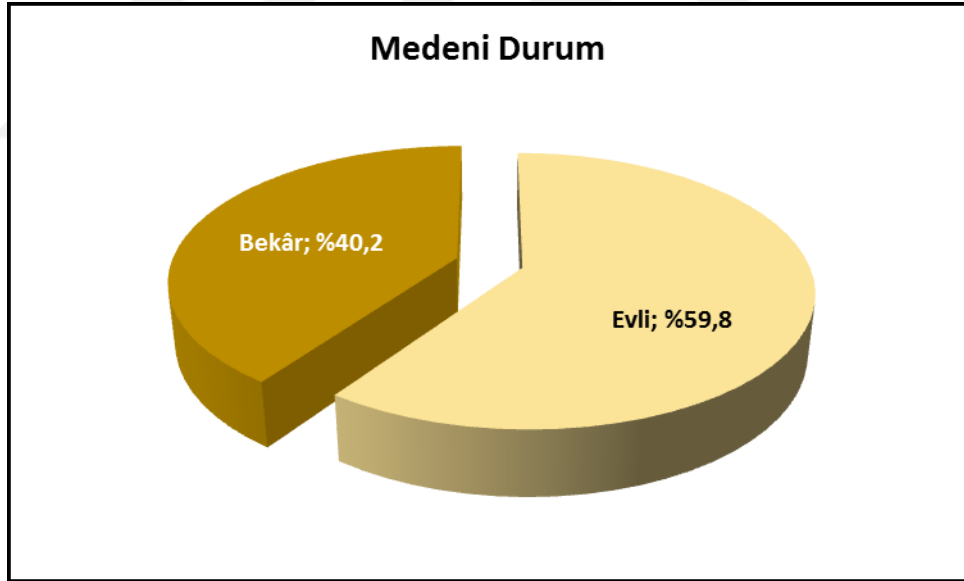
**Tablo 4.1:** Demografik Özelliklerin Dağılımları

<b>Demografik Özellikler</b>		<b>n (%)</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	21-64 (40)
	<i>Ort±Ss</i>	41,34±10,93
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	90 (43,1)
	<b>Erkek</b>	119 (56,9)
<b>Medeni durum</b>	<b>Evli</b>	125 (59,8)
	<b>Bekâr</b>	84 (40,2)
<b>Eğitim düzeyi</b>	<b>Okur-yazar değil</b>	1 (0,5)
	<b>İlkokul</b>	48 (23,0)
	<b>Ortaokul</b>	31 (14,8)
	<b>Lise</b>	72 (34,4)
	<b>Yüksekokul</b>	57 (27,3)
<b>Meslek</b>	<b>Ev hanımı</b>	43 (20,6)
	<b>Serbest meslek</b>	51 (24,4)
	<b>Özel sektör</b>	45 (21,5)
	<b>Memur</b>	30 (14,4)
	<b>Emekli</b>	16 (7,7)
	<b>İşçi</b>	21 (10,0)
	<b>Diğer</b>	3 (1,4)
<b>Aktif çalışma durumu</b>	<b>Çalışıyor</b>	151 (72,2)
	<b>Çalışmıyor</b>	58 (27,8)



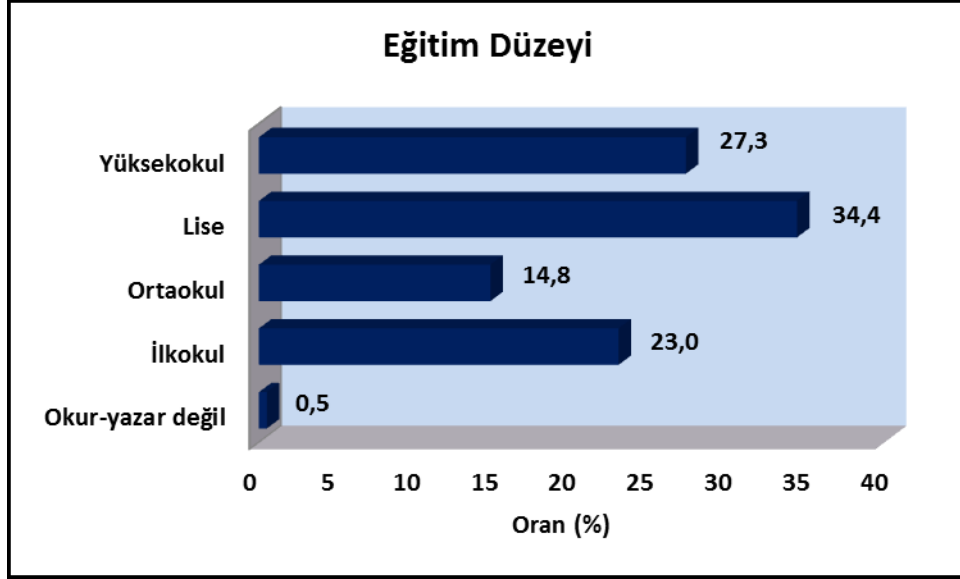
Şekil 4.1: Cinsiyet Dağılımları

Evli olgu oranı %59,8 (n=125), bekâr olgu oranı %40,2 (n=84) saptanmıştır.



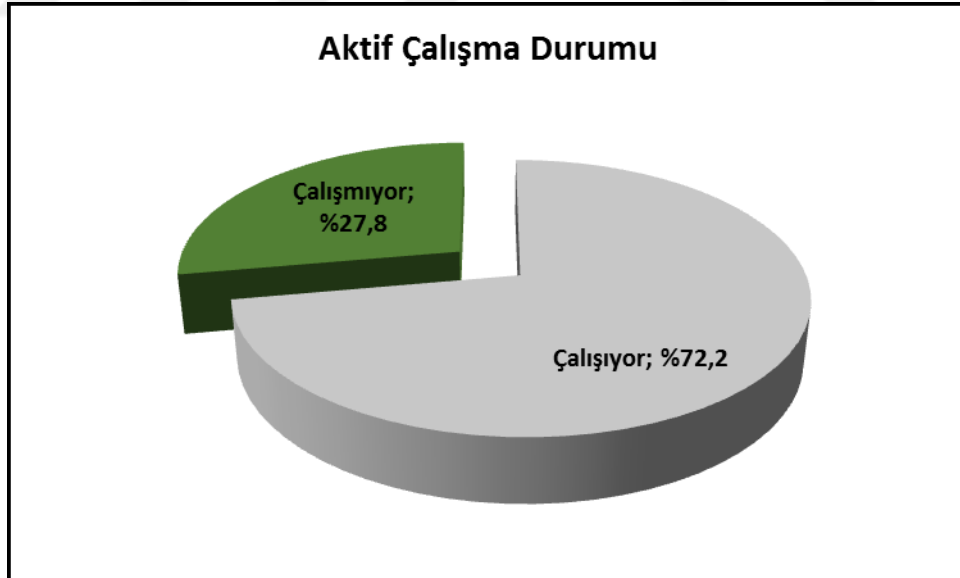
Şekil 4.2: Medeni Durum Dağılımları

Eğitim düzeyleri incelendiğinde; %0,5'inin (n=1) okur-yazar olmadığı, %23,0'ünün (n=48) ilkokul mezunu, %14,8'inin (n=31) ortaokul mezunu, %34,4'ünün (n=72) lise mezunu ve %27,3'ünün (n=57) yüksekokul mezunu olduğu gözlenmiştir.



**Şekil 4.3:** Eğitim Düzeyi Dağılımları

Olguların %20,6'sı (n=43) ev hanımı, %24,4'ü (n=51) serbest meslek çalışanı, %21,5'i (n=45) özel sektör çalışanı, %14,4'ü (n=30) memur, %7,7'si (n=16) emekli, %10,0'u (n=21) işçi ve %1,4'ü (n=3) diğer meslek grubu çalışandır. Şu anda aktif çalışan %72,2 (n=151) kişi bulunmaktadır.



**Şekil 4.4:** Aktif Çalışma Durumlarının Dağılımları

**Tablo 4.2:** Sigara Öyküsü ve Alkol Kullanımına İlişkin Dağılımlar

<b>Sigara Öyküsü ve Alkol Kullanımı</b>		<b>n (%)</b>
<b>Sigaraya başlama yaşı (yıl)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	7-44 (18)
	<i>Ort±Ss</i>	17,35±5,36
<b>Şu anda içilen sigara sayısı</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	4-60 (20)
	<i>Ort±Ss</i>	25,67±10,30
<b>Yıllık içilen paket sayısı</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	2,8-102 (24)
	<i>Ort±Ss</i>	27,79±16,01
<b>Bırakmayı deneme durumu</b>	<b>Evet</b>	174 (83,3)
	<b>Hayır</b>	35 (16,7)
<b>Deneme sayısı (n=174)</b>	<b>1 kez</b>	65 (37,4)
	<b>2 kez</b>	56 (32,2)
	<b>3 kez</b>	27 (15,5)
	<b>≥4 kez</b>	26 (14,9)
	<b>1-7 gün</b>	52 (29,9)
<b>En uzun bırakma süresi (n=174)</b>	<b>8 gün-1 ay</b>	39 (22,4)
	<b>31-60 gün</b>	17 (9,8)
	<b>61 gün-6 ay</b>	31 (17,8)
	<b>7-12 ay</b>	16 (9,2)
	<b>&gt;12 ay</b>	19 (10,9)
	<b>•Bırakma denendiğinde karşılaşılan güçlükler (n=174)</b>	<b>Sinirlilik</b>
<b>Konsantrasyon bozukluğu</b>		63 (36,2)
<b>Baş ağrısı</b>		42 (24,1)
<b>Uyku bozukluğu</b>		33 (19,0)
<b>Kabızlık</b>		13 (7,5)
<b>Ağız yaraları</b>		12 (6,9)
<b>İştah artışı</b>		63 (36,2)
<b>Aşırı sigara içme isteği</b>		127 (73,0)
<b>Diğer</b>		4 (2,3)
<b>Alkol kullanımı</b>		<b>Evet</b>
	<b>Hayır</b>	158 (75,6)

•Birden çok seçim yapılmıştır.

Sigaraya başlama yaşları 7 ile 44 arasında değişmekte olup, ortalama 18,35±5,36 yıl; şu anda içilen sigara sayısı 4 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalama 25,67±10,30 ve yıllık içilen paket sayısı 2,8 ile 102 arasında değişmekte olup, ortalama 27,79±16,01 saptanmıştır.

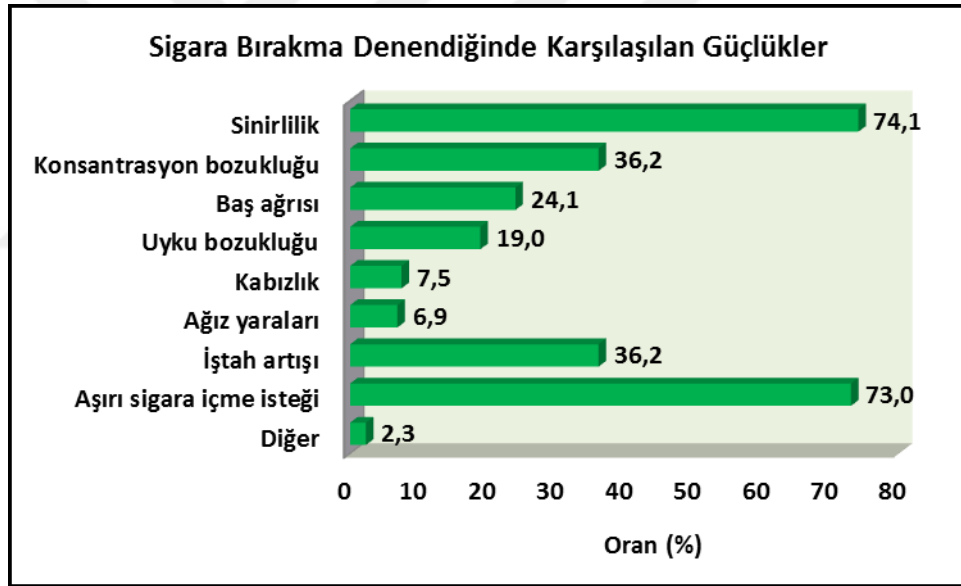
Daha önce sigarayı bırakma denemesinde bulunan %83,3 (n=174) oranında olgu bulunmaktadır. Bu olguların %37,4'ü (n=65) 1 kez, %32,2'si (n=56) 2

## Bulgular

kez, %15,5'i (n=27) 3 kez ve %14,9'u (n=26) 4 ve daha çok kez sigarayı bırakmayı denemiştir.

En uzun bırakma süreleri incelendiğinde; %29,9'unun (n=52) 1-7 gün, %22,4'ünün (n=39) 8 gün-1 ay, %9,8'inin (n=17) 31-60 gün, %17,8'inin (n=31) 61 gün-6 ay, %9,2'sinin (n=16) 7-12 ay ve %10,9'unun (n=19) 12 aydan daha uzun süre bıraktığı saptanmıştır.

Bırakma denemesinde karşılaşılan güçlükler incelendiğinde; %74,1'inde (n=129) sinirlilik, %36,2'sinde (n=63) konsantrasyon bozukluğu, %24,1'inde (n=42) baş ağrısı, %19,0'unda (n=33) uyku bozukluğu, %7,5'inde (n=13) kabızlık, %6,9'unda (n=12) ağız yaraları, %36,2'sinde (n=63) iştah artışı, %73,0'ünde (n=127) aşırı sigara içme isteği ve %2,3'ünde (n=4) diğer güçlükler gözlenmiştir.



**Şekil 4.5:** Sigara Bırakma Denendiğinde Karşılaşılan Güçlüklerin Dağılımları

Olguların %24,4'ü (n=51) alkol kullanmaktadır.

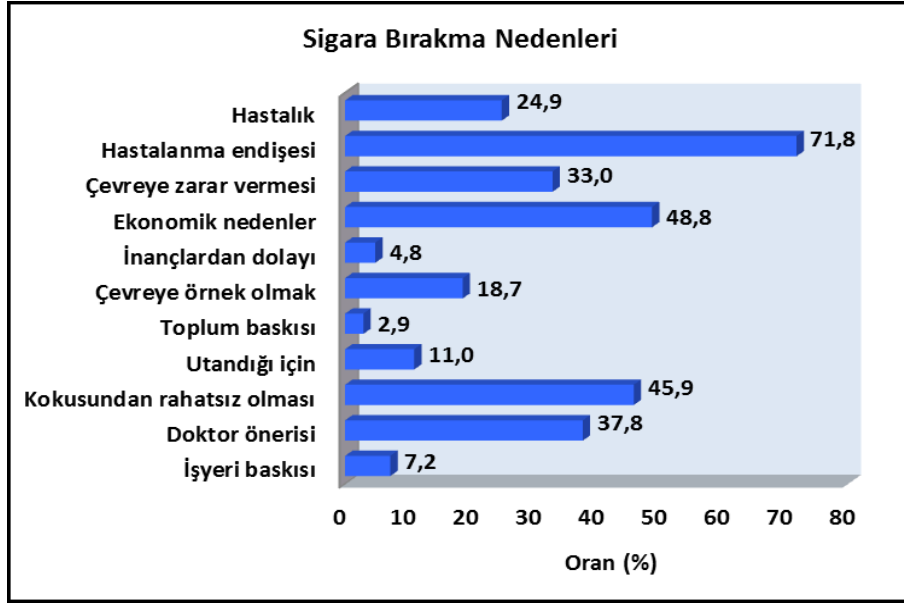


**Tablo 4.3:** Sigara Bırakma Nedeni ve Bu Konu Hakkında Destek Alma Durumuna İlişkin Dağılımlar

<b>Sigara Bırakma Özellikleri</b>	<b>n (%)</b>
<b>Hastalık</b>	52 (24,9)
<b>Hastalanma endişesi</b>	150 (71,8)
<b>Çevreye zarar vermesi</b>	69 (33,0)
<b>Ekonomik nedenler</b>	102 (48,8)
<b>İnançlardan dolayı</b>	10 (4,8)
<b>•Sigarayı bırakma nedenleri</b>	
<b>Çevreye örnek olmak</b>	39 (18,7)
<b>Toplum baskısı</b>	6 (2,9)
<b>Utandığı için</b>	23 (11,0)
<b>Kokusundan rahatsız olması</b>	96 (45,9)
<b>Doktor önerisi</b>	79 (37,8)
<b>İşyeri baskısı</b>	15 (7,2)
<b>Bırakmak için profesyonel yardım alma</b>	
<b>Evet</b>	57 (27,3)
<b>Hayır</b>	152 (72,7)
<b>Yardım alanlarda kullanılan yöntemler (n=57)</b>	
<b>Farmakolojik</b>	46 (80,7)
<b>Akupunktur</b>	4 (7,0)
<b>Psikiyatrik</b>	7 (12,3)

•Birden çok seçim yapılmıştır.

Bırakma nedeni olarak en yüksek %71,8 (n=150) hastalanma endişesi seçilmiştir. Bu oranı %48,8 (n=102) ile ekonomik nedenler, %45,9 (n=96) ile kokusundan rahatsız olma ve %37,8 (n=79) ile doktor önerisi takip etmektedir. En düşük ise %2,9 (n=6) oranla toplum baskısı belirtilmiştir.



**Şekil 4.6:** Sigara Bırakma Nedenlerinin Dağılımları

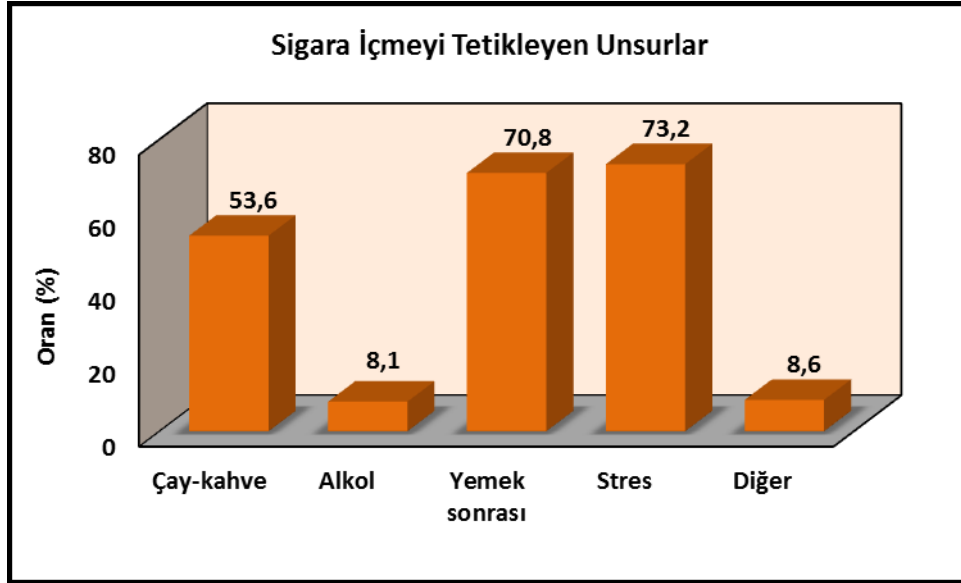
Sigarayı bırakmak için olguların %27,3'ü (n=57) profesyonel yardım almıştır. Bu kişilerin %80,7'sine (n=46) farmakolojik yöntem, %7,0'sine (n=4) akupunktur, %12,3'üne (n=7) psikiyatrik yöntem uygulanmıştır.

**Tablo 4.4:** Sigara Tetikleyicilerinin ve Evde Sigara İçilme Durumunun Dağılımları

	n (%)	
•Sigara içmeyi tetikleyen unsurlar	Çay-kahve	112 (53,6)
	Alkol	17 (8,1)
	Yemek sonrası	148 (70,8)
	Stres	153 (73,2)
	Diğer	18 (8,6)
Evde sigara içen başka kişi varlığı	Evet	132 (63,2)
	Hayır	77 (36,8)
	Yok	66 (31,6)
Evde sigara içmeyip dumanına maruz kalan kişi sayısı	1 kişi	47 (22,5)
	2 kişi	47 (22,5)
	3 kişi	35 (16,7)
	≥4 kişi	14 (6,7)

•Birden çok seçim yapılmıştır.

Sigara içmeyi tetikleyen durum olarak olguların %53,6'sı (n=112) çay-kahveyi, %8,1'i (n=17) alkolü, %70,8'i (n=148) yemek sonrası isteği, %73,2'si (n=153) stresi ve %8,6'sı (n=18) diğer durumları belirtmiştir.



**Şekil 4.7:** Sigara İçmeyi Tetikleyen Unsurların Dağılımları

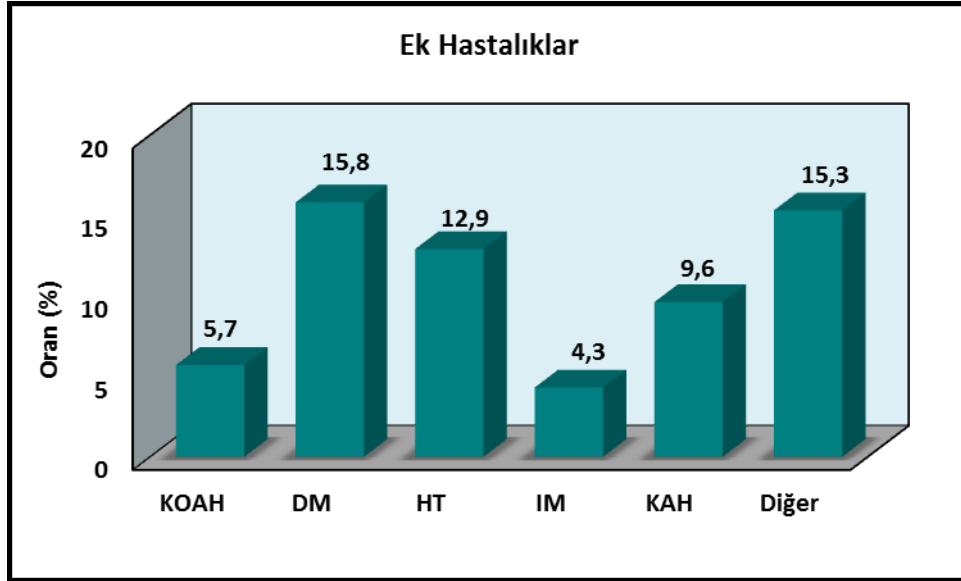
Evde sigara içen başka kişi bulunma oranı %63,2 (n=132) saptanmıştır. Evde sigara içmeyip dumana maruz kalan kişi sayıları incelendiğinde ise; %22,5 (n=47) oranında 1 kişi, %22,5 (n=47) oranında 2 kişi, %16,7 (n=35) oranında 3 kişi ve %6,7 (n=14) oranında 4 ve daha çok kişi bulunduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.5:** Kronik Hastalıkların Dağılımları

<b>Kronik Hastalıklar</b>		<b>n (%)</b>
<b>Kronik hastalık durumu</b>	<b>Evet</b>	91 (43,5)
	<b>Hayır</b>	118 (56,5)
<b>•Kronik hastalık türü (n=91)</b>	<b>KOAH</b>	12 (5,7)
	<b>DM</b>	33 (15,8)
	<b>HT</b>	27 (12,9)
	<b>IM</b>	9 (4,3)
	<b>KAH</b>	20 (9,6)
	<b>Diğer</b>	32 (15,3)

•Birden çok kronik hastalığı olan olgu bulunmaktadır.

Olguların %56,5'inde (n=118) kronik hastalık bulunmazken; %5,7'si (n=12) KOAH, %15,8'i (n=33) DM, %12,9'u (n=27) HT, %4,3'ü (n=9) IM, %9,6'sı (n=20) KAH hastası ve %15,3'ü (n=32) diğer (Hipotiroidi, Fibromiyalji, Gastrit, GÖRH, Migren) kronik hastalıklara sahiptir.



Şekil 4.8: Ek Hastalıkların Dağılımları

Tablo 4.6: Ölçek Skorlarının Dağılımları

Ölçek Skorları	n (%)	
<b>Anksiyete skoru</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-20 (7)
	<i>Ort±Ss</i>	7,83±3,95
	<b>Negatif (&lt;10)</b>	141 (67,5)
	<b>Pozitif (≥10)</b>	68 (32,5)
<b>Depresyon skoru</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-19 (6)
	<i>Ort±Ss</i>	6,74±3,56
	<b>Negatif (&lt;7)</b>	114 (54,5)
	<b>Pozitif (≥7)</b>	95 (45,5)
<b>HAD Total skor</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-34 (14)
	<i>Ort±Ss</i>	14,55±6,66
	<b>Ötimik (≤12)</b>	92 (44,0)
	<b>Minör depresif (13-18)</b>	56 (26,8)
	<b>Majör depresif (≥19)</b>	61 (29,2)
<b>Fagerström nikotin bağımlılık skoru</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-10 (7)
	<i>Ort±Ss</i>	6,88±1,98
	<b>Çok az bağımlılık (0-2)</b>	4 (1,9)
	<b>Az bağımlılık (3-4)</b>	26 (12,4)
	<b>Orta bağımlılık (5)</b>	24 (11,5)
	<b>Yüksek bağımlılık (6-7)</b>	71 (34,0)
	<b>Çok yüksek bağımlılık (8-10)</b>	84 (40,2)

## Bulgular

Anksiyete skorları 0 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama  $7,83 \pm 3,95$ 'tir. Anksiyete skorlarına göre olguların %67,5'i (n=141) negatif, %32,5'i (n=68) pozitiftir.

Depresyon skorları 1 ile 19 arasında değişmekte olup, ortalama  $6,74 \pm 3,56$ 'dır. Depresyon skorlarına göre olguların %54,5'i (n=114) negatif, %45,5'i (n=95) pozitiftir.

HAD Total skorlar 1 ile 34 arasında değişmekte olup, ortalama  $14,55 \pm 6,66$ 'dır. Toplam skorlara göre olguların %44,0'u (n=92) ötimik, %26,8'i (n=56) minör depresif ve %29,2'si (n=61) majör depresiftir.

Fagerström nikotin bağımlılık skorları 1 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama  $6,88 \pm 1,98$ 'dir. Fagerström nikotin bağımlılık skorlarına göre olguların %1,9'u (n=4) çok az düzeyde, %12,4'ü (n=26) az düzeyde, %11,5'i (n=24) orta düzeyde, %34,0'ü (n=71) yüksek düzeyde ve %40,2'si (n=84) çok yüksek düzeyde nikotin bağımlıdır.

**Tablo 4.7:** Hasta İzlem Formuna İlişkin Dağılımlar

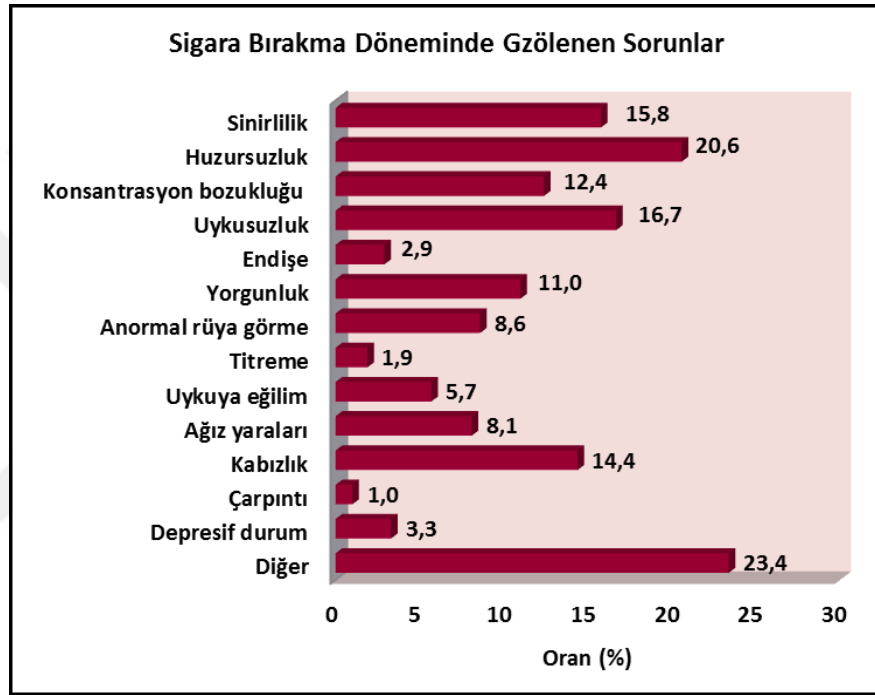
<b>Hasta İzlem Formu</b>		<b>n (%)</b>
<b>Tedavi şekli</b>	<b>VARENİKLİN</b>	176 (84,2)
	<b>VARENİKLİN+NRT</b>	33 (15,8)
<b>İlaça başlandıktan sonra geçen süre (ay)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	6-21 (10)
	<i>Ort±Ss</i>	11,31±4,46
<b>•Sigara bırakma döneminde gözlenen sorunlar</b>	<b>Sinirlilik</b>	33 (15,8)
	<b>Huzursuzluk</b>	43 (20,6)
	<b>Konsantrasyon bozukluğu</b>	26 (12,4)
	<b>Uykusuzluk</b>	35 (16,7)
	<b>Endişe</b>	6 (2,9)
	<b>Yorgunluk</b>	23 (11,0)
	<b>Anormal rüya görme</b>	18 (8,6)
	<b>Titreme</b>	4 (1,9)
	<b>Uykuya eğilim</b>	12 (5,7)
	<b>Ağız yaraları</b>	17 (8,1)
	<b>Kabızlık</b>	30 (14,4)
	<b>Çarpıntı</b>	2 (1,0)
<b>Depresif durum</b>	7 (3,3)	
<b>Diğer</b>	49 (23,4)	
<b>Yan etki sorunu</b>	<b>Evet</b>	49 (23,4)
	<b>Hayır</b>	160 (76,6)

•Birden çok seçim yapılmıştır.

## Bulgular

Olguların %84,2'sine (n=176) VARENİKLİN, %15,8'ine (n=33) VARENİKLİN +NRT ilaç tedavisi uygulanmıştır. İlaça başlandıktan sonra geçen süreler 6 ile 21 ay arasında değişmekte olup, ortalama  $11,31 \pm 4,46$  aydır.

Sigara bırakma döneminde en yüksek %23,4 (n=49) oranında diğer problemler yaşanmış ve bu oranı %20,6 (n=43) ile huzursuzluk problemi takip etmiştir. Sigara bırakma döneminde en az karşılaşılan sorunlar ise sırasıyla çarpıntı, titreme, endişe ve depresif durumdur.



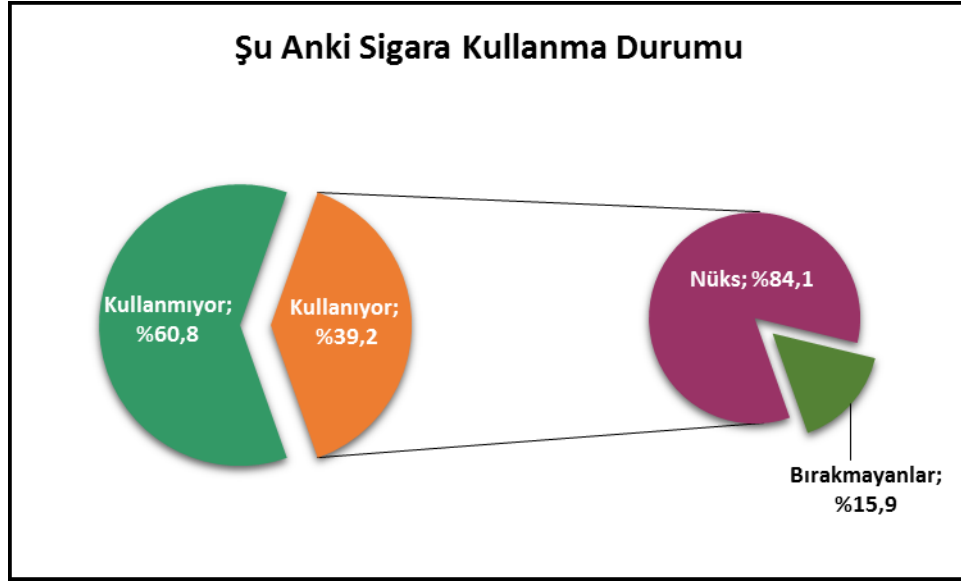
**Şekil 4.9:** Sigara Bırakma Döneminde Gözlenen Sorunların Dağılımları

Yan etki sorunu yaşama oranı %23,4 (n=49) saptanmıştır.

**Tablo 4.8:** Sigara Polikliniği Sonuç Değerlendirme Anketine İlişkin Dağılımlar

<b>Sigara Polikliniği Sonuç Değerlendirme Anketi</b>		<b>n (%)</b>
<b>Şu an sigara kullanma durumu</b>	<b>Kullanmıyor</b>	127 (60,8)
	<b>Kullanıyor</b>	82 (39,2)
	<b>Nüks</b>	69 (84,1)
	<b>Bırakmayanlar</b>	13 (15,9)
<b>Sigarayı bırakan olguların bırakma süreleri (ay) (n=127)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-20 (9)
	<i>Ort±Ss</i>	10,29±4,03
	<b>3-6 ay</b>	1 (0,8)
	<b>6-12 ay</b>	94 (74,0)
	<b>≥12 ay</b>	32 (25,2)
<b>Nüks olanların bırakma süreleri (ay) (n=69)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	3-10 (4)
	<i>Ort±Ss</i>	4,72±1,98
	<b>3-6 ay</b>	52 (75,4)
	<b>6-12 ay</b>	17 (24,6)
	<b>≥12 ay</b>	0 (0)
<b>İlaç kullanma süreleri</b>	<b>1 ay</b>	11 (5,3)
	<b>2 ay</b>	79 (37,8)
	<b>3 ay</b>	119 (56,9)
<b>Sigarayı bırakamayan veya nüks olanların polikliniğe tekrar başvurma durumu (n=82)</b>	<b>Evet</b>	15 (18,3)
	<b>Hayır</b>	67 (81,7)

Şu anda olguların %60,8'i (n=127) sigara kullanmazken, %39,2'si (n=82) sigara kullanmaktadır. Sigara kullananların %84,1'i (n=69) bırakmış tekrar başlamış, %15,9'u (n=13) hiç bırakmamıştır.



**Şekil 4.10:** Şu Anki Sigara İçme Durumlarının Dağılımları

Sigarayı bırakan olguların sigara içme süreleri 5 ile 20 ay arasında değişmekte olup, ortalama  $10,29 \pm 4,03$  aydır. Bu kişiler içinde 3-6 aydır içmeyen %0,8 (n=1), 6-12 aydır içmeyen %74,0 (n=94), 12 ay ve daha uzun süredir içmeyen %25,2 (n=32) olgu bulunmaktadır.

Sigarayı bırakıp tekrar başlayan olguların sigara içme süreleri 3 ile 10 ay arasında değişmekte olup, ortalama  $4,72 \pm 1,98$  aydır. Bu kişiler içinde 3-6 aydır içmeyen %75,4 (n=52) ve 6-12 aydır içmeyen %24,6 (n=17) olgu bulunmaktadır.

Olguların %5,3'ü (n=11) 1 ay, %37,8'i (n=79) 2 ay ve %56,9'u (n=119) 3 ay ilaç kullanmıştır.

Sigarayı hiç bırakmamış ya da bırakıp tekrar başlamış olguların %18,3'ü (n=15) polikliniğe tekrar başvuruda bulunmuştur.



**Tablo 4.9:** Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Grup			P
		Bırakanlar (n=127)	Nüks olanlar (n=69)	Bırakmayanlar (n=13)	
<b>Yaş (yıl)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	21-64 (41)	22-59 (38)	21-61 (49)	<b><sup>a</sup>0,160</b>
	<i>Ort±Ss</i>	42,17±11,30	39,36±9,50	43,77±13,41	
<b>Cinsiyet; n (%)</b>	<b>Kadın</b>	56 (44,1)	27 (39,1)	7 (53,8)	<b><sup>b</sup>0,575</b>
	<b>Erkek</b>	71 (55,9)	42 (60,9)	6 (46,2)	
<b>Medeni durum; n (%)</b>	<b>Evli</b>	73 (57,5)	42 (60,9)	10 (76,9)	<b><sup>b</sup>0,386</b>
	<b>Bekâr</b>	54 (42,5)	27 (39,1)	3 (23,1)	
<b>Aktif çalışma durumu; n (%)</b>	<b>Çalışıyor</b>	88 (69,2)	58 (84,1)	5 (38,5)	<b><sup>c</sup>0,045 *</b>
	<b>Çalışmıyor</b>	39 (30,8)	11 (15,9)	8 (61,5)	
<b>Sigara başlama yaşı (yıl)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	8-44 (18)	11-37 (17)	7-26 (17)	<b><sup>a</sup>0,275</b>
	<i>Ort±Ss</i>	18,80±5,93	17,81±4,06	16,85±5,44	
<b>Alkol kullanım ı; n (%)</b>	<b>Evet</b>	29 (22,8)	19 (27,5)	3 (23,1)	<b><sup>c</sup>0,752</b>
	<b>Hayır</b>	98 (77,2)	50 (72,5)	10 (76,9)	
<b>Evde sigara içen başka kişi; n (%)</b>	<b>Evet</b>	80 (63)	44 (63,8)	8 (61,5)	<b><sup>c</sup>1,000</b>
	<b>Hayır</b>	47 (37)	25 (36,2)	5 (38,5)	
<b>Kronik hastalık durumu; n (%)</b>	<b>Evet</b>	58 (45,7)	27 (39,1)	6 (46,2)	<b><sup>b</sup>0,665</b>
	<b>Hayır</b>	69 (54,3)	42 (60,9)	7 (53,8)	
<b>Tedavi şekilleri; n (%)</b>	<b>VARENİKLİN</b>	107 (84,3)	60 (87)	9 (69,2)	<b><sup>c</sup>0,286</b>
	<b>VARENİKLİN+NR T</b>	20 (15,7)	9 (13)	4 (30,8)	
<b>İlaç kullanım süresi; n (%)</b>	<b>1 ay</b>	10 (7,9)	1 (1,4)	0 (0)	<b><sup>c</sup>0,338</b>
	<b>2 ay</b>	48 (37,8)	25 (36,2)	6 (46,2)	
	<b>3 ay</b>	69 (54,3)	43 (62,3)	7 (53,8)	

<sup>a</sup>Oneway ANOVA Test  
Halton Test<sup>b</sup>Pearson Chi-Square Test<sup>c</sup>Fisher Freeman

Yaş ve cinsiyet dağılımlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

## Bulgular

Aktif çalışma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup, nüks olan grupta aktif çalışan oranı, sigarayı bırakan ve bırakmayan gruplardaki çalışan oranlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,045$ ;  $p<0,05$ ).

Gruplara göre sigaraya başlama yaşları ve medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Alkol kullanma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Evde sigara içen kişi ve kronik hastalık varlığına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Gruplara göre tedavi şekilleri ve ilaç kullanım süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

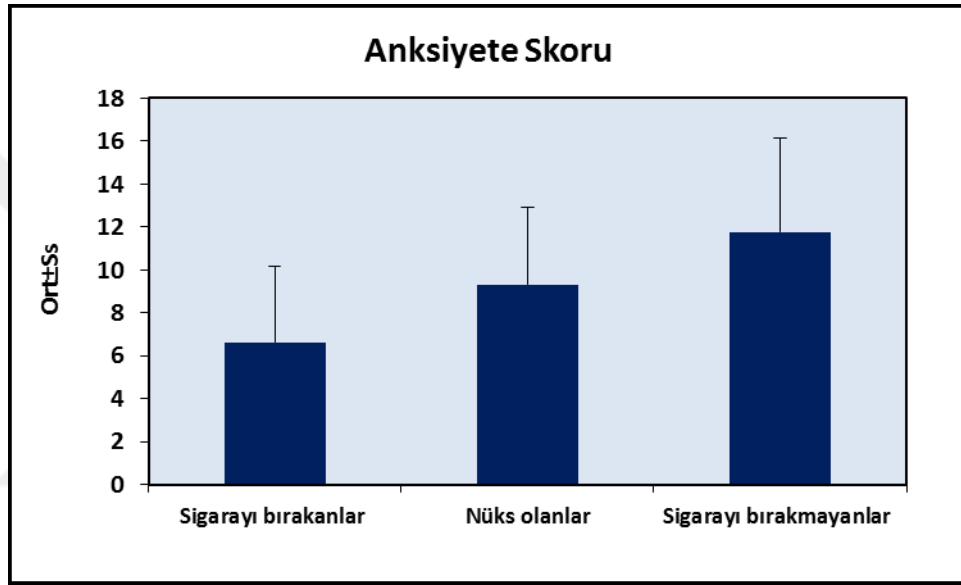
**Tablo 4.10:** Gruplara Göre Anksiyete ve Depresyon Skorlarının Değerlendirilmesi

		Grup			<sup>a</sup> p
		Bırakanlar (n=127)	Nüks olanlar (n=69)	Bırakmayanlar (n=13)	
<b>Anksiyete skoru</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-17 (6)	2-19 (9)	4-20 (13)	<b>0,001**</b>
	<i>Ort±Ss</i>	6,62±3,56	9,32±3,62	11,77±4,38	
	<b>Negatif</b>	97 (76,4)	41 (59,4)	3 (23,1)	
	<b>Pozitif</b>	30 (23,6)	28 (40,6)	10 (76,9)	
<b>Depresyon skoru</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-17 (5)	2-19 (7)	4-15 (9)	<b>0,001**</b>
	<i>Ort±Ss</i>	5,87±3,23	7,72±3,66	9,92±3,09	
	<b>Negatif</b>	82 (64,6)	31 (44,9)	1 (7,7)	
	<b>Pozitif</b>	45 (35,4)	38 (55,1)	12 (92,3)	
<b>HAD Total skor</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-33 (11)	8-32 (15)	9-34 (21)	<b>0,001**</b>
	<i>Ort±Ss</i>	12,46±5,98	17,07±6,06	21,54±7,05	
	<b>Ötimik</b>	72 (56,7)	18 (26,1)	2 (15,4)	
	<b>Minör depresif</b>	31 (24,4)	22 (31,9)	3 (23,1)	
	<b>Major depresif</b>	24 (18,9)	29 (42,0)	8 (61,5)	

<sup>a</sup>Oneway ANOVA Test

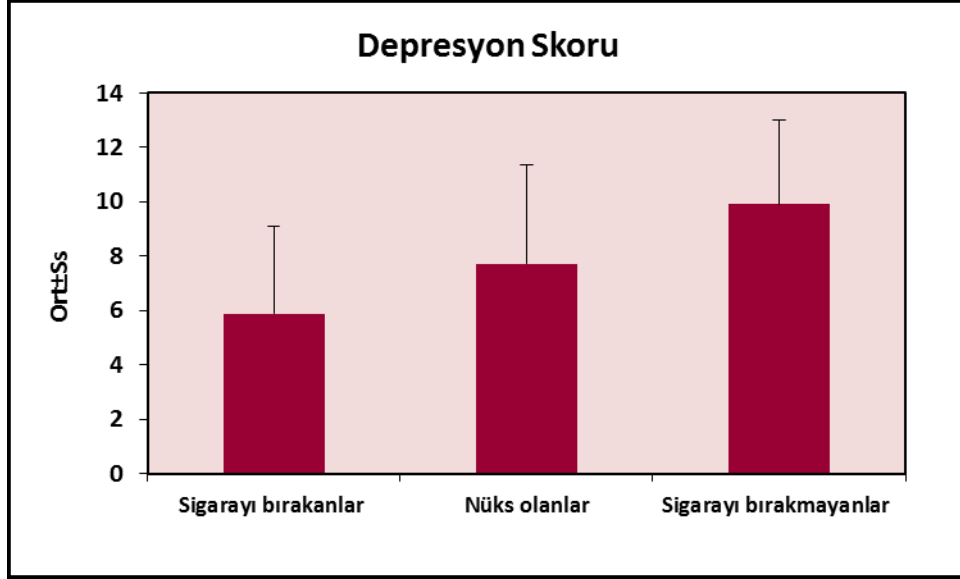
\*\* $p<0,01$

Gruplara göre anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; sigarayı bırakan grubun skorları, nüks olan ( $p=0,001$ ) ve bırakmayan ( $p=0,001$ ) gruplardan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Nüks olan ve bırakmayan grupların skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). *Nüks olan ve bırakmayan olguların anksiyete pozitiflik oranları bırakan olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.*



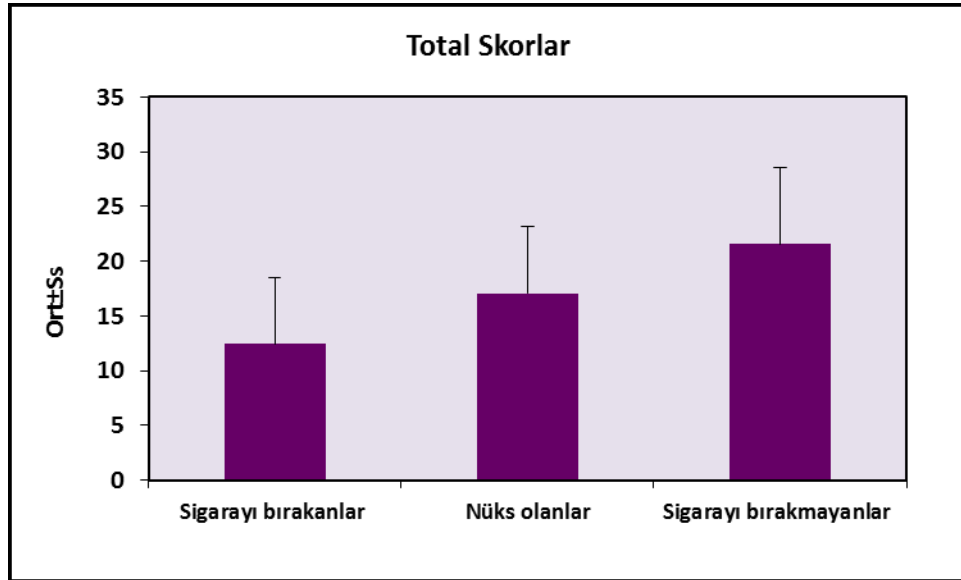
**Şekil 4.11:** Gruplara Göre Anksiyete Skorlarının Dağılımları

Gruplara göre depresyon skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; sigarayı bırakan grubun skorları, nüks olan ( $p=0,001$ ) ve bırakmayan ( $p=0,001$ ) gruplardan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Nüks olan ve bırakmayan grupların skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). *Nüks olan ve bırakmayan olguların depresyon pozitiflik oranları bırakan olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.*



**Şekil 4.12:** Gruplara Göre Depresyon Skorlarının Dağılımları

Gruplara göre HAD total skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; sigarayı bırakan grubun skorları, nüks olan ( $p=0,001$ ) ve bırakmayan ( $p=0,001$ ) gruplardan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Nüks olan grubun skorları bırakmayan gruptan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,047$ ;  $p<0,05$ ). *Nüks olan ve bırakmayan olguların majör depresif oranları bırakan olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir. Bırakmayan olguların majör depresif oranları nüks olan olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.*



Şekil 4.13: Gruplara Göre Total Skorların Dağılımları

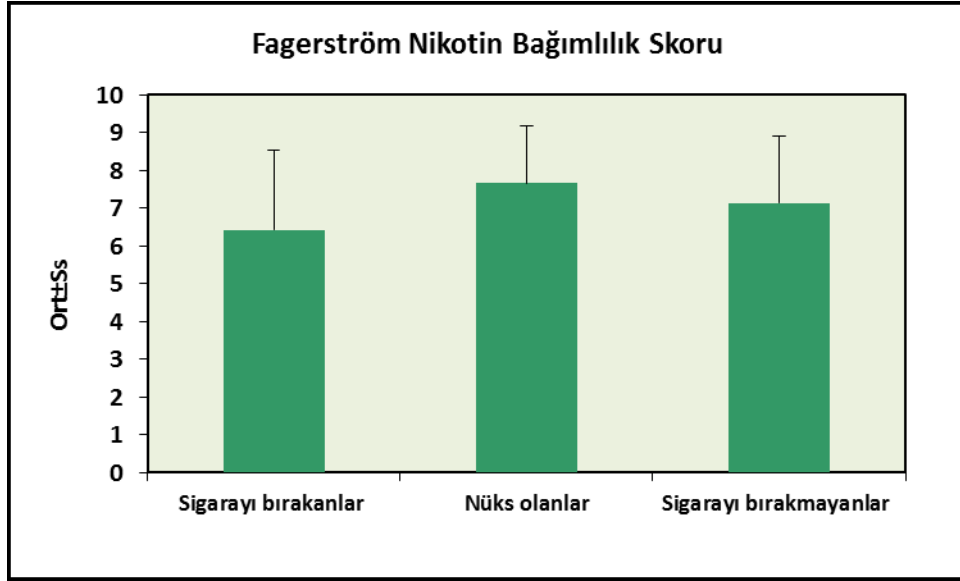
Tablo 4.11: Gruplara Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Skorlarının Değerlendirilmesi

	Grup			<sup>a</sup> p
	Bırakanlar (n=127)	Nüks olanlar (n=69)	Bırakmayanlar (n=13)	
Min-Mak (Medyan)	1-10 (7)	4-10 (8)	5-10 (7)	<b>0,001</b> **
Ort±Ss	6,43±2,10	7,67±1,50	7,15±1,77	
<b>Fagerström nikotin bağımlılık skoru</b>	<b>Çok az bağımlılık</b>	4 (3,1)	0 (0)	0 (0)
	<b>Az bağımlılık</b>	25 (19,7)	1 (1,4)	0 (0)
	<b>Orta bağımlılık</b>	16 (12,6)	5 (7,2)	3 (23,1)
	<b>Yüksek bağımlılık</b>	42 (33,1)	24 (34,8)	5 (38,5)
	<b>Çok yüksek bağımlılık</b>	40 (31,5)	39 (56,5)	5 (38,5)

<sup>a</sup>Oneway ANOVA Test

\*\*p&lt;0,01

Gruplara göre Fagerström nikotin bağımlılık skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; sigarayı bırakan grubun skorları nüks olan gruptan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). *Nüks olan olguların çok yüksek bağımlılık oranları bırakan olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.*

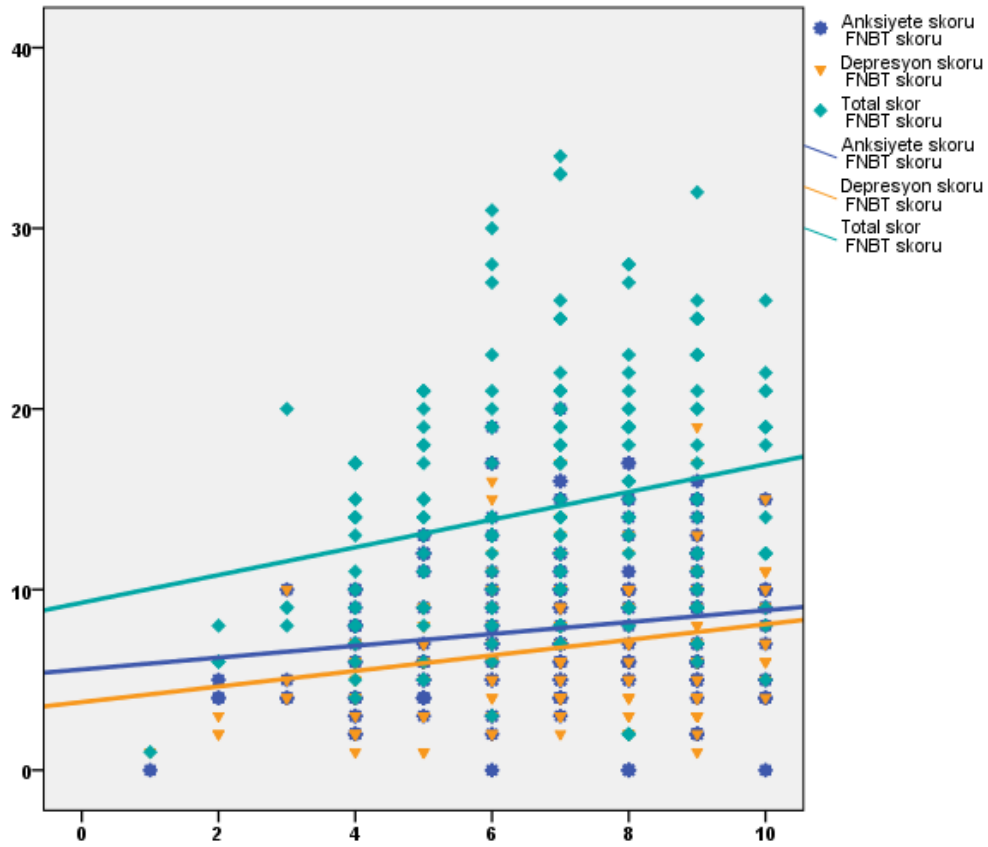


**Şekil 4.14:** Gruplara Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Skorlarının Dağılımları

**Tablo 4.12:** Ölçek Skorlarının İlişkisi

	FNBT skoru	
	r	p
<b>Anksiyete skoru</b>	0,145	<b>0,036*</b>
<b>Depresyon skoru</b>	0,224	<b>0,001**</b>
<b>HAD Total skor</b>	0,208	<b>0,002**</b>
<i>r: Pearson Korelasyon Katsayısı</i>	<i>*p&lt;0,05</i>	<i>**p&lt;0,01</i>

Fagerström nikotin bağımlılık skorları ile anksiyete, depresyon ve HAD total skorları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:0,145; r:0,224; r:0,208; p<0,05).



**Şekil 4.15:** Fagerström Nikotin Bağımlılık Skorları ile Anksiyete, Depresyon ve Total Skorlar Arasındaki İlişki

### İstatistiksel İncelemeler

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni Test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Freeman Halton test kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

0 - 0,25	çok zayıf
0,26 - 0,49	zayıf
0,50 - 0,69	orta
0,70 - 0,89	iyi
0,90 - 1,00	çok iyi

- Akgül A. Çevik O. (2003) "İstatistiksel Analiz Teknikleri", Emek Ofset, Ankara



---

### TARTIŞMA ve SONUÇ

---

#### 5.1 TARTIŞMA

Sigara kullanımı, erken yaşta ölümlerin, önlenemez mortalite ve morbiditenin en önde gelen sebebi olarak tanımlanmaktadır (111). Sigara bağımlılığına neden olan nörolojik ve psikolojik nedenler göz önüne alındığında, kişilerin tedavi sürecinde uzun bir dönem mücadele etmesi gereken kronik ve nüksedici bir durumdur. Bu süreçte hastaya uygun farmakolojik tedavinin belirlenmesi sigara bırakma başarısını artırmakta etkili olmaktadır. Bu amaçla çalışmamızda en az bir ay vareniklin preparatı kullanan hastaların tedavi başarısı ve başarısına etki eden faktörlerin incelenmesini hedeflemektedir.

Çalışmaya dahil olan hastaların demografik özellikleri incelendiğinde; çalışma %56,9'u (n=119) erkek olmak üzere toplam 209 olgu ile gerçekleştirilmiştir. Olguların yaşları 21 ile 64 arasında değişmekte olup, ortalama 41,34±10,93 yıldır. Çalışmamızda dağılımlarına göre gruplar incelendiğinde sigara bırakma başarısında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Bu verilere dayanarak genç ya da yaşlı bireyler polikliniğimize başvurup rahatlıkla hizmet alabilmektedir. Bu da polikliniğimizin kolay ulaşılabilir oluşu ve randevuların danışanların talepleri doğrultusunda revize edilmesine bağlanabilir. Ülkemizde yapılmış en kapsamlı çalışma olan KYTA 2012 çalışmasında da son bir yıl içinde sigarayı bırakma girişiminde bulunan erkeklerin oranı %51,2 bulunmuştur (112).2008 yılında Düzce Üniversitesinde sağlıklı bireylerle ilgili yapılan çalışmada sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların %63,7'sinin erkek olduğu görülmüştür (113). Göğüs Hastalıkları kliniği içinde kurulan sigara bırakma polikliniğine

başvuran ve altı ay süreyle izlemi yapılan bireylerin değerlendirildiği bir başka çalışmada altı aylık bırakma oranında yaş grupları ve cinsiyet açısından bizim çalışmamıza benzer şekilde anlamlı bir fark bulunmamıştır (114). Yine İspanya'da 2003-2005 yılları arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde sigara bırakma girişiminin uygulandığı izlem çalışmasında (İSTAPS) bir yıllık sigara bırakma başarısında erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (115).

Literatürde bizim çalışmamızda olduğu gibi erkek danışan oranlarının daha yüksek olduğu çalışmalar mevcuttur (116,117,118). Erkek olguların daha fazla görülüyor olması sigaranın toplum içinde erkekler tarafından daha çok kullanıyor olması ile ilişkili olabilir. Salepçi ve ark. ve Wilson ve ark. yaptığı çalışma da ise kadın oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmektedir (119,120).

Çalışmamızda olduğu gibi sigara bırakma polikliniklerine başvuran danışanların çoğunlukla 40'lı yaşlarda olması sigaraya bağlı etkilerin bu yaşlarda belirginleşmeye başlaması, kişilerin daha olgun kararlar vermesi ve hayata karşı farkındalığın artması gibi faktörlere bağlanabilir.

Çalışmamızda evli olgu oranı %59,8 (n=125) saptanmıştır. Japuntich ve arkadaşlarının, Wee ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada evli olanların sigara bırakmada daha başarılı olduğu görülmüşse de (121,122), yapılan çoğu çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak medeni durumun sigara bırakma başarısını etkilemediği gözlenmiştir (123,124).

Şu anda aktif çalışan %72,2 (n=151) kişi, çalışmayan %27,8 (n=58) kişi bulunmaktadır. Aktif çalışma durumuna göre gruplar arasında sigara bırakma oranları açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (p>0,045). Bizim çalışmamıza benzer olarak Kökten ve ark.'nın yaptığı çalışmada aktif çalışmayanların sigara bırakma başarılarının yüksek olduğu gözlenmiştir (124). Bu durum çalışma hayatının stres faktörünü artırmasına ve yatkınlığı olan kişileri sigara kullanmaya itebileceğini düşündürmektedir. Aktif çalışmayan bireylerin sigara bırakma başarılarının yüksek oluşu ileri yaş itibariyle sigara ile tetiklenen kronik hastalıkların artmasına yahut kişinin sağlığı için faydalı bir şey yapmaya ayıracak zaman bulabilmesine bağlanabilir. Buna karşılık Örsel ve ark.'nın yaptığı çalışmada çalışanlar ve

çalışmayanlar arasında sigara bırakma açısından anlamlı fark saptanamamıştır.

Çalışmamızda bireylerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; %0,5'inin (n=1) okur-yazar olmadığı, %23,0'ünün (n=48) ilkokul mezunu, %14,8'inin (n=31) ortaokul mezunu, %34,4'ünün (n=72) lise mezunu ve %27,3'ünün (n=57) yüksekokul mezunu olduğu gözlenmiştir. Sigara bırakmanın üzerinde, eğitim durumunun etkisini inceleyen bazı çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe sigara bırakma oranının yükseldiği bildirilmekteyken (125,126) bazılarında ise eğitim düzeyinin etkisine rastlanmamıştır (127,128). Buradan yola çıkarsak eğitim düzeyi ne olursa olsun her hastaya en basit düzeyden başlamak kaydıyla bilgi ve motivasyon desteği vermemiz başvuran her hasta için başarının artmasını sağlayabilir.

Sigaraya başlama yaşları 7 ile 44 arasında değişmekte olup, ortalama 17,35±5,36 yıldır. Çalışmamızda gruplara göre sigaraya başlama yaşları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. 2012 KYTA verilerine göre sigara başlama yaş ortalaması 17,1 bulunmuştur. 15 yaş altında sigaraya başlayanların oranı %16, 15-18 yaş aralığında %58 bulunmuştur ve yaş ortalaması bizim çalışmamıza paralellik göstermektedir (112)

Yine Ankara'da yapılan bir çalışmada sigaraya başlama yaşı 18'in altında olmasının verilen tedaviyle sigara bıraktırma başarısına anlamlı etki yapmadığı görüldü. Ancak kendisine başlanan tedaviyle sigara bırakan hastaların 1-3 yıllık başarısında 18 yaşın üstünde sigaraya başlanmasının anlamlı pozitif etki yaptığı görüldü. Bizim çalışmamızda sigara başlama yaşının 18 yaş altı saptanması ergenlik döneminde arkadaş çevresine özenme, sigara içmenin yetişkin gibi göstermesi yanılıgısı, gençlerin hatalı davranışlara eğilimli olması şeklinde yorumlanabilir.

Şu anda içilen sigara sayısı 4 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalama 25,67±10,30 ve yıllık içilen paket sayısı 2,8 ile 102 arasında değişmekte olup, ortalama 27,79±16,01 saptanmıştır. Uzaslan ve arkadaşları 11-20 paket/yıl adet sigara içenlerde başarı oranını anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır (129). Çan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer olarak kullanılan sigara miktarının bırakma oranını etkilemediği sonucuna varılmıştır (130). KYTA 2012 verilerine göre günde

içilen sigara sayısı ortalaması 19,2'dir (112). Bizim çalışmamızda günlük kullanılan sigara miktarı ve kullanım süresi birçok çalışmayla paralellik göstermekte ancak Türkiye genelinde yapılan KYTA çalışmasından yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni araştırmaların çoğunun sigara bırakma polikliniklerinde yapılmış olması ve buraya başvuranların genelde yüksek bağımlı olmasından kaynaklanabilir. Çalışmamıza alınan hasta grubunun sigara bırakmak için farmakolojik ilaç kullanan hasta grubu olması da bu oranların yüksek olmasına neden olabilir.

Daha önce en az bir kez sigara bırakma denemesinde bulunan %83,3 (n=174) oranında olgu bulunmaktadır. Bu olguların %37,4'ü (n=65) 1 kez, %32,2'si (n=56) 2 kez, %15,5'i (n=27) 3 kez ve %14,9'u (n=26) 4 ve daha çok kez sigarayı bırakmayı denemiştir. Sigara bıraktırma polikliniklerine başvuran kişilerin sıklıkla daha önce sigara bırakma girişimleri olduğu görülmüştür. Ayrıca bu durum sigara bırakmanın nükslerle seyreden kronik bir süreç olduğunu göstermiştir.

KYTA'ya göre sigara içenlerin %46 'sı geçen 12 ay içinde sigara bırakma girişiminde bulunmuştur (62). Günay ve arkadaşlarının 2012 yılında bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören hastalarda yaptığı çalışmaya göre, hastaların %80'i hayatı boyunca en az bir kez sigara bırakmayı denemiştir (131). Fidan ve arkadaşlarının (132) 2003-2004 tarihleri arasında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada ise olguların %78,3'ünün daha önce sigara bırakmayı denediği görülmüştür. Çalışmamızdaki daha önce sigara bırakma deneme oranının Türkiye genelinden fazla olmasının nedeni KYTA'daki gibi zaman kısıtlaması yapmadan en az bir kez sigara bırakma girişimi olanları da bu orana dâhil etmemiz olabilir.

Raherison ve arkadaşlarının (133) yaptığı çalışmaya göre, sigarayı bırakma başarısı ile daha önce bırakmayı deneme sayısı arasında negatif korelasyon olduğu bildirilmiştir. Fidan ve arkadaşlarının (132) yaptığı çalışmada sigarayı bırakmış olanlarda ve içmeye devam edenlerde daha önce sigarayı bırakmayı deneme açısından farklılık saptanmamıştır. Prochaska ve arkadaşlarının (134) öne sürdüğü teoride ise kişiler daha önce sigarayı bırakmayı ne kadar çok denediyse şimdiki sigarayı bırakma başarısının o kadar yüksek olacağı bildirilmiştir.

En uzun bırakma süreleri incelendiğinde; %29,9'unun 1-7 gün, %22,4'ünün 8 gün-1 ay, %9,8'inin 31-60 gün, %17,8'inin 61 gün-6 ay, %9,2'sinin 7-12 ay ve %10,9'unun 12 aydan daha uzun süre bıraktığı saptanmıştır. Danışanların yarısından fazlası daha önceki sigara bırakma denemesinde ilk 6 ay içinde nüks etmiştir. Bu sonuç literatürde de bahsedildiği gibi (90), nükslerin ilk haftalarda yoğun şekilde görülebileceğini izlem ve takibin ilk haftalarda daha sık aralıklarla yapılması gerektiği sonucunu verebilir.

Bırakma denemesinde karşılaşılan güçlükler incelendiğinde; en sık olarak %74,1'inde (n=129) sinirlilik ve %73,0'ünde (n=127) aşırı sigara içme isteği görülürken; en az karşılaşılanlar %6,9'unda (n=12) ağız yaraları ve %7,5'inde (n=13) kabızlık olmuştur. Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında yine benzer nedenler çoğunluğu oluşturmaktadır (140, 141, 139).

Bırakma isteme nedeni olarak en yüksek %71,8 (n=150) hastalanma endişesi seçilmiştir. Bu oranı %48,8 (n=102) ile ekonomik nedenler, %45,9 (n=96) ile kokusundan rahatsız olma ve %37,8 (n=79) ile doktor önerisi takip etmektedir. En düşük ise %2,9 (n=6) oranla toplum baskısı belirtilmiştir. KYTA 2012 çalışmasında ise son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenler gerekçe olarak en çok sağlık sorununu (%63,4) belirtmişlerdir (62). Literatürde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında bizim çalışmamıza benzer şekilde en fazla neden olarak hastalanma endişesi, sağlığın bozulma endişesi veya sigaranın sağlığa zararları gösterilmiştir (127, 137, 138, 139, 142). Yapılan bir çalışmada ise doktor önerisiyle sigara içmeyi bırakanların başarı oranlarının yüksek olduğu gözlenmiştir (140). Bu veriler ışığında sigaradan bağımsız hekim başvuru olan bireylerin sigara kullanım durumunu sorgulamak bırakmayı düşünürse izleyeceği yol hakkında kısaca bilgi vermek bile kişileri sigara bırakmaya yönlendirebilir. Ayrıca bireylerin sigaranın sağlık üzerine zararları ile ilgili bilinçlendirilmesi ile sigara bırakmaya yönlendirmek mümkün olabilir. Yine bu durum başta birinci basamak hekimleri olmak üzere branş hekimlerinde bu konuda etkin olması gerektiğini göstermektedir.

Olguların %72,7'si profesyonel yardım almaksızın, %27,3'ü (n=57) profesyonel yardım alarak sigara bırakmayı denemiştir. Bu kişilerin

%80,7'sine (n=46) farmakolojik yöntem, %12,3'üne (n=7) psikiyatrik yöntem ve %7,0'sine (n=4) akupunktur uygulanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde KYTA'da sigara bırakma girişiminde bulunanların %13,6'sının ilaç tedavisi (nikotin replasmanı ve kanıta dayalı ilaçlar) kullandığı, %8'inin bu konuda danışmanlık hizmeti aldığı ve kişilerin büyük bölümünün ise %73,4 ise yardım almaksızın bırakma girişiminde bulunduğu görülmüştür (62). Yine Ankara ilinde yapılan bir çalışmada daha önce sigara bırakma girişimi olan katılımcıların %5,8'inin NRT, %5,8'inin Vareniklin/Bupropion tedavisi, %1,7'sinin danışmanlık hizmeti almış olduğu ve geriye kalan %60,3'lük kesimin ise sigara bırakmayı kendi çabaları ile denemiş oldukları görüldü. Sigara bırakma girişiminde bulunan bireylerin büyük bölümünün bunu destek almadan yapıyor olmaları, bu konudaki çalışmaların artırılması ve bireylerin sigara bırakma polikliniklerine başvurmaya teşvik edilmesi gerektiğini, sigara bırakma polikliniklerinin kolay ulaşılabilir olması ve ilaç tedavilerinin geri ödeme kapsamında olması gibi zeminlerin hazırlanması gerektiğini düşündürülebilir.

Sigara içmeyi tetikleyen durum olarak olguların %73,2'si (n=153) stresi, %70,8'i (n=148) yemek sonrası isteği ve %53,6'sı (n=112) çay-kahveyi, belirtmiştir. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde yemek sonrası isteği, stres ve çay-kahve içmenin en çok tetikleyenlerden olduğu tespit edilmiştir (124, 140, 141, 139).

Evde sigara içen başka kişi bulunma oranı %63,2 (n=132) saptanmıştır. Salepçi ark.'nın (120), yaptığı bir çalışmada bu oran %57,4 bulunmuştur. Bu durum bize evde sigara içen birey bulunmasının kişinin sigaraya ulaşmasındaki kolaylığı da göz önüne alırsak kişiyi sigara içmeye teşvik edebilir. Ayrıca düzenli dozlarda nikotin kullanımına alışmış birey için çevresinden sigara kokusu almak kişiyi sigara kullanmaya yönlendirici olabilir. Buna karşılık bizim çalışmamızda evde sigara içen birinin sigara bırakma etkisine bakıldığında etkisinin olmadığı gözlenmiştir. Benzer şekilde yapılan pek çok çalışmada sigara bırakmada etkisi görülemediği (143, 120, 141, 144, 145). Ancak literatürde sigara içen birinin bırakmada olumsuz etkileyeceğini veya içilmemesinin bırakma başarısını yükselttiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (124, 146).

Olguların %56,5'inde (n=118) kronik hastalık bulunmazken; %5,7'si (n=12) KOAH, %15,8'i (n=33) DM, %12,9'u (n=27) HT, %4,3'ü (n=9) IM, %9,6'sı (n=20) KAH hastası ve %15,3'ü (n=32) diğeri (Hipotiroidi, Fibromiyalji, Gastrit, GÖRH, Migren) kronik hastalıklara sahiptir. Olgularımızda ek hastalık bulunmasının sigara bırakma başarısını etkilemediği gözlenmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda ise ek hastalık varlığının başarıyı olumlu etkilediği görülmüştür (165, 166). Ancak çalışmamızda sigara bırakma çabası ile kronik hastalık varlığı karşılaştırıldığında, beklenenin aksine kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. Bu durum çalışmamıza dahil olan hasta grubunda kronik hastalık öyküsü olmayanların çoğunluğu oluşturmasına bağlanabilir.

Olgulardan 51 kişi (%24,4) alkol kullanmaktadır. Ankara'da yapılan bir çalışmada sigarayı bırakan 357 hastadan 299'u bu süreçte alkol kullanımı olmadığını belirtmiş ve bu hastaların 1-3 yıllık süreçte temiz kalma oranlarının alkol kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görülmüştür (160). Bizim çalışmamızda ne kadar alkol kullanımı ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki bulunmasa da literatürdeki benzer çalışmalarda alkol kullanmayan hastaların çoğunlukta olduğu çalışmalarda uzun dönemde sigara bırakma başarısı daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak danışmanlık hizmeti verirken hastalara sigara bırakma önerisinin yanında alkol kullanımının doğru yönetilmesi hakkında da bilgi verilmesi iyi olacaktır.

Çalışmamızda FNBT skorlarına göre bağımlılık düzeyleri ile bırakma başarısı karşılaştırıldığında bırakanların puanı  $6,43 \pm 2,10$  nüks olanların puanı  $7,67 \pm 1,50$ , bırakmayanların puanı  $7,15 \pm 1,77$  olarak hesaplandı. Gruplara göre Fagerström nikotin bağımlılık skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ), sigarayı bırakan grubun skorları bırakmayan gruptan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). FNBT skorunun bırakma başarısı ile korelasyon gösterdiğini belirten çalışmalar yanında yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının düşük bırakma oranları ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (116,117). Gorecka ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük FNBT skoru sigara bırakmada başarılı sonuç ile ilişkili bulunmuştur (118).

Çalışmamızdaki hastalara nikotin bağımlılığını göstermek amaçlı FNBT uygulandığında skorlarında %74,2'nin yüksek ve çok yüksek bağımlı %14,3'i çok az ve az bağımlı, %11,5'si orta bağımlı, olduğu görüldü. Olguların FNBT genel ortalaması  $6,88 \pm 1,98$  puan bulundu. Van'da sigarayı bırakanlar üzerinde yapılan bir çalışmada olguların sigara içtikleri dönemde %41'i çok düşük düzeyde, %26'sı düşük düzeyde, %5'i de çok yüksek düzeyde bağımlı bulunmuştur (138). Çalışmamızdaki bağımlılık oranlarının yüksek olması çalışmanın sigara bırakma polikliniğinde yapılması ve çalışmaya seçilen hastaların zaten yüksek bağımlılık nedeniyle ilaç tedavisi başlanan gruptan olması ile açıklanabilir.

Çalışmamıza benzer şekilde Yaşar ve ark.'nın sigara bırakma polikliniklerinde yapılan bir çalışmada FNBT skorları bırakmayanlarda 8, bırakanlarda 6 bulunmuş ve FNBT skoru bırakmayanlarda anlamlı yüksek bulunmuştur (141). Buna karşılık Samsun'da sigara bırakmanın beden kitle indeksi üzerine etkisini araştıran bir çalışmada bırakanların FNBT ortalaması 5,43, nüks olanların puanı 5,86, hiç bırakmayanların puanı 5,85 bulunmuş olup bırakma durumları ile bağımlılık düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır (150).

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre nikotinin bağımlılık yapıcı etkisinden dolayı düşük düzeyde bağımlı olanların sigara bırakmasının yüksek bağımlı olanlara göre daha kolay olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda gruplara göre anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Sigarayı bırakan grubun skorları, nüks olan ( $p=0,001$ ) ve bırakmayan ( $p=0,001$ ) gruplardan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Nüks olan ve bırakmayan grupların skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). *Nüks olan ve bırakmayan olguların anksiyete pozitiflik oranları bırakan olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.* Çalışmamıza benzer şekilde Fond ve ark. yaptığı bir çalışmada minör ve major depresyonu olan hastalarda relaps riski yüksek bulunmuştur (149). Buna karşılık Kökten ve ark. yaptığı çalışmada ise anksiyete-depresyon skorunun bırakma üzerine etkisi bulunamamıştır (124).



Çalışmamızda nikotin bağımlılık oranları ile anksiyete-depresyon skorları pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Buradan yola çıkılarak sigaranın depresif bireylerde rahatlatıcı ve keyif verici etkisinden dolayı bağımlılıklarını arttırdığını düşünülebilir. Literatürde nikotin bağımlılığının depresyon ile pozitif yönde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (116, 147, 148). Sigara bırakma polikliniklerinde duygu durum bozuklukları dikkatle değerlendirilmeli bu hastaların sigarayı bıraksalar bile takipleri daha sık yapılmalı, tespit edilen major depresyon veya anksiyete bozukluğu varlığında uygun tedavi başlanmalı veya psikiyatri görüşü istenmelidir. Fidan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek olmasının sigara bırakma oranlarında anlamlı olarak düşüşe sebep olduğu gösterilmiştir (132).

Çalışmamızdaki olguların sigara bırakmak için uygulanan tedavilere baktığımızda motivasyonel görüşmenin yanı sıra olguların %84,2'sine (n=176) vareniklin, %15,8'ine (n=33) vareniklin+nrt ilaç tedavisi uygulanmıştır. Literatürde vareniklin tedavisinin 12 hafta uygulandığı plasebo kontrollü bir başka çalışmada altı aylık bırakma hızı Vareniklin alan grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (157). Bu çalışmada elde edilen benzer sonuç bu ilacın daha pahalı olması nedeniyle bırakmayı çok isteyen ve devam tedavisini alabilecek bireylere verilmesi dolayısıyla önerilen süreye daha çok ulaşılmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Nrt'ye yanıtız ve fagerstrom puanına göre bağımlılık düzeyleri yüksek olan sigara içicilerinin dahil edildiği bir çalışmada vareniklin / bupropiyon kombinasyon tedavisi, yüksek derecede bağımlı erkek içicilerde tek başına varenikline göre daha etkili olduğunu kanıtlamıştır. Fagerstrom puanına göre düşük bağımlılık puanı olanlarda 2 grup ilaç arasında anlamlı fark bulunamamıştır (167).

Yapılan bir sistematik derlemede bu araştırmaya benzer şekilde ilaç kullanma sigara bırakma hızını anlamlı olarak artırmaktadır. Aynı sistematik derlemede vareniklin kullanımı hiç kullanmayanlara göre bir yıllık sigara bırakma hızını anlamlı olarak 4.9 kat artırmakta olarak bulunmuştur (158). Bizim çalışmamızda vareniklin başlanan ve takiplerinde sigara içme isteği devam eden bir grup danışanın tedavisine NRT eklenmiştir. Fakat beklediğimiz gibi tedavisi NRT ile desteklenen grubun

sigara bırakma başarısında sadece vareniklin kullanan gruba göre fark görülmemiştir. Bu durum tedavisinde varenikline ek olarak NRT ihtiyacı doğan danışanların nikotin bağımlılık düzeyinin zaten yüksek olmasına ve bu grubun yoksunluk semptomlarıyla daha zor baş etmesine bağlı olabilir. Vareniklin tedavisine eklenen nrt'nin tedavi başarısına etkisinin olmaması nrt'nin hasta tarafından doğru şekilde uygulanmayışı ve oral tedavi ile eş zamanlı kullanılmayışı ile açıklanabilir.

Sigara bırakma döneminde vareniklin tedavisi alırken en yüksek %23,4 (n=49) oranında diğer problemler yaşanmış, bu oranı %20,6 (n=43) ile huzursuzluk ve %16,7 (n=35) ile uykusuzluk problemi takip etmiştir. Sigara bırakma döneminde en az karşılaşılan sorunlar ise sırasıyla çarpıntı, titreme, endişe ve depresif durumdur. Yan etki sorunu yaşama oranı %23,4 (n=49) saptanmıştır. Sigara bırakma sürecinde farmakolojik tedavi kullanan hastaların karşılaştığı yan etkilerin çoğunlukla nikotin yoksunluğuna bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Sigara bırakma sırasında görülen problemlerin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise en sık yakınmaların sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü ve aşırı sigara içme isteği olduğu belirlenmiş olup bu bulguların nikotin eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir (141). Bizim bulgularımız, Demir ve ark. (159) yaptıkları çalışmaları ile de benzerlik göstermektedir.

Üç aylık tedavi sonucu olguların %60,8'i (n=127) sigara kullanmazken, %39,2'si (n=82) sigara kullanmaktadır. Sigara kullananların %84,1'i (n=69) bırakmış tekrar başlamış, %15,9'u (n=13) hiç bırakmamıştır. Sigara bırakma durumu takiplerin 6. ayında %74 (n=94) olup 1 yıllık takipte bu oran %25,2 (n=32) 'ye gerilemiştir. Çalışma grubunda sigara bırakma polikliniğine başvurmuş nikotin bağımlılık düzeyi yüksek ve uzun yıllardır sigara içicisi olan danışanların çoğunlukta olması nüks oranlarının yüksek olmasını açıklayabilir. Ankara'da yapılmış bir çalışmada sigara bırakma durumu değerlendirildiğinde vareniklin kullanan 251 hastanın,%72,9'u (n=183) sigara kullanmayı bırakmış olup, %27,1'inin (n=68) sigara kullanmaya devam ettiği görülmüştür. 1-3 yıllık süreçte vareniklin tedavisi ile sigara bırakan kişilerin %25,7'inde (n=47) nüks gözlenmiştir (160). Çalışmamızın dahil edildiği olguların büyük bir kısmı, Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak vareniklin temin edildiği döneme rastlamıştı.

Pahalı bir ilaç olan varenikline olgular daha kolay ulaşabilmişlerdi. Üç aylık tedavi sonuçlarında vareniklin ile ortaya çıkan yüksek bırakma oranının ilacın geri ödeme kapsamında değerlendirilmesi ve kişilerin sigara bırakmaya motive olarak polikliniğimize başvurduğunu düşündürmüştür. Literatürde vareniklin ile onikinci haftada sigara bırakma oranları %23 ile %29,7 arasında bildirilmiştir (151). Benli ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada 6 aylık sigara bırakma başarısında vareniklin bupropiona karşı üstünlük sağlamış fakat 1. yıl sonuçlarında anlamlı fark izlenmemiştir (155).

KOAH'lı hastalarda plasebo kontrollü vareniklin ile yapılan bir çalışmada 9-12. haftalar arasında vareniklin ile %42,3, plasebo ile %8,8 bırakma oranları bildirilmiştir (152). Başka bir çalışmada ise vareniklin ile 6 ay sonraki bırakma başarısı %49,5 olarak bulunmuştur (153). Argüder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada vareniklin ile bırakma başarısı yaklaşık %50 idi ve literatürde daha önce bildirilenlere benzerdi buna ek olarak davranışsal eğitim tek başına uygulananlar ile davranışsal eğitim eşliğinde NRT, bupropion ya da vareniklin kullananlar karşılaştırıldığında vareniklin ile bırakma başarısının daha yüksek olduğu görüldü. Yine diğer farmakolojik tedavilerde olduğu gibi vareniklin kullanım süresi uzadıkça bırakma oranı da artmaktaydı (127).

Çalışmamızda Sigarayı bırakan olguların sigara içmeme süreleri 5 ile 20 ay arasında değişmekte olup, ortalama  $10,29 \pm 4,03$  aydır. Samsunda yapılan bir çalışmada sigarayı tamamen bırakanlar sigarayı ortalama  $24,5 \pm 3,2$  ay süreyle bırakırken sigarayı bir dönem bırakıp tekrar başlayan katılımcılar ise ortalama  $4,21 \pm 4,14$  ay süreyle sigarayı bırakmıştır (161). 2004 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi sigara bırakma polikliniğinde yapılan çalışmada uzun dönemde bırakanların sürelerine bakıldığında tüm vakalar ortalama 13,9 ay sigarayı bırakmıştır (130).

Sigarayı bırakıp tekrar başlayan olguların sigara içmeme süreleri 3 ile 10 ay arasında değişmekte olup, ortalama  $4,72 \pm 1,98$  aydır. Bu kişiler içinde 3-6 aydır içmeyen %75,4 (n=52) ve 6-12 aydır içmeyen %24,6 (n=17) olgu bulunmaktadır. . Kır Doğru ve ark.'nın yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde nüks olguların ortalama sigara bırakma süresi  $4,21 \pm 4,14$  ay olmuştur (161).

Sigara bırakma tedavisinde rutinde uygulanan tedavi şekli ve bırakma kampanyasında bakanlığın ücretsiz verdiği ilaç 12 haftalık tedaviyi kapsamaktadır. Bizim çalışmamızda olguların %5,3'ü (n=11) 1 ay, %37,8'i (n=79) 2 ay ve %56,9'u (n=119) 3 ay ilaç kullanmıştır. Çalışmamızda gruplara göre ilaç kullanım sürelerinin bırakma üzerinde etkisine bakıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Polikliniğimin işleyişinde tedaviye 12 hafta devam edilir (81). Ancak 24 haftalık tedavinin sigarayı 6 ay ve 1 yıllık süreyle bırakmada başarıyı artırdığı da görülmüştür. Yapılan çalışmalarda tedavi süresinin 1 yıla kadar uzatılmasının nüks olasılığını azalttığı bildirilmiştir (83). Balmford ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcıların %69,1'i tedaviyi erken sonlandırmıştır ve bu oran vareniklin için %59,6 bulunmuştur. Sigara bırakma üzerine ilaç kullanım süresinin olumlu etkisi görülmüştür (154). Karabük 'te yapılan bir çalışmada 45 gün ve üzeri ilaç kullanımının başarıya etkisi gösterilmiş, bunun aynı zamanda ilaç etkinliğinin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir (155).

Çalışmamızda sigarayı hiç bırakmamış ya da bırakıp tekrar başlamış olgulardan sadece 15 kişi (%18,3) polikliniğimize tekrar başvuruda bulunmuştur. Ankara'da yapılan bir çalışmada tekrar sigaraya başlayan 113 hasta ve başlanan tedaviyle sigara bırakamayan 226 hasta olmak üzere 1-3 yıllık süreçte sigara içtiği bilinen toplam 339 hastanın hiçbirinin polikliniğe tekrar başvurmadığı tespit edildi (160). Sigara bıraktırma polikliniklerine tekrar başvurunun az olma sebebi almış oldukları tedavinin faydasız olduğunu düşünmeleri ya da kendilerinde tekrar sigara bırakma yolculuğuna çıkacak enerjiyi bulamamalarına bağlanabilir. Bu nedenle hastaların tedavi hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmesinin, takip süreçleri hakkında bilinçlendirilmesinin, cesaretlendirilmesinin ve kontrollere katılım sağlanması önemlidir.

Motivasyonel görüşme; sigara bırakma tedavisinin önemli bir parçasıdır ve aynı zamanda sigarayı bırakmayı engelleyen faktörleri belirleyebilmesi, sigarayı bıraktıktan sonra ise nüksleri önleyebilmesi açısından oldukça önemli bir unsurdur (145). Çalışmamızda, nüks olan vakalarda depresyon skorlarının yüksek bulunması, duygudurum bozukluklarının sigara bırakma başarısı üzerinde etkisi olduğunu düşündürmektedir. Bu hastaların sigarayı bırakma tedavisi sırasında çok sık motivasyonel

görüşmeye gereksinimlerinin olduğunu ve lüzumu halinde psikiyatri uzmanı ile görüşmelerinden fayda görebileceklerini düşünmekteyiz.

## **5.2 SONUÇ**

Sigaranın bırakılması zor ve zaman alan bir süreçtir. Bu süreçte tüm sigara içen kişilere yeterli davranışsal eğitimin yanında etkinliği kanıtlanmış bireye uygun farmakolojik destek tedavisi verilmelidir.

Çalışmamızda Fagerström bağımlılık skoru daha az olan hastaların daha yüksek olanlara göre sigarayı daha kolay bıraktığı görüldü. Bu da fiziksel bağımlılığın rolünün bağımlılıkla mücadelede önemini bir kez daha göstermiştir. Aynı zamanda anksiyete ve depresyon skorları hesaplanan hastalardan depresyon skoru yüksek olanların, sigarayı daha zor bıraktığı görülmüştür. Bu da sigara bırakma sürecinde psikiyatrik semptomların önemle takip ve tedavi edilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

Çalışmamız neticesinde hastaların sigara bırakma durumu değerlendirildiğinde takiplerin 6. ayında %74 (n=94) olup 1 yıllık takipte bu oran %25,2 (n=32) 'ye gerilemiştir. Sigara bağımlılığı tedavisi, hem hastalar için hem de hekimler için sabır gerektiren bir tedavi süreci olup, zaman zaman nükslerin görülebileceği ve bu durumun tekrar tedavi edilmesi konusunda hasta teşvik edilmelidir. Ayrıca sigara bırakma sonrası belli aralıklarla hastalar kontrol amaçlı tekrar değerlendirmek amaçlı polikliniğe davet edilebilir. Bu yaklaşımın nüks olguların yönetimini kolaylaştıracağını düşünmekteyiz.

Özellikle birinci basamak başvurularında çeşitli nedenlerle de olsa daha sık karşılaştığımız hastalarımıza tütün ve tütün ürünleri kullanma durumları sorularak sigara kullanan hastaları sigara bıraktırma polikliniklerine yönlendirilmesi önem arz etmektedir. Bunun yanı sıra sigara başlangıç yaşının çoğunlukla 18 yaş altı olduğu dikkate alınarak çocuk ve gençler tütün ve tütün ürünlerinin zararları konusunda bilgilendirilmelidir.

Çalışmanın kesitsel olması ve katılımcıların anket formlarını kendi doldurması, tanısal değeri olan psikiyatrik görüşmenin yapılamamış olması, psikiyatrik hastalıklar konusunda genelleme yapmayı engellemektedir.

Sigara bırakma hızını artırmak ve nüksleri önlemek için öncelikle nikotin bağımlılığı yüksek bireylere uygun ilaç tedavisi verilmelidir. Bu bireyler sistematik olarak belirlenmeli ve tedavi kamu tarafından karşılanmalıdır. Böylelikle sigaraya bağılı ortaya çıkan pek çok hastalığın morbidite ve mortalitesi azaltılarak toplum sağılığına önemli katkı sağlanacaktır.

Sigara bırakma tedavisi üzerindeki tüm faktörlerin belirlenmesi açısından sigara bırakma polikliniklerinde daha kapsamlı ve çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



---

## Kaynaklar

---

1. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic 2008 MPOWER. [http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr\\_download/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html)
2. How Tobacco Smoke Causes Disease. The Biology and Behavioral Basis for Smoking Attributable Disease. A Report of The Surgeon General. United States Department of Health and Human Service, 2010.
3. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package, 2008.
4. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. Annual Review of Pharmacology and Toxicology, 36:597-613, 1996.
5. O'Brien CP and Gardner EL. Critical assessment of how to study addiction and its treatment: Human and non-human animal models. Pharmacol Ther, 108:18-58, 2005.
7. United States Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General, 2004.
8. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. Drug Safety, 24 (4):277-322, 2001.
9. United States Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General, 2006.  
<http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1143,genelgedoc.doc?0>
10. World Health Organization. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2011, Warning about the dangers of tobacco. 2011
11. Bilir N. Türkiye'de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü Ve Yarını Ertem Ve Ark. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu,2012.

12. Kamışlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. Sigara ve ruh sağlığı kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Şubat 2008- Ankara.
13. Kochanek KD, Xu J, Murphy SL, Miniño AM, Kung H-C. Deaths: final data for 2009. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2011;60 (3):1-116.
14. World Health Organization website. New York: ICD-10. Available from: URL <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>
15. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1996; 153:1-31.
16. Treating tobacco use and dependence:2008 update. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.p.257.
17. World Health Organization. The History of Tobacco. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>
18. Tütün Eksperleri Yüksekokulu, Tütüncülüğe Giriş, İstanbul TEYO Yayını, İstanbul, 9-18, 1978.
19. Seydioğulları M. Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları, Tütün ve Tütün Kontrolü. Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları. 2.Baskı; Ankara, 3-21, 2011.
20. Cunningham R. Smoke and Mirrors. TheCanadian Tobacco War. IDRC, Books, Ottawa, Cairo, Dakar, Johannesburg etc. 1996.
21. Barış Yİ, Tütün kullanımının tarihçesi. 2009; 2.
22. Yılmaz F. Tütünün macerası II. Tombak Dergisi 2000; 34: 24-30.
23. Prabhat J, Frank J, Chaloupka P. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of tobacco Control 1999. Washington, World Bank.
24. Warren CW, Riley L, Asma S. Eriksen MP, Green L, Blanton C et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. Bull World Health Organ 2000; 78: 868-76.



25. Tucker JS, Ellickson PL, Klein DJ. Predictors of the regular smoking during adolescence and young adulthood. *J AdolescHealth* 2003; 32: 314-24.
26. Kann L, Kinchen SA, Williams BI. Youth Risk Behavior Surveillance- United States, 1999. *MMWR* 2000; 49: 1-96.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2012
28. Bilir N, Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi, Tütün ve Tütün Kontrolü (Ed. ZA Aytemur, Ş Akçay. O Elbek) içinde sayfa 21-35, Türk Toraks Derneği Yayını, 2010.
29. Kıyak M, Dağoğlu T. Lise öğrencileri arasında sigara kullanımı. *İstanbul Halk Sağlığı Bülteni* 1990; 11: 14-7.
30. Türk Toplumunda Sigara içme Davranışları Ve Sigara içme Ve Sigara Karsıtı Kampanyalara Karsıtı Tutumlar. TC Sağlık Bakanlığı Raporu, PİAR, Ocak 1988.
31. BİGTAŞ, Health Services Utilization Survey in Turkey, 1993. Ministry of Health.
32. Emri S, Başoğlu S, Turnagöl H, Bağcı T, Karakoca Y. Epidemiology of smoking among Turkish adults: a national Household survey 2002. The second International symposium on medicalgeology, nutrition and Cancer. Abstract book İstanbul, 2003.
33. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000
34. World Health Organization. The tobacco epidemic ranges on in Eastern and Central Europe. Geneva, Switzerland; 1997.
35. Dabak Ş. Sigara ve sağlık. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004; 1-32.
36. World Health Organization. Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva, 2010. [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf), (05.05.2017 tarihinde erişim)
37. [www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-100.pdf](http://www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-100.pdf)

38. Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Eksperleri Yüksek Okulu Yayınları, 1979: 2-5.
39. Sapan H. Türk Tütününde Fiyatlandırma Politikası (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı; 1997.
40. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. In: D'Amato G, Holgate ST (Eds.). The impact of Air Pollution on Respiratory Health. 1.st. Sheffield: ERS Journal Ltd. Eur Respir Monography; 2002: p. 161-79.
41. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Tobacco Smoke and Involuntary Smoking Volume 83, World Health Organization International Agency for Research on Cancer, 2004
42. Zevin S, Saunders S, Gourlay SG, Jacob P, Benowitz NL. Cardiovascular Effects of Carbon Monoxide and Cigarette Smoking. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 1633-38.
43. [havanikoru.org.tr/tutun-hakkinda/tutun-urunleri-ve-zararlari.html](http://havanikoru.org.tr/tutun-hakkinda/tutun-urunleri-ve-zararlari.html)
44. Yilmaz S, Benzer F, Ozan S, Gurgoze SY. Oxidative damage and arginase activity in tissues of rats exposed to cigarette smoke. Revue de médecine vétérinaire. 2008;159 (2):79.
45. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010. Ulaşım linki: [http://www.havanikoru.org.tr/dosya/Docs\\_Tutun\\_Dumaninin\\_Zararlari/KYTA\\_Kitap\\_Tr.pdf](http://www.havanikoru.org.tr/dosya/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/KYTA_Kitap_Tr.pdf)
46. Kayaalp OS. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 2.Cilt, 8. Basım,:Ankara; Hacettepe-Taş Kitapçılık;1998.
47. WHO, International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-10. Geneva, 2004
48. Örsel S. Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi, Tütün ve Tütün Kontrolü, Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı; Ankara, 2011

49. Tuder RM, Voelkel NF. The pathobiology of chronic bronchitis and emphysema. In:
50. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000
51. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Geneva: 2008.
52. Peto R., Smoking and death: the past 40 years and the next 40., BMJ: 937-9. 1994; 309.
53. Shapiro SD. The macrophage in COPD. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 29-32. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Tobacco Smoke and Involuntary Smoking Volume 83, World Health Organization International Agency for Research on Cancer, 2004
54. Voelkel NF, MacNee W (Eds.). Chronic Obstructive Lung Disease. 3th ed. London: BC Decker Inc; 2002: p. 90-113.
55. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7 (1): 51-64.
56. [Kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/e-sigara.pdf](http://Kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/e-sigara.pdf)
57. Örsel S. Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi, Tütün ve Tütün Kontrolü, Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı; Ankara, 2011
58. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. Respirology 2003;8:123-30.
59. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7 (1): 51-64.
60. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. T.C. Resmî Gazete, 26 Kasım 1996:22829
61. <https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjJncm16cLWAhUI1xQKHT2XDZ4QFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.tapdk.gov.tr%2F&usg=AFQjCNHW8uDaRyOSWYahpsBTvx4LqycPHw>

62. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu; 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>
63. Tür A. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. In: Tür A; ed. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. Logos Yayıncılık; 1995:195-211.
64. Yüksel EG. Sigaraya başlamanın önlenmesinde hekimin rolü. In: Özyardımcı N. (ed). Sigara ve Sağlık. Bursa, 2002;429-40.
67. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), Fourth Edition (revised) Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
68. <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=50>
69. Black DW, Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Annals of Clinical Psychiatry*. 1999;11 (3):129-36.
70. Cox LS, Tiffany ST, Christen AG. Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. *Nicotine Tob Res*. 2001 Feb;3 (1):7-16
71. Tambs K, Czajkowsky N, Røysamb E, Neale MC, Reichborn-Kjennerud T, Aggen SH, Harris JR, Ørstavik RE, Kendler KS. Structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-IV anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2009 Oct;195 (4):301-7.
72. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Revize edilmiş 4. basım), 2000
73. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003;8:123-30.
74. <https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjo0vqw9cDWAhXESBQKHZoMDakQFgglMAA&url=http%3A%2F%2Fspace.trakya.edu.tr%2Fjspui%2Fbitstream%2F1%2F348%2F1%2FZAFER%2520TUN%25C3%2587.pdf&usg=AFQjCNEBER0cmcM1pC6Y01Gsl3D0pJzzdA>
75. Ginzl KH, Maritz GE, Marks DF ve diğerleri. Critical Review. Nicotine for the fetus, the infant and the adolescent? *J Health Psychol*. 2007; 12:215-24.

76. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry SJ ve ark. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2009.
77. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*, 2004; 328:338.
78. Dedeoğlu E, Bayram B, Kıziler AU, Dedeoğlu B. Bupropion HCl Yavaş Salınlımlı Formuna Bağlı Jeneralize Tonik Klonik Nöbet. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2011; 21 (4):362-3.
79. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion: A review of its use in the management of smoking cessation. *Drugs* 2000; 59: 1007-1024.
80. Ferry LH. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. *Tobacco use and cessation. Primary Care* 1999; 26:653-69.
81. Özge C. Ve Ark. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu, Türk Toraks Derneği, 2014,
82. Akvardar Y ve ark. Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012.
83. 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. Public Health Service, May 2008,
84. ÇAN G, Öztuna F, Topbaş M, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinin Üç Yıllık Başvuru Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2006, Cilt 25, Sayı 2, 25.
85. WHO Health Professionals Against Tobacco, 2005. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593202\\_tur.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593202_tur.pdf) (Erişim Tarihi: 31.03.2017).

86. Prochazka AV, Weaver MJ, Keller RT, Fryer GE, Licari PA, Lofaso D. A randomizedtrial of nortriptyline for smoking cessation. Arch Intern Med 158: 2035-9, 1998.
87. Kottke TE, Battista RN, De Friese GH, Brekke ML. Attributes of succesful smoking cessation interventions in medical practise. A metaanalysis of 39 controlledtrials. JAMA 1988; 259: 2883-2889
88. [www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/07/briefing/2007-4306b1-fda-backgroundunder](http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/07/briefing/2007-4306b1-fda-backgroundunder)
89. Yaman H, Akdeniz M. Sigara Epidemisinin Üstesinden Gelmek Birinci Basamakta Sigara Bırakma İçin ICPRG Uluslar Arası Rehberi, 2007.
90. Özge C. Ve Ark. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu, Türk Toraks Derneği, 2014,
91. TC. Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı, 2010
92. Akçay Ş. Ve Ark. Tütün Kontrolü Ve Sigara Bırakma Tedavisi, Turk Toraks Derneği, 2013
93. Yüksel EG. Sigaraya başlamanın önlenmesinde hekimin rolü. In: Özyardımcı N. (ed). Sigara ve Sağlık. Bursa, 2002;429-40.
94. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. STED 2003;12 (5): 166-167.
95. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illnes or an addiction. Addict Behav 2004; 29: 1067-1083
96. Wee L.H., Comm MH., West R et al. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop smoking clinics in Malaysia. Nicotine&Tobacco Research, volume 13, number 2:151-156
97. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE et al. Time to first cigarette in the morning as an indexof ability to quit smoking: implications for nicotine dependence. Nicotine Tob Res 2007; 9: 555570
98. West R, McEwen A, Bolling K et al. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow up. Addiction 2001; 96: 891-902

99. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284 (20):2606-2610.
100. Office of Applied Services, Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2006 National Survey on Drug Use and Health. URL:<http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k6nsduh/2k6results.pdf>. 13.02.2012'de girilmiştir
101. Herd N, Borland R, Hyland A. Predictors of smoking relapse by duration of abstinence: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*. 2009;104 (12):2088-99.
102. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99 (1):2938.
103. Piasecki TM. Relapse to smoking. *Clin Psychol Rev*. 2006;26 (2):196-215.
104. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report.a clinical practice guideline for treating tobacco use *Am J Prev Med*. 2008;35 (2):158-76.
105. Elizabeth AK, Arthur JG, Raul IG. Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. *Nic Tobacco Res*. 2002 (4); 95-100.
106. Hajek P, Stead LF, West R, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 (21).
107. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report.a clinical practice guideline for treating tobacco use *Am J Prev Med*. 2008;35 (2):158-76.
108. Hays JT, Ebbert JO, Sood A. Treating tobacco dependence in light of the 2008 US Department of Health and Human Services clinical practice guideline. *Mayo Clin Proc*. 2009;84 (8):730-5; quiz 735-6.
109. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. *STED* 2003;12 (5): 166-167.

110. Prochka JO, Diclemente CC, Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychoter: Theory, Res Pract* 1982;20 161-73
111. Husten C. G., Thorne S. L., Tobacco: Health Effects and Control, Maxcy-Rosenau-Last Public Health&Preventive Medicine, Fifteen edition, ABD. Eds: Wallace RB, Kohatsu N. 953-998.
112. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010. Ulaşım linki: [http://www.havanikoru.org.tr/dosya/Docs\\_Tutun\\_Dumaninin\\_Zararlari/KYTA\\_Kitap\\_Tr.pdf](http://www.havanikoru.org.tr/dosya/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/KYTA_Kitap_Tr.pdf)
113. Sürmeli CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2008, Uzmanlık Tezi.
114. 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.
115. Puente D, Cabezas C, Blanco T, Alonso C. The role of gender in a smoking cessation intervention: a cluster randomized clinical trial. *BMC Public Health* 2011, 11:369.
116. Velioglu U. T.c.Düzce üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim Dalı. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların nikotin bağımlılığının sosyodemografik özellikler ve depresyon ile ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Düzce-2017
117. Erturhan S. T.C.Cumhuriyet üniversitesi tıp fakültesi Aile hekimliği anabilim dalı Cumhuriyet üniversitesi. Sigara bıraktırma polikliniği'nin "sağlık bakanlığı sigara bırakma tedavisi destek programı - 2011" Uygulamasının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Sivas -2013
118. Sayın E. T.c. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve bırakma yöntemlerinin etkinliği. Uzmanlık tezi. Ankara-2013



119. Wilson DH, Wakefield MA, Steven ID, Rohrsheim RA, Esterman AJ, Graham NMH. "Sick of smoking": Evaluation of targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. *Med J Aust* 1990; 152: 518-21.
120. Salepçi B., Fidan A., Oruç Ö., Torun E., Çağlayan B., Kader Ş.N., Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başlarında Etkili Faktörler, *Toraks Dergisi Cilt 6, Sayı 2 • Ağustos 2005*
121. Japuntich SJ, Leventhal AM, Piper ME, Bolt DM, Roberts LJ, Fiore MC ve ark. Smoker characteristics and smoking-cessation milestones. *American Journal of Preventive Medicine*, 2011; 40 (3):286-294.
122. Wee LH, West R. Bulgiba A, Shahab L. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop-smoking clinics in Malaysia. *Nicotine & Tobacco Research*, 2011; 13 (2):151-6.
123. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı Bırakmada Nikotin Replasman Tedavisi Ve Davranış Eğitimi Yöntemlerinin Karşılaştırılması: Doğal İzlem Çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2005;53 (4):354-361.
124. Kökten R. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne- 2008, Uzmanlık Tezi.*
125. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. *Toraks Dergisi* 2007; 8 (2):110-4.
126. Janson C, Kunzli N, deMarco R, et al. Changes in active and passive smoking in European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J* 2006; 27 (3): 517-24.
127. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu CH, Demir P. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Derg* 2013; 14: 81-7.
128. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G. Socio demographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001;10:165-69.

129. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Toraks Dergisi* 2003; 4: 73-77.
130. Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tuberk Toraks* 2004; 52: 29-74.
131. Günay E, Ulaşlı SS, Ahsen A, Öz G, Koyuncu T, Ünlü M. Bir üniversite hastanesi hekimlerinin sigara içen hastalara sigarayı bırakma öneri durumlarının belirlenmesi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2014; 28 (1): 23-9.
132. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005; 6: 27-34.
133. Raheison C, Marjary A, Valpromy B, et al. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respiratory Medicine* 2005; 99: 1303-10.
134. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross C. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors* 1985; 10: 395-406.
135. Örsel S. Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi, Tütün ve Tütün Kontrolü, Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları, 2.Baskı; Ankara, 2011
136. Kararlı Bingül A. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan yöntemlerin başarısını etkileyen faktörler, Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,2006.
137. Teker A. T.c. Marmara üniversitesi Tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dalı Bir göğüs hastalıkları hastanesinin sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların izlem sonuçları ve bu sonuçlara etki eden faktörler. Uzmanlık tezi. İstanbul-2016
138. Aslan M. T.c.Yüzüncü yıl üniversitesi Tıp fakültesi Aile hekimliği Ana bilim dalı.Sigarayı bırakanların sosyodemografik özellikleri ile sigarayı Bırakmada etkili faktörler ve bırakma yöntemleri. Uzmanlık tezi.Van-2009

139. Fidan F. Ve Ark., Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları, Kocatepe Tıp Dergisi, Cilt 6 No: 3, Eylül 2005, S33
140. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turk J Med Sci, 42 (3):515-522, 2012.
141. Yaşar ve Ark. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler, Eurasian J Pulmonol 2014; 16: 99-104
142. Eroğlu SA. İstanbul'da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. Istanbul Med J 2013;14:170-4.
143. Bulat LA.T.c. Sağlık bakanlığı Türkiye kamu hastaneleri kurumu Ankara ili 2. Bölge kamu hastaneleri birliği Genel sekreterliği Ankara atatürk eğitim ve araştırma hastanesi Aile hekimliği kliniği Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda Etkili faktörler. Uzmanlık tezi. Ankara, 2016
144. Velioglu U. T.c.Düzce üniversitesi Tıp fakültesi Aile hekimliği Anabilim Dalı. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların nikotin bağımlılığının sosyodemografik özellikler ve depresyon ile ilişkisi. Tıpta uzmanlık tezi. Düzce-2017
145. Aytemur Solak Z., Gündüz Telli C., Erdiç E., Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları, Toraks Dergisi, 2003;4 (1):73-77
146. Borland R, Young H-H, Cummings KM, Hyland A, Anderson S and Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. Tob Control 15: 42-50, 2006
147. Menteş Ç. Sigara Bağımlılarında Psikolojik Belirtilerin İncelenmesi. 2017 Ankara. Uzmanlık Tezi
148. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. Tobacco Control 2001; 10: 165-9.

149. Fond G, Guillaume S, Artero S, Bernard P, Ninot G, Courtet P, Quantin X, Self-reported major depressive symptoms at baseline impact abstinence prognosis in smoking cessation program. A one-year prospective study. *Journal of Affective Disorders* 149 (2013) 418–421
150. Kır Doğru G. Sigara Kullanım Durumlarının Uzun Vadede Kişilerin Beden Kitle İndeksi Üzerine Etkileri. Samsun 2015. Uzmanlık Tezi.
151. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther* 2009;31:463-91.
152. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest* 2011;139:591-9.
153. Blak BT, Wilson K, Metcalfe M, et al. Evaluation of varenicline as an aid to smoking cessation in UK general practice - a THIN database study. *Curr Med Res Opin* 2010;26:861-70
154. Balmford J, Borland R, Hammond D, Cummings KM. Adherence to and reasons for premature discontinuation from stop-smoking medications: data from the ITC Four-Country Survey . *Nicotine & Tobacco Research*, 13 (2):94-102, 2011.
155. Benli AR, Erturhan S., Oruç MA, Kalpakçı P., Sunay D., Demirel Y. Vareniklin ve bupropiyonun etkinliğinin karşılaştırılması ve ilaçların sigara bırakma programı bağlamında etkisinin değerlendirilmesi. *Tütün Kaynaklı Hastalıklar* . 2017; 15 (Şubat): 10. doi: 10.1186 / s12971-017-0116-0.
156. US Department of Health and Human Services. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff and consortium representatives: A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service Report. *Journal of the American Medical Association* 2000; 283: 2344-54.
157. Wang C, Xiao D, Chan K, Pothirat C. Varenicline for smoking cessation: A placebo-controlled, randomized study. *Respirology* (2009) 14, 384-392.

158. Cahill, K., L.F. Stead, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 4: p. CD006103.
159. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tuberk Toraks* 2004; 52: 63-8.
160. Kıdık E. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların 1-3 Yıllık Süreçteki Sigara Bırakma Durumları, Uzmanlık Tezi. Ankara-2017
161. Kır Doğru G. Sigara Kullanım Durumlarının Uzun Vadede Kişilerin Beden Kitle İndeksi Üzerine Etkileri. Samsun 2015. Uzmanlık Tezi.
162. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther* 2009;31:463-91. [CrossRef]
163. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest* 2011;139:591-9. [CrossRef]
164. Blak BT, Wilson K, Metcalfe M, et al. Evaluation of varenicline as an aid to smoking cessation in UK general practice - a THIN database study. *Curr Med Res Opin* 2010;26:861-70. [CrossRef]
165. Keuthen NJ, Niaura RS, Borrelli B, Goldstein M, DePue J, Murphy C, et al. Comorbidity, smoking behavior and treatment outcome. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 244-50.
166. Çan G, Öztuna F, Özlü T ve ark. The evaluation of our smoking cessation clinic results. *Eur Respir J Sep 20*, P3584; Suppl; 38: 579,. 2002.
167. Rose JE, Behm FM. Combination Varenicline/Bupropion Treatment Benefits Highly Dependent Smokers in an Adaptive Smoking Cessation Paradigm. *Nicotine Tob Res.* 2016;19(8):999-1002.

EK A. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)  
KARAR FORMU

SAYI:	Tarih: 27.06.2018
KONU: Etik Kurulu Kararı	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakmada Vareniklin Kullanan Hastaların Anksiyete Depresyon Durumunun ve Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Tedavi Sonuçlarına Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Zuhal Aydan Sağlam				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI					
	DESTEKLEYİCİ					
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>				
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>				
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>				
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>				
Retrospektif		<input type="checkbox"/>				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018/0255	Tarih: 27.06.2018				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan  
İmza:

## EK A. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)  
KARAR FORMU

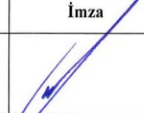


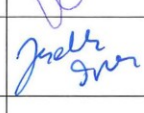



SAYI:

Tarih: 27.06.2018

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakmada Vareniklin Kullanan Hastaların Anksiyete Depresyon Durumunun ve Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Tedavi Sonuçlarına Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	H	E	H	E	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Asf Yıldıırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sıdka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Saliha Şahin	İşçi		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Karar:  Onaylandı  Reddedildi

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan  
İmza:

