

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ve TÜBERKÜLOZ ANABİLİM DALI

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SİGARA BIRAKMA
POLİKLİNİĞİNDE DEĞERLENDİRİLEN OLGULAR

Dr. Cemile Dilşah SÜRMEİ

UZMANLIK TEZİ
TEZ DANIŞMANI: Yrd. Doç. Dr. Levent AKYILDIZ

DİYARBAKIR – 2008

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kişiliğini, etik anlayışını ve mesleğine olan hakimiyetini örnek aldığım; bilgi ve deneyimlerini paylaştığım, bilimsellik yanında sabır ve şefkatide öğreten Prof. Dr. Füsün TOPÇU'ya

Tez konumun seçiminde, tezimin hazırlanmasında ve asistanlık eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Levent AKYILDIZ'a

Uzmanlık eğitimim boyunca çalışmalarımda yol gösterici olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her konuda desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Mehmet COŞKUNSEL'e, Prof. Dr. Recep IŞIK'a, Prof Dr. Abdurrahman ŞENYİĞİT'e, Doç Dr. Gökhan KIRBAŞ'a, Yrd. Doç. Dr. Tekin YILDIZ'a, Yrd. Doç Dr. Güngör ATEŞ'e

Sevgilerini ve anlayışlarını esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma ve kliniğimizde çalışan tüm hemşire ve yardımcı sağlık personeline

Rotasyonlarım esnasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Dahiliye Kliniği, Radyoloji Kliniği, Kardiyoloji Kliniği, İntaniye Kliniği Öğretim üyeleri, asistan, hemşire ve personeline

Her zaman destek ve sevgilerini yanımda hissettiğim aileme

Gösterdikleri sabır ve destekleri nedeniyle sevgili eşime ve biricik kızıma

Sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım

Dr. Cemile Dilşah SÜRMEİ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	ii
TABLolar LİSTESİ	iv
KISALTMA LİSTESİ	v
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Tütünün Tarihçesi	6
2.2. Sigara Epidemiyolojisi	9
2.3. Sigara ve Kadın	11
2.4. Sigara ve Gençlik	12
2.5. Sigara ve Eğitim Düzeyi	12
2.6. Sigaraya Bağlı Mortalite ve Morbidite	12
2.7. Sigara ve Ekonomi	13
2.8. Sigara ile İlişkili Hastalıklar	14
2.9. Nikotinin Farmakolojik Etkileri	21
2.10. Nikotin Bağımlılığı ve Yoksunluk Sendromu	23
2.11. Sigarayı Bırakma Süreci	26
2.12. Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım	32
2.13. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi	37
2.14. Özel Durumlarda Tedavi	47
3. AMAÇ	50
4. MATERYAL ve METOD	50
5. BULGULAR	53
6. TARTIŞMA	64
7. SONUÇ ve ÖNERİLER	74
8. KAYNAKLAR	77
9. EK	99

TABLolar LİSTESİ

Tablo Numarası ve Adı	Sayfa No
Tablo 1. Hastaların yaşlarına göre dağılımı	53
Tablo 2. Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı	54
Tablo 3. Hastaların başvuru şekline göre dağılımı	54
Tablo 4. Hastaların ilk sigarayı içme yaşına göre dağılımı	55
Tablo 5. Cinsiyet ile ilk sigara içme yaşı arasındaki ilişki	56
Tablo 6. Hastaların sigaraya başlama nedenlerine göre dağılımı	56
Tablo 7. Hastaların şu anda günde içtiği sigara miktarına göre dağılımı	57
Tablo 8. Hastaların cinsiyeti ile günde içilen sigara miktarı arasındaki ilişki	57
Tablo 9. Hastaların sigara tüketimine göre dağılımı	58
Tablo 10. Hastaların cinsiyeti ile sigara tüketimi arasındaki ilişki	58
Tablo 11. Hastaların kullandığı sigara tipi ile eğitim durumu arasındaki ilişki	59
Tablo 12. Tek nedenle sigarayı bırakma istemelerinin değerlendirilmesi	59
Tablo 13. Olguların şuanadaki hastalıklarına göre dağılımı	60
Tablo 14. Hastaların daha önce sigarayı bırakma sürelerine göre dağılımı	61
Tablo 15. Hastaların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyleri	62
Tablo 16. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyleri ile günde içilen sigara miktarları arasındaki ilişki	62
Tablo 17. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyleri ile toplam sigara tüketimi (paket/yıl) arasındaki ilişki	63

KISALTMA LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	: Adrenokortikotropik hormon
CO	: Karbonmonoksit
CRP	: C-Reaktif Protein
DM	: Diabetes Mellitus
EEG	: Elektroensefalografi
EKG	: Elektrokardiyografi
FEV1	: Zorlu ekspiratuvar volüm
HDL	: Yüksek dansiteli kolesterol
ICAM	: İntrasellüler adhezyon molekülü
KOAH	: Kronik obstruktif akciğer hastalığı
LDL	: Düşük dansiteli kolesterol
MAO	: Monoaminoksidaz
MSS	: Merkezi sinir sistemi
MÖ	: Milattan önce
NNS	: Nikotin nazal sprey
NRT	: Nikotin replasman tedavisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bölgemizde sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların demografik özelliklerini incelemek, sigara kullanımını etkileyen faktörleri, sigara bırakmayı deneyenlerde en sık karşılaşılan zorlukları, nikotin bağımlılık düzeyini, anksiyete ve depresyon skorunu belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2006-Nisan 2008 tarihleri arasında sigara bırakma polikliniğine başvuran 135 olgu çalışmaya alındı.

Sonuç: Çalışmaya katılan 135 olgunun 86'sı (% 63.7) erkekti. Hastaların 54'ü (% 40.0) üniversite mezunuydu. 28 hasta (% 20.8) doktor önerisi ile başvurmuştu. Cinsiyet ile sigarayı ilk içme yaşı arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0.021$). Sigaraya başlama nedeni en sık (% 52.9) özenti idi. Hastaların % 51.1'i 20 paket/yıl ve üzerinde sigara tüketmişlerdi. Cinsiyet ile günde içilen sigara miktarı ($p=0.029$) ve sigara tüketimi ($p<0.04$) arasında anlamlı ilişki bulundu. En sık tek neden olarak ileride hastalanma korkusu belirtilmişti. Hastaların % 73.3'ü daha önce sigara bırakmayı denemişti. Deneyenlerin sadece % 8.1'i bir yıldan uzun süre sigara içmemeyi devam ettirebilmişti. Fagerstrom nikotin bağımlılık düzeyi % 62.2'sinde yüksek veya çok yüksek olarak bulundu. Fagerstrom nikotin bağımlılık düzeyi ile günde içilen sigara miktarı ve sigara tüketimi arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.001$).

Anahtar Kelimeler: Sigara, cinsiyet, sigarayı bırakma

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to investigate demographic properties of the patients who has resorted to smoking cessation clinic in our region, to define the factors affecting smoking, the most common difficulties seen in patients trying to stop smoking, nicotine addiction level, the score of anxiety and depression.

Materials and Methods: One hundred thirty five cases reported smoking cessation clinic between December 2006 and April 2008 were accepted to the study.

Results: Eighty six of 135 cases participated in the study were male (63.7 %). Fifty four of the patients (40.0 %) have been graduated from university. 28 patients (20.8 %) participated because of doctor's suggestion. A significant relationship was found between sex and the age of beginning to smoke ($p=0.021$). The most common cause of beginning to smoke (52.9 %) was emulation. 51.1 % of patients had consumed 20 package per year and more. A significant relationship was found between sex and the amount of cigarettes smoked per day ($p=0.029$) and cigarette consumption ($p=0.04$). Being sick in the future was stated as the most common single reason. 73.3 % of them had tried to stop smoking before. Only 8.1 % of patients tried to stop smoking had been able to continue non-smoking more than one year. Fagerstrom nicotine addiction level was found high or very high for 62.2 % of them. A significant relationship was found between Fagerstrom nicotine addiction level and amount of the cigarettes smoked per day and cigarette consumption ($p<0.001$).

Key Words: cigarette, sex, smoking cessation

1. GİRİŞ

Günümüzde her on erişkinden birinin ölümüne neden olan tütün alışkanlığı, dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Amerikan psikiyatri derneği tarafından bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri içeren bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır (1). Sigara içmek madde bağımlılığı boyutunda olan tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır (2). Kolay temin edilmesi ve kullanımının yasal olması nedeniyle sigara bağımlılığı en sık görülen madde bağımlılığı tipidir (3). Kolaylıkla temin edilebildiği için özellikle gelişmekte olan ülkelerde kullanımı gittikçe yaygınlaşmaktadır (4).

Her yıl 5500 milyar sigara üretilmekte ve dünya çapında 1.2 milyar kişi sigara içmektedir. 2030 yılında dünya çapında sigara içenlerin sayısının 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (5). Sigara içenlerin büyük kısmı gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta ve büyük kısmını erkekler oluşturmaktadır. Dünya genelini oluşturan tahminlerde erkeklerde sigara içme sıklığı % 47, kadınlarda ise % 12'dir (6). Türkiye'de 1993 yılında yapılan BİGTAŞ araştırmasına göre 20 yaş üzerinde erkeklerde % 57.8, kadınlarda % 13.5 ve ortalama % 33.6 olarak bulunmuştur. En yüksek sigara içme sıklığı % 39 ile Trakya bölgesinde, % 29 ile en az Güneydoğu Anadolu bölgesindedir. Bu çalışmada sigara içme sıklığı köyde oturanlarda % 29.1, kentte oturanlarda % 36.9 olarak tespit edilmiştir (7).

Sigara alışkanlığı yaygın olarak çocukluk çağlarında başlamaktadır (8). Yapılan anketlerin sonuçlarına bakıldığında bunların genellikle gençlik dönemine özgü psikolojik motivasyonlardan ibaret olduğu görülmektedir (9,10,11). Kendini ispatlama, arkadaşları arasında yer edinme, otoriteye karşı gelme, merak, özentisi, deneme dürtüsü, arkadaşlarının teklifini geri çevirememesi, gizli yada açık sigara reklamlarından etkilenme gibi. Sigara içmeyen anne-babaların çocuklarında sigaraya başlama oranı düşük (12) iken sigara içen çocukların % 75'inin anne-babasından en az biri sigara içmektedir (13).

Arbak ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada katılımcıların % 47.3'ünün sigaraya 15 yaşından önce başladıkları ve 10 yaşından önce sigaraya başlayanların bırakma isteğinin düşük (% 18.1) olduğu

tespit edilmiş (14). Fidan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sigaraya 15 yaşından önce başlayanlarda, daha geç başlayanlara göre sigarayı bırakma oranı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (15). Her iki çalışmada genç yaşta sigara alışkanlığı edinmenin sigara bırakmayı güçleştirdiğini ve genç kesime daha ilgili ve dikkatli eğitim verilmesi gerektiğini göstermektedir. Sigara üreticilerinin de en büyük hedef kitlesini genç kesim oluşturmaktadır. Böylece çok uzun yıllar kar sağlayabilecekleri kitleyi oluşturacaklardır.

Sigaraya erken yaşta başlama, sigara ile ilişkili hastalıklara yakalanma riskini daha da arttırır (16). Sigaraya daha erken yaşlarda başlayanlarda KOAH ve akciğer kanseri olma riski, geç yaşlarda başlayanlara göre çok daha fazla artmaktadır (17).

Sigara tüketimi 1970—1985 yılları arasında dünyada % 7 oranında artarken gelişmiş ülkelerde bu tüketim azalmıştır (18-22). Çünkü gelişmiş ülkelerde, bu yıllarda sigara karşıtı kampanyalar başlatılmıştır (16). Ülkemizde de çocuklarda sigara içiminde dramatik bir artış dikkat çekmektedir. Çünkü çocuk ve gençlerde sigaradan caydırıcı ve engelleyici bir program ve girişim yapılmamıştır (13). Sigara savaşının en önemli yönü, çocuk ve gençlerin korunması ve sigara alışkanlığı olmayan yeni kuşakların yetiştirilmesidir (23).

Sigara içme davranışının toplumsal bir norm olarak kabul gördüğü gelişmekte olan ülkelerde her eğitim seviyesinde sigara içme sıklığı yüksek bulunmaktadır (24).

Sigara içmeyen kişilerin bu dumana maruz kalmaları pasif sigara içimi olarak tanımlanır (25). Çevresel tütün maruziyeti, solunumsal semptomlar, astım, KOAH ve akciğer kanseri gibi solunum sisteminin bulgu ve hastalıklarının nedenleri arasında yer aldığı gibi koroner kalp hastalığı (26-30), inme (31) gibi hastalıklara da neden olmaktadır. Pasif sigara maruziyeti prenatal dönemden başlayarak tüm çocukluk çağı boyunca solunum sistemi ve diğer sistemler üzerine olumsuz etkilere yol açmaktadır. Çocuklar zamanlarının % 60-80 kadarını iç ortamda geçirdikleri için pasif sigara dumanına daha fazla maruz kalmaktadırlar (32). Ülkemizde pasif sigara dumanına maruz kalan çocukların % 75 dolaylarında olduğu tahmin edilmektedir (33).

Sigaraya bağlı bir hastalıktan ölüm riski % 50, beklenen yaşam süresinden eksilen ise yaklaşık 15 yıldır (34). Yapılan çalışmalar , sigarayı bırakma ile solunumsal semptomlarda azalma (35), FEV1'de yıllık azalmada küçük ancak etkin bir yavaşlama (36), mortalitede sigara içmeyi sürdürenlere göre yarısı oranında azalma (37) sağlamaktadır.

2- GENEL BİLGİLER

2.1. Tütünün Tarihçesi

Günümüzde dünyada meydana gelen her on erişkin ölümünden birinin nedeni sigaradır. Bu oranın 2030 yılına kadar yüzde altıya ulaşacağı tahmin edilmektedir.

M.Ö. 6000 yılı civarında Amerika kıtasında tütün tarımı yapıldığına dair kanıtlar olmasına rağmen , tütünün anavatanının neresi olduğu tam olarak bilinmemektedir (38).

Maya ve Aztek uygarlıklarında rahipler dinsel törenlerde ve ayinlerde tütün dumanını kullanmışlardır. Zamanla rahipler dışındaki insanlar da kullanmaya başlamış ve tütün Orta ve Kuzey Amerika'da yaygınlaşmıştır (38).

Avrupalılar tütünü 1492 yılında Amerika'yı keşfeden Cristopher Columbus ve mürettebatından öğrenmişlerdir. Columbus, tütün yapraklarına yerlilerin tütün içtikleri saz borusunun adı olan "tobacco" adını vermiştir. Romane Pane adlı piskoposun 1518 yılında tütün tohumunu Şariken'e sunması ile İspanya'da tütün üretimine başlamıştır (38,39).

Fransa'nın Portekiz büyükelçisi olan Jean Nicot 1560'lı yıllarda tanıştığı tütün bitkisini kraliçeye sunması ile saray bahçesinde yetiştirilmeye başlanmış ve kraliçenin başağrısına yararı olunca, tütün kısa zamanda sağlığa yararlı bitkiler sınıfına girmiş ve yeni bir endüstri doğmuştur (38,39).

Botanikçi Charles Etienne ile Jean Liebault 1570 tarihli bir tarım kitabında tütün bitkisine, Jean Nicot'un adından hareketle Nicotiana adını verdiler. Böylece bitkinin bilimsel adı Nicotiana olarak kaldı. Tütünün içeriğindeki sinir zehirine de nikotin adı verildi (38,39).

Sevilla Üniversitesinde doktor olan Nicolo Monadres 1565 yılında Nicotiana'yı öven bir makale yayınladı. Latince, İngilizce, İtalyanca ve Fransızca'ya çevrilen makale Avrupa'da büyük bir sansasyon yarattı. Baş ağrısı, astım, gut hastalığı, mide krampları, rahim hastalıkları, çıbanlar, veba hastalığı gibi bir çok hastalıkta kullanılmaya başlandı (38,39).

Başlangıçta eczanelerde ve kısmen de reçeteye satılıyordu. Ancak zamanla ticareti karlı bir iş haline geldi ve tütüncüler tütün ticaretinde uzman

şirketler kurdular. Nitekim 18. yüzyılda piyasada aslan payını bu şirketler aldılar (38,39).

Tütünün sigara şeklinde kullanımının yayılması 1856 Kırım Savaşı sırasında olmuştur. John Bonsack'ın 1881 yılında ABD'de ilk sigara yapan makinenin patentini alması ile, Amerika'da günde 120.000 sigara üreten bir sistem kuruldu. Birinci ve II. Dünya savaşları sigara tüketiminin en yoğun olduğu yıllar olmuştur (38,39,40).

Tütün tiryakiliği yayılınca bunun fuzuli bir harcama olduğu, kötü koku yaydığı ve sağlığa zararlı olduğu düşüncesiyle çeşitli ülkelerde yasaklar konulmaya başlandı. İspanya ve Amerika kiliselerinde 1575 yılında, 1623'de Japonya'da, 1652'de Almanya-Bavyera'da, 1633'de İstanbul'da, 1634'de Rusya'da yasaklanmış ve yasağa uymayanlara çeşitli cezalar verilmiştir. Ancak insanlar tütünü kullanmaya devam etmişlerdir (38,39,40).

İngiliz doktor John Hill 1761 yılında "Cautions againts the immoderate use of snuff " (Aşırı enfiye kullanımına dikkat) isimli tarihte bilinen ilk tütün-kanser araştırması raporunu yayınlamıştır. Sammuel Thomas von Soemmering 1795 yılında Almanya'da pipo içenlerde dudak kanseri oluştuğunu rapor etmiştir (38,39,40).

Richard Doll ve Richard Peto isimli iki İngiliz doktor 1951 -1962 yılları arasındaki çalışmalarıyla tütün ürünlerinin sağlığa yaptığı zararları net olarak ortaya koydular (38,39,40).

Sigaranın insanları tehdit eden bir alışkanlık olduğu kesin olarak ortaya konulmuştur. ABD ve Batı'nın gelişmiş ülkelerinde sigara ile mücadele yöntemleri ve halkın bilgilendirilmesi ile sigara tüketimi hızla düşmeye başlamıştır. Bu ülkelerde 1970'li yıllarda başlatılan mücadele sonucunda sigara tüketimi hızla azalmış, tütün kullanımı erişkinlerde % 44'ten % 29'a düşmüştür. Ancak çok uluslu sigara tekelleri, üretimlerini kısmamış, üretim fazlasını az gelişmiş ülkelere aktarmıştır. Halen kitlelere tütün kullandırıp para kazanmaya çalışan tütün endüstrisi ile buna direnen bilikli insanlar, hükümetler ve duyarlı sivil toplum örgütleri arasında savaş devam etmektedir (38,39,40).

Türkiye’de Tütünün Tarihçesi

Türkiye’ye tütün 1601-1605 yılları arasında İngiliz, Venedik ve İspanyol gemici ve tacirleri tarafından İstanbul yolu ile gelmiştir (40,41).

İstanbul’da tütün içiminin başlaması ile Saray Başhekimi Cerrah İbrahim Efendi bunun sağlığa zararlı ve İslam dinine aykırı olduğu görüşünü bildirmesine rağmen etkili olamamıştır (40,41).

Sultan I.Ahmet zamanında şeyhülislamın yayınladığı fetva ile kullanımı yasaklanmıştır. Ancak Sultan Mustafa ve II. Osman zamanında ferman etkisini kaybetmiştir (40,41).

İstanbul’da 1633 yılında IV. Murat zamanında çıkan büyük bir yangın nedeniyle tekrar ferman çıkarılmış ve yasak çok sıkı denetlenmiştir. Tütün ithalatına 1646 yılında gümrük resmi konulmuş ve tütün alımı ve satımına ayrı vergiler konulmuştur (40,41).

Osmanlı imparatorluğu’nun ekonomik durumu kötüleştikçe alınan vergiler artmış ve 1879’da yapılan bir sözleşme ile "öşür" adlı vergi hariç tutularak Galata bankerlerinden bir gruba belirli bir para karşılığında tütün inhisarı devredilmiştir. Bu yetki 1882 yılında nizamname ile Düyun-u Umumiye’ ye verildi. Tütün ekiminin yarı hissesi 1884’te Fransız Reji Şirketine devredildi. Bu şirket İstanbul, İzmir, Samsun ve Adana’da tütün işleme fabrikaları kurdu. Reji şirketi 1913 yılında şirketi devletten daha güçlü hale getirecek kararlar aldı. Eski mahkumlardan oluşan 7000 kişilik kolcu birlikleri kurdu. Bu birlikler tütün üreticilerini sıkı kontrol altına aldılar. Atatürk’ün kurduğu Ulusal Tekel ile, Reji işkence ve sömürüsü sona erdi (40,41).

Tütün satın alınması, işletilmesi ve sigara üretimi, satılması ile tütüne ait işlemlerin hükümet tarafından yürütülmesi 26.02.1923 tarih ve 558 sayılı yasa ile kabul edildi (40,41).

Tütün ve tütün mamüllerinin ithalatının yasaklanmasına 19.10.1983 tarih ve 2929 sayılı kanunla son verildi (40,41).

Türkiye’de sigara karşıtı derneklerin yoğun çabaları ile 7.11.1996 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nden "Tütün ve Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine" dair 4207 sayılı yasa çıktı (40,41).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2003 yılında hazırlanan Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşması 27.04.2004 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanmıştır. Ulusal tütün kontrol programı Türk Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu üyelerinin de aktif katılımı ile oluşturulmuş, Ekim 2006 yılında Başbakanlık genelgesi ile yürürlüğe girmiştir (40,41).

Kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından korumak ve herkesin en temel haklarından biri olan temiz hava soluyabilmesini sağlamak amacıyla 4207 sayılı Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’da 5727 sayılı Kanunla değişiklik yapılmış ve bir bölümü 19/5/2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir (42,43).

Ülkemiz insanının tütünden gelecek zararlara karşı sağlığını korumak amacıyla 19 Ocak 2008 tarihinde kabul edilen, 19 Mayıs 2008’de yürürlüğe giren 5727 sayılı yasa, tam reklam yasağını zorunlu kılmıştır (42,43).

2.2. Sigara Epidemiyolojisi

Pek çok tütün türü dünya çapında kullanılmakta olup, en sık tüketilen şekli sigaradır. Günümüzde sigara tüketimi salgın haline gelmiştir. Her yıl 5500 milyon sigara üretilmekte ve dünya çapında 1.2 milyar kişi sigara içmektedir. Dünya çapında sigara içenlerin sayısının, 2030 yılında 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (5). Sigara içenlerin büyük kısmını geliştirmekte olan ülkelerde yaşayanlar ve bunların büyük kısmını da erkekler oluşturmaktadır. Dünya genelindeki tahminlere göre sigara içme sıklığı erkeklerde % 47 iken, kadınlarda % 12’dir (6).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1990’lı yıllar için sigara içme sıklığı tahminleri gelişmiş ülkelerde erkeklerde % 42, kadınlarda % 24; geliştirmekte olan ülkelerde ise erkeklerde % 48, kadınlarda % 7’dir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2002 yılında yaptığı tahminlere göre gelişmiş ülkelerde erkeklerin % 35’i, kadınların % 22’si sigara içerken, geliştirmekte olan ülkelerde erkeklerin % 50’si, kadınların % 9’u sigara içmektedir (44,45). Görülüyor ki sigara içme sıklığı

gelişmiş ülkelerde azalma eğiliminde iken gelişmekte olan ülkelerde özellikle kadınlar arasında artış göstermektedir.

Yapılan araştırmalar sonucu, 1998 verilerine göre dünyada en çok sigara tüketen beş ülke Çin (1643 milyar), Amerika Birleşik Devletleri (451 milyar), Japonya (328 milyar), Rusya (258 milyar), Endonezya (215 milyar) olarak sıralanmaktadır (5).

Dünya çapında tüketilen sigaraların üçte biri Çin'de tüketilmektedir (46). Çinli erkeklerin % 63'ü, kadınların % 4'ü sigara tüketmektedir. Çin'de her yıl 750 bin sigaraya bağımlı ölüm gelişmektedir. Çin'de erişkinler arasında 1985'ten 1992'ye kadar sigara tüketimindeki % 20'lik artış, aynı dönemde gelişmiş ülkelerdeki % 13'lük azalmaya büyük tezat oluşturmaktadır (5).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sigara içme sıklığı 1960'larda en üst düzeyde (47) iken 1970-1980 arası yıllar, sigara içme sıklığındaki en önemli düşme dönemini oluşturmaktadır (48). Amerika Birleşik Devletlerinde 1999 taramalarına göre erişkinlerde toplam sigara içme sıklığı % 23.5, erkeklerde % 25.7, kadınlarda % 21.5'tir (49).

Avrupa ülkelerinin sigara içme durumu değerlendirildiğinde 1920-1960 döneminin sigara açısından artışlarla seyrettiği, bir süre aynı düzeyde kaldığı 1975-1990 yılları arasında Finlandiya, İsveç, İngiltere, Belçika, Hollanda ve İsviçre'nin aralarında bulunduğu 12 Avrupa ülkesinde sigara tüketiminde istikrarlı bir düşüş gözleendiği dikkati çekmektedir (24). Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin bir çoğunda erkeklerin % 50'si kadınların % 30'u sigara içmektedir (50). Latin Amerika'da ise erkeklerin % 40'ı, kadınların % 21'i sigara içmektedir. Sigara karşıtı kampanyaların yürütüldüğü Yeni Zelanda, Avustralya ve Tayland dışındaki Batı Pasifik ülkelerinde de sigara tüketiminde artışlar görülmektedir. Rus erkelerin üçte ikisi, kadınların ise üçte biri sigara içmektedir (51).

Türkiye'de 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 edilmiş ve sigara içmeyenlerin %14'ünün daha önce sigara içip bıraktıkları gözlenmiştir (52).

Sigara içme sıklığı, 1993 yılında yapılan BİGTAŞ çalışmasında, 20 yaş üzeri erkeklerde % 57.8, kadınlarda % 13.5 ve ortalama % 33.6 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada sigara içme sıklığı en fazla % 39 ile Trakya bölgesinde, % 29 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesinde, köyde oturanlar arasında % 29.1, kentte oturanlar arasında ise % 36.9 olarak tespit edilmiştir (7).

2.3. Sigara ve Kadın

Sigara içme sıklığı kadınlarda da erkeklerde olduğu gibi I.dünya savaşıdan sonra artış göstermeye başlamıştır. 1924 yılında tüketilen sigaraların % 5'ini kadınların tükettiği, sigara içme sıklığının yaklaşık % 6 civarında olduğu tahmin edilmektedir (53) ve 1935 yılında % 18.1'e, 1965 yılında ise % 34.2'ye yükseldiği ifade edilmektedir (54).

Gelişmiş ülkelerde sigara içme sıklığı azalma eğiliminde olmakla birlikte bu oranın gelişmiş bazı ülkelerde kadınlar arasında artış gösterdiği ya da değişiklik göstermediği görülmektedir. Kadınlarda sigara içme sıklığındaki artışta, sigaranın kadının özgürlük hareketlerinin sembolü olarak gösterilmesi ve sosyal davranışta reklamcılık ve satış stratejilerinin potansiyel etkisi dikkat çekmektedir. Nitekim kampanyalarda kullanılan öğelerden biri de kadınların kilo kontrolünde şeker yerine sigara kullanmasının vurgulanmasıydı. Toplumsal yaşam tarzının da kadınlarda sigara kullanımı üzerine etkili olduğu düşünülmektedir (55).

Sigaranın sağlığa etkileri tüm yaş gruplarını ve cinsiyetleri etkilemektedir. Ancak kadınlar nikotin alımında erkeklerden daha az seçicidirler. Kadınlar sigaradan erkeklerden daha fazla olumsuz etkilenmektedirler ve kadınlarda depresyon ile sigara içimi arasında güçlü bir ilişki vardır (56). Ayrıca kadınlar için sigarayı bırakmak daha zordur ancak daha fazla girişimde bulunurlar (57).

Kadınlarda sigara içme alışkanlığı, kendisi dışında düşük doğum ağırlığı ve erken doğum gibi olumsuz nedenlerle bebeğin hayatını tehlikeye sokması nedeniyle de ayrı bir önem taşımaktadır (50).

2.4. Sigara ve Gençlik

Sigara ve gençlik birbirine çok yakın kavramlardır. Sigara içen gençlerin yaklaşık dörtte biri ilk sigarasını on yaşına gelmeden içmiştir. Sigaranın denenmesinin yaygın olduğu bir dönemde adölesan çağıdır. Yurt dışındaki değişik çalışmalarda lise öğrencileri arasında sigara deneme sıklığı % 70.4 ile % 78 oranlarında bildirilmiştir (58,59). Türkiye’de farklı illerde yapılan çalışmalarda sigara içme sıklığı % 9.5 ile % 41.2 arasında bildirilmektedir (9,60-62).

Gençler arasında en yüksek sigara içme sıklığı Orta ve Doğu Avrupa ve Hindistan’ın bazı bölümleri ile Batı Pasifik adalarındadır. Yapılan çalışmalarda Amerike Birleşik Devletler’inde sigara içenlerin % 80’inden fazlasının 18 yaş altında sigaraya başladığı tespit edilmiştir. Bu durum sigara içme eğilimlerinin belirlenmesinde gençlere yönelik faaliyetlerin önemini vurgulamaktadır (63).

2.5. Sigara ve Eğitim Düzeyi

Sigara içme sıklığı, sosyo-ekonomik durum, eğitim, ırk, yaşanılan bölge gibi faktörlerle ilişkili olarak değişiklikler gösterir. ABD’de 4 yıllık kolej eğitimi alanların % 58.9’u hiç sigarayı denememişken, daha az eğitim almış grupta aynı oran % 43.3’tür (47,48). Gelişmekte olan ülkelerde ise her eğitim seviyesinde sigara içme sıklıkları yüksek bulunmaktadır.

2.6. Sigaraya Bağlı Mortalite ve Morbidite

Sigara ve tütün ürünlerinin tüketimi bir taraftan kronik solunum yolu hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve akciğer kanseri gibi insan sağlığını tehdit eden hastalıklara, diğer taraftan iş gücü kaybı, üretimde düşüklük, yaşam kalitesinde azalma ve sağlık harcamalarında artma gibi bireysel ve toplumsal ekonomik kayıplara neden olan önemli bir toplum sağlığı sorunudur (24,50).

Sigara içimi en önemli önlenabilir erken ölüm nedenidir.

Sigaranın insan sağlığı üzerindeki etkilerini gösteren en çarpıcı alışma, Doll ve arkadaşlarının 1950-1960 yılları arasında İngiltere’de doktorlar üzerinde yaptığı araştırmadır. Bu çalışmada sigaranın başta akciğer kanseri olmak üzere bir çok hastalığın etkeni olduğu tespit edilmiş ve böylece sigara karşıtı faaliyetlerin başlanmasına g vermiştir (24).

Dünya Sağlık rgt sigarayı erken ölümlerin ve hastalıkların önemli bir nedeni olarak tanımlamaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda 1990’ların başlarında yılda yaklaşık 3 milyon ölümün ttnrneline bağlı olarak geliştiği, 2020 yılında yaklaşık yılda 10 milyonu bulacağı tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin % 70’i gelişmekte olanlkelerde olacaktır (45). Latin Amerika’da yıllık 150 bin lmn, Rusya’da yılda 280 bin ölümün sigaraya bağlı hastalıklardan geliştiği bildirilmektedir (51).

Yapılan araştırmalara göre sigara kullanma alışkanlığının yaygın olduğulkelerde akciğer kanserinden ölümlerin % 80-90’ından, kronik obstruktif akciğer hastalıklarına bağlı ölümlerin % 75-90’ından, koroner kalp hastalığı ölümlerinin % 25-30’undan sigaranın sorumlu olduğu düşünülmektedir (64).

Sigara tüketimi kişinin yaşam beklentisini ortalama 20-25 yıl azaltmaktadır (65,66).

2.7. Sigara ve Ekonomi

Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TUIK) “2005 Yılı Hane Halkı Tüketim Harcamaları Raporu”na göre en düşük gelirli % 20’lik dilimde alkollü içecek, sigara ve diğer ttnrneleri için yapılan harcamalar tüm harcamaların % 5.2’sini, aylık gelirin ise % 4.1’ini oluşturmaktadır. En yüksek gelirli % 20’lik kesimde ise alkollü içecek ve sigara için yapılan harcamalar tüm harcamaların % 3.6’sını oluşturmaktadır (67). Sağlık Bakanlığı yetkililerince yapılan hesaplamalara göre tütüne bağlı ekonomik kayıpların 22-60 milyar YTL (20-50 milyar USD) olduğu belirtilmektedir (67).

İngiltere’de sigara içmeye bağlı hastalıklar Ulusal Sağlık Hizmetlerine her yıl yaklaşık 1.5 milyar sterline mal olmaktadır (68).

ABD’de sigara içicileri toplam harcamaların % 4’n sigara için yapmaktadır (69). Avustralya’da yapılan ulusal ölçekli bir çalışmada en düşük

gelirli hane halkının sigara harcaması, gelirlerinin % 7.7'sini, en yüksek gelirlilerde ise % 2.4'ünü oluşturduğu saptanmıştır (70). Gong ve ark. (71) Çin'de sigara içenlerin gelirlerinin % 17'sini sigara için harcadıklarını saptamıştır. Yeni Zelanda'da aylık gelirin % 9'u, Meksika'da % 22'si, Filipinlerde ise % 35'i sigara için harcanmaktadır (72,73).

Dünya bankası verilerine göre her yıl tütünün yol açtığı ekonomik zarar, dünya genelinde 200 milyar dolardır (74,75). Dolayısıyla düşük sosyo-ekonomik düzeyli toplumlarda sigara içicilik oranının yüksek olması gelirin önemli bir kısmının alım gücüne göre pahalı olan sigaraya ayrılmasına yol açmaktadır.

2.8. Sigara İle İlişkili Hastalıklar

Sigara direkt ölümlerle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ve 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir. Sigara akciğer kanseri, KOAH ve periferik aterosklerozun ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindedir (76).

Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının % 80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerinde üçte birinden sorumlu bulunmuştur (76).

Sigara içenlerde riski artmış hastalıklar (77)

Akut dişeti hastalığı	Grip
Angina	İmpotans
Sırt ağrısı	Görme siniri hastalığı
Burger hastalığı	Eklemler bağ zedelenmesi
Duodenum ülseri	Maküler dejenerasyon
Katarakt	Kas zedelenmesi
Kalın barsak polipleri	
Crohn hastalığı	Boyun ağrısı
Depresyon	Nistagmus
DM (Tip 2)	Göz içi mantar hastalıkları
İşitme kaybı	Osteoporoz

Osteoartrit	
Çevresel damar hastalığı	Romatizma
Pnömoni	Tendon zedelenmesi
Psöriasis	Tütün körlüğü
Cilt kırıklığı	Diş dökülmesi
Mide ülseri	Tüberküloz

Sigara içenlerde işlev bozuklukları (77)

Ejakulasyon(hacim azalması)	Sperm hareketi azalması
Doğurganlık azalması	Spermin dölleme yeteneğinin azalması
Bağışıklık sistemi bozulması	Sperm şekil bozuklukları
Erken menapoz	
Sperm sayısı azalması	

Sigara içenlerde bulguları daha ağır olan hastalıklar (77)

Astım	Hipertiroidi (Grave's hastalığı)
Kronik nezle	Multipl skleroz
Diabet	Görme siniri iltihabı
Görme bozukluğu	

Sigara içenlerde daha ağır ve inatçı olan hastalıklar (77)

Nezle	
İltihabi barsak hastalığı	Pnömoni
Grip	Tüberküloz

Sigaraya bağlı ölümcül hastalıklar (77)

KANSERLER	KALP VE DOLAŞIM	DIĞERLERİ
Akciğer	Koroner kalp hastalığı	Bronşit
Ağız ve trakea	Aort anevrizması	Pnömoni
Ösephagus	Kalp kası dejenerasyonu	Mide ülseri
Mesane	Ateroskleroz	Duodenum ülseri
Mide	Pleji	
Pankreas		
Bulunamayan ilk odak		
Lösemi (77)		

Sigaranın Sistemik Etkileri

Tütün kullanımının kardiyovasküler sistem başta olmak üzere bir çok sistem üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır.

Tütün kullanımı Koroner Kalp Hastalığının en önemli risk faktörüdür. Koruyucu kardiyolojide sigaranın bırakılması primer korunma programlarında yer alan önlemler arasındadır. Tek başına sigaranın bırakılması ile ilk kalp krizi geçirme riski yaklaşık % 65 oranında azalmaktadır (78).

Aterosklerotik progresyon ile sigara içimi doğrudan ilişkili bulunmuş ve çok çeşitli mekanizmalar sonucu meydana geldiği gösterilmiştir. LDL oksidasyonunda artış, HDL miktarında azalma, CRP gibi inflamatuvar moleküllerde artış, hemostatik etkiler, ICAM-1 ve fibrinojende artış, monosit ve endotel hücrelerinde artış, spontan trombosit agregasyonunda artış mekanizmalardan bazılarıdır (79,80).

Endotel fonksiyon bozukluğu ile ilişkisi olan sigara, başta hipertansiyon olmak üzere endotel disfonksiyonu nedeniyle gelişen vasküler hastalıklar için önemli bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır (81).

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 (82).

Sigara içenlerde periferik arter hastalığına yakalanma riski 2-5 kat artmış olup, klodikasyo tarif eden hastaların % 84'ünün hala sigara içen yada sigara içimini yeni bırakmış kişiler oldukları saptanmıştır (83).

Yapılan bir çalışmada, sigaraya bağlı mortalite nedenleri özellikle kanserler, pulmoner ve kardiyak hastalıklar olarak üç grup altında incelenmiştir. Üst solunum yolu kanserleri 15 kat, pankreas ve mesane kanseri 3 kat daha fazla oranda saptanmıştır. Diğer kanser tipleri ise böbrek, mide ve rektum kanseri ile myeloid lösemi olarak bulunmuştur. Ayrıca nedeni bilimeyen kanserler ile de sigara arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar arasında Konjestif kalp hastalığı, kor pulmonale, aort anevrizması ve venöz tromboz ile romatoid artrit dışındaki tüm vaskülitlere bağlı mortalite ile sigara içimi arasında anlamlı derecede ilişki saptanmıştır (84).

Osteoporoz, periodontal hastalıklar, impotans, infertilite, katarakt sigara içimi ile ilişkili non-fetal hastalıklar arasında sıralanabilir (85).

Ayrıca gebelikte sigara içiminin sürdürülmesi, fetal ve perinatal ölüm oranlarını arttırmakta ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna neden olmaktadır (85).

Sigaraya Bağlı Akciğer Hastalıkları

Akciğer Kanseri

Yirminci yüzyıl başlarında nadir bir hastalık olan akciğer kanseri, günümüzde en sık ölüm nedeni olan malign hastalık olmuştur. Dünyada 1985 yılında ve 1990 yılında tüm kanserler arasındaki sıklığı % 11.8'den % 12.8'e ulaşmıştır (86). ABD'de 2001 yılında yayımlanan bir çalışmada akciğer kanseri tanısı almış erkeklerde ölüm oranı, tüm kanser ölümlerinin % 31'ini oluşturmaktadır (87).

Akciğer kanseri olgularının % 90'ı sigara içme öyküsü olan kişilerdir (88-92).

ABD’de akciğer kanseri insidansı erkeklerde 1980’lerin başında zirve yapmış daha sonra düşme eğilimine girmiştir. İnsidans, 1992-1997 yılları arasında yıllık % 3.2 oranında düşmüştür. Kadınlarda ise insidans 1991 yılından beri stabildir (87). Zheng ve arkadaşları, ABD Connecticut’ta 1960-1989 yılları arasında akciğer kanseri olgularında erkek/kadın oranının 6.5’ten 2.1’e düştüğünü bildirmişlerdir. Ülkemizde de akciğer kanseri olguları arasında kadınların oranı artış eğilimindedir. Yaman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 1980 öncesi erkek/kadın oranı 11 iken, 1980 sonrasında 5 olarak bulunmuştur (89). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise erkek/kadın oranı 1992 yılında 13.8, 1995’te 11.5 ve 1998’de 10.9 olarak bildirilmiştir (93).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi’nin 1997 yılında yayımlanan raporunda akciğer kanseri sıklığı, tüm kanserler arasında birinci sıradadır (94).

Onat ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları on yıllık kohort çalışmasında erkeklerde sigara içiciliğinde % 11, her bir erkeğin tükettiği sigara miktarında % 10’luk azalma saptamışlar. Ancak 30 yaş ve üzeri kadınlarda içenlerin oranı % 1, her bir içen kadının tükettiği sigara miktarının % 12 arttığı görülmüştür (95).

Sigara içme ile sıkı ilişkisi olan akciğer kanseri, sigara içiminin engellenmesi ile önlenabilir bir hastalıktır. Tüm dünyada sigara karşıtı hareketlerin en güçlü dayanağı, sigara ile akciğer kanseri ilişkisinin belirlenmiş olmasıdır. Nitekim lise çağındaki sigara içen gençlere, sigaradan aldıkları keyfin bedeli ne olursa sigara içmekten vazgeçersiniz sorusuna % 72.1’i sağlık nedeniyle sigaradan vazgeçebileceklerini söylemişlerdir (96).

Sigaranın bırakılması veya daha az miktarda içilmesi akciğer kanseri riskini azaltmaktadır (88,89). Akciğer kanseri tanısı aldığı sırada halen sigara içenlerde, sigarayı bırakmış veya hiç içmemiş olanlarla karşılaştırıldığında mortalite riskinin 1/3 oranında arttığı saptanmıştır (97). Sigaranın bırakılması, başarılı bir akciğer kanseri tedavisi sonrasında ikinci primer, sigara ile ilgili kanser gelişme riskini azaltmaktadır (98). Sigara içmeye devam edenlerde ikinci primer akciğer kanseri riski, bırakanlardan üç kat fazla bulunmuştur. Bu nedenle bu hastalarda sigara bırakma girişimleri önerilmelidir (97).

Sigara ve KOAH

KOAH tanısı alanların % 90-95'inde risk faktörü sigara içiciliğidir (99-102). KOAH olgularının genellikle 20 paket/yılın üzerinde sigara içme öyküleri vardır (103,104). Sigara içen ve yakınması olmayan 35-60 yaşları arasındaki 70 bin kişinin % 25'inde FEV1 % 50'nin altında bulunmuştur (105).

Sağlıklı bireylerde akciğerler 20-25 yaşlarına kadar volümlerini arttırmırlar. Sağlıklı bireyler 30 yaşından sonra FEV1 değerinde ortalama 30 ml/yıl kayıpla yaşlanırlar (106-108). Sigara içen duyarlı kişilerde FEV1'de yıllık düşüş KOAH gelişimi ile yakından ilişkilidir (109-113). Sigara kullanımı nedeni ile KOAH gelişen bireylerde FEV1 kaybı yıllık 50 ml'den fazladır (45-90 ml/yıl) (114,115). Ortalama FEV1 ile mortalite arasında da ilişki söz konusudur (116).

Sigaranın bırakılması ile solunumsal semptomlar azalır (35), FEV1'de yıllık azalma yavaşlar (36) ve yaşam süresi uzar (37) .

Sigara ve Astım

Akciğerlerin gelişimi ve akciğer fonksiyonları gebelikte sigara içilmesi ile olumsuz etkilenir (117-119). Gebelikte sigara içen annelerin çocuklarında allerjik duyarlılık daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (120). Yapılan bir çalışmada da annenin gebelikte sigara içmesi bağımsız bir risk faktörü olarak bulunmuştur (121).

Tucson, çocuk çalışmasında, anneleri yarım paket veya daha fazla sigara içen çocuklarda astım gelişme riskinin daha fazla olduğunu bildirmiştir. Ancak bu çalışmada babaların sigara içme alışkanlığı ile ilişkisi bulunamamıştır (122).

İsveçte yapılan bir çalışmada, içilen sigara sayısı ile astım ve allerjik semptomların azalma oranları arasında ilişki bulunmuştur (123).

Sigara içen astımlılarda morbidite ve mortalite artmaktadır (124-128). Halen sigara içen astımlılarda astım semptomları daha ciddi seyreder (126,128), solunum fonksiyonları daha hızlı düşer (129-130), hastaneye yatma oranları artar (127) ve ölümcül astım atağından ölüm oranları daha yüksek bulunur (131).

Ölümcül astım atağını takiben 6 yıl içinde ölüm oranları sigara içenlerde daha fazla bulunmuştur (132).

Sigara ve Tüberküloz

Sigara dumanı makrofajları etkiler, antijene yanıtı azaltır, elastaz sentezini artırır ve antiproteazların üretimini azaltır. Dolayısıyla akciğerin savunma sistemlerinde genel bir zayıflama söz konusu olur. Böylece sigara içen kişi tüberkülozu da içeren birçok enfeksiyona karşı riskli hale gelir (133-134)

Adelstein ve Rimmington'un 1967 yılında yaptığı bir çalışmada içilen sigara sayısı arttıkça tüberküloz olma oranının arttığı bildirilmiştir (135).

Buskin ve arkadaşları, tüberküloz risk faktörlerini araştırmak için 1988-90 yılları arasında yaptıkları bir anket çalışmasında, 20 yıl veya daha fazla sigara içmiş olanların en yüksek riske sahip olduklarını belirlemişlerdir. Hiç sigara içmemişlere göre bu kişilerde riskin 2-3 kat arttığı bulunmuştur (136).

Ekstrapulmoner tüberküloz gelişiminde de sigaranın risk faktörü olduğu gösterilmiştir (137).

Sigara ve Uyku

Tütün, içerdiği maddelerin fizyolojik, dumanının lokal etkileri nedeniyle uykuyu etkilemektedir (138).

Uykuda sırtüstü yatışa bağlı olarak solunum ve dolaşım sisteminde değişimler olmakta, akciğerlerde perfüzyon alanları yer değiştirmektedir (138).

Tütün dumanında bulunan birçok iritan gaz üst solunum yollarında konjesyona; dolayısıyla havanın burundan değil ağızdan alınmasına neden olabilmektedir. Ağızdan alınan kuru ve soğuk hava alt hava yollarına zarar vermektedir. Alt solunum yollarında mukoza ve salgılayıcı hücreleri de etkileyerek alt hava yollarında mukoza ödemi ve sekresyonda artışa sebep olacaktır. Alt solunum yollarındaki sekresyon yukarı gelip öksürüğe neden olarak uykuya dalmayı veya uykuya devam etmeyi engelleyecektir. Ayrıca tüm

bu yerel etkiler uykuda solunum yollarında daralma, horlama ve uyku apne sendromuna zemin hazırlar (138).

Ayrıca nikotin bağımlılarında, nikotin yoksunluğunun uykusuzluğa yol açtığı bilinmektedir. Nikotin yoksunluğu, arousal (uyanayazma) sayısını, uyku evre değişimi ve uyanıklıkları arttırmaktadır. Yapılan çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada sigara bağımlılarına sigara bıraktırılmış ve bir gruba nikotin bandı diğer gruba plasebo uygulanmış. Nikotin replasmanı yapılan grupta uyanayazma sayısı azalmış, NREM dönemi artmıştır. Bu çalışma nikotin yoksunluğunun uyku yapısını bozduğunu göstermektedir. Sigarasını içip yatan bir bağımlıda nikotinin yarılma ömrü göz önüne alındığında bir kaç saat sonra nikotin düzeyi düşecek ve yoksunluk başlayacaktır. Bu da uykunun 3- 4 saat sonra yapısının bozulmasına sebep olacaktır. Bu durum sigara bağımlılarındaki uyku kalite bozukluğunun nedenlerinden biri olarak sunulmaktadır (138,139).

Tütün nikotin aracılığı ile dopaminerjik yollara etki etmekte dolayısıyla bu yollarda işlev bozukluğuna yol açmaktadır ve bu durumun da bruksizm (diş gıcırdatma) ve huzursuz bacak sendromuna yol açtığı düşünülmektedir (140).

Tütün dumanı bebeklerde solunum merkezini deprese edici etkisi ile uykuda ani ölümlere neden olabilmektedir (138).

2.9.Nikotinin Farmakolojik Etkileri

Nikotin, Nicotiana tabacum bitkisinin yapraklarından elde edilen alkaloid yapıda, renksiz ve uçucu bir sıvıdır. Sigara yapımında kullanılan tütünde % 0.5-8 oranında nikotin bulunur. Bu miktar tütündeki alkaloidlerin yaklaşık % 95'idir (141).

Absorbiyon sonucu dolaşıma giren nikotin süratle santral sinir sistemine geçer. Bütün vücut sıvılarına dağılım gösterebilen nikotin, plasentadan fetal dolaşıma ve emziren annelerde süte kolayca geçebilir (141).

Absorbe olan nikotinin yaklaşık % 80-90 kadarı karaciğerde, az bir kısmı akciğer ve böbreklerde metabolize edilirken, % 10-20 kadarı ise böbreklerden değişmeden atılır. Nikotin karaciğerde CYP2A6 enzimi aracılığı ile major metaboliti olan kotine dönüşür (142-143).

Nikotin etkilerini, hedef hücreler üzerinde bulunan nikotik tipteki kolinerjik reseptörleri aktive ederek meydana getirir. Nikotik reseptörler periferde nöromusküler kavşakta, otonom gangliyonlarda, adrenal medullanın kromafin hücrelerinde, duyuşal sinir uçlarında ve santral sinir sisteminde yoğun bir şekilde dağılım gösterirler (142-144).

Nikotin, hem nöromusküler kavşakta hemde otonomik ganglionlarda eksitatör etkiye sahiptir. Sonuçta kaslarda güçsüzlük ve paraliziyeye sebep olur (142-143).

Kalpte küçük dozlarda, parasempatik gangliyonları aktive etmesine bağılı olarak bradikardi ve hipotansiyon yaparken, doz arttırıldığında kalp atım sayısında artma ve hipertansiyona neden olur (142,143).

Nikotin aterosklerotik damarlarda daha belirgin olmak üzere koronerlerde vasokonstriksiyona neden olur. Cilt damarlarını da daraltan nikotin, çizgili kas damar yataklarında vasodilatasyon yapar (145).

Gastrointestinal sistemde parasempatik otonomik gangliyonların aktive edilmesine bağılı mide asit salgısında artma ve peristaltik hareketlerde hızlanmaya neden olur. Böylece nikotin, ülşere zemin hazırlamakta ve kronik diyareye neden olabilmektedir (146).

Nikotinin lipid metabolizması üzerine de etkileri bulunmaktadır. Nikotin tarafından sempatoadrenal sistemin uyarılması lipolizi aktive eder. Sonuçta plazmada serbest yağ asidi, çok düşük dansiteli lipoprotein ve düşük dansiteli lipoprotein düzeyleri yükselir, yüksek dansiteli lipoprotein düzeyi ise düşer. Ayrıca sempatoadrenal sistem aktivasyonuna bağılı olarak bazal metabolizma hızını arttırır. Bu etkiler ve iştahın azalmasına bağılı olarak kilo kaybına neden olur (146).

Bellek ile ilgili fonksiyonlarda artma, iştah ve iritabilitede azalma, tremor nikotinin neden olduğı bazı durumlardır. Bulbusta kemoreseptör trigger zonu stimüle ederek bulantı ve kusmaya neden olabilir. Arka hipofizden vazopressin ve ön hipofizden ACTH salgılanması nikotin tarafından arttırılır. İnsülin ve kortizol salgılanması üzerine de benzer yönde etkilere sahiptir. Beyin sapı ve omurilikte ağrı ile ilgili nöronal yolakların stimüle edilmesi ve kısmen

de sinir uçlarından opioid peptidlerin saliverilmesindeki artışın bir sonucu olarak nikotin, az da olsa analjezik etkinliğe sahiptir (146).

2.10.Nikotin Bağımlılığı ve Yoksunluk Sendromu

Tütünün en önemli psikoaktif maddesi nikotindir. Nikotin yalnız psikişik değil fiziksel bağımlılığa da sebep olur. Nikotin, morfin, kokain ve amfetamin gibi güçlü bağımlılık yapan ilaçlarla karşılaştırıldığında keyif verici etkinliği daha zayıf olan bir maddedir (147,148).

Nikotin çok toksik bir madde olmakla birlikte, akut olarak fazla sigara içme, ölümlü sonuçlanan intoksikasyona neden olmaz. Bu diğer bağımlılık yapıcı maddelerden ayrılan en önemli farklardan biridir (149,150).

Orta beyindeki mezolimbik dopaminerjik sistem beyin haz merkezini aktive eder. Nikotin bağımlılığının temelinde mezolimbik sistem üzerindeki bu etkinin olduğu kabul edilmektedir (151).

Her sigara içen mutlaka nikotin bağımlısı değildir.Tütün, Dünya Sağlık Örgütü tarafından mental ve davranışsal bozukluklara yol açan "psikoaktif bir madde" olarak tanımlanmıştır (152). Sigara bağımlılığı kronik bir hastalık olarak kabul edilmekte ve bırakılması için uzun süreli sağaltım stratejisi gerekmektedir (153).

Sigara içenlerde nikotin bağımlılığının geliştiğini düşündüren başlıca belirtiler:

- Günde 20-25'in üzerinde sigara içilmesi
- Nikotin oranı yüksek sigaraların tercih edilmesi
- Sabah uykudan kalkıldığında mümkün olan en kısa süre içinde sigara içme gereksinimi duyulması
- Gece uykudan uyanıldığında sigara içme isteği duyulması
- Öğlene kadar olan zaman dilimi içinde daha fazla sigara içilmesi
- Sigara içilmeyen alanlardan mümkün olduğu kadar kaçınılması

–Sigaranın bırakılması konusundaki tavsiyelere şiddetle karşı çıkılması ve alınan bütün önlemlere rağmen içilen sigara miktarının azaltılmaması

–Kişinin kendisinde var olan ve bırakmadığı takdirde hastalık belirtilerinin artacağını bildiği halde, doktorunun bütün tavsiyelerine karşın sigara içmeye devam etmesi

–Sigarayı bırakma girişimleri esnasında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması.

Nikotin bağımlılığı çeşitli yöntemlerle ölçülebilmektedir. Nikotin bağımlılığının belirlenmesinde en sık kullanılan test Fagerstrom tarafından 1978 yılında önerilen "Fagerstrom Tolerans Testi" dir (154). Bu test sekiz sorudan oluşur ve fiziksel bağımlılığı ölçmek için tasarlanmıştır. Toplam puanı 0-11 arasında olan bir skorlaması vardır. Yapılan çeşitli çalışmalarda iç tutarlılığındaki yetersizlik, "Evet-Hayır" gibi yanıtlardan oluşan dikomatöz sorular içermesi ve bazen toplam skorun aynı kişilerde farklı zamanlarda farklı puanlar göstermesi nedeniyle 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi geliştirilmiştir (155). Bu test altı soruluk test haline getirilmiş ve toplam skor, 0-10 puandan oluşmaktadır.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz ?

- a.Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan)
- b.6-30 dakika içinde (2 puan)
- c.31-60 dakika (1 puan)
- d.1 saaten fazla (0 puan)

Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- a.Evet (1 puan)
- b.Hayır (0 puan)

Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir ?

- a.Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan)
- b.Diğer herhangi biri (0 puan)

Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a. 10 adet ve daha az (0 puan)
- b. 11-20 adet (1 puan)
- c. 21-30 adet (2 puan)
- d. 31 ve daha fazlası (3 puan)

Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- a.Evet (1 puan)
- b.Hayır (0 puan)

Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- a.Evet (1 puan)
- b.Hayır (0 puan)

Toplam skor

0-2: Çok az bağımlılık

3-4: Az bağımlılık

5 : Orta derecede bağımlı

6-7: Yüksek bağımlılık

8-10: Çok yüksek bağımlılık

Yoksunluk Sendromu

Uzun süreli ve yineleyici nikotin alımı sonucu nöroadaptasyon ortaya çıkar. Kronik nikotin maruziyetinde beyinde nikotin reseptörlerinde artış gözlenir. Zaman içinde beyindeki nikotin reseptörlerinin artması nikotinin bazı etkilerine tolerans gelişimine yol açar. Gelişen bu tolerans sonucu sigara bırakıldığı zaman kesilme belirtileri ortaya çıkar (156).

Yoksunluk sendromu belirtileri, son sigaranın içilmesinden sonra 24-48 saat içinde başlar, daha sonra şiddeti giderek azalır ve yaklaşık 15. günde kaybolur (125).

Bağımlılarda sigara kullanımının bırakılması sonucu ortaya çıkan başlıca yoksunluk belirtileri (157):

- İrritabilite
- Sabırsızlık veya tahammülsüzlük
- Anksiyete, disforik veya depresif tablo
- Konsantrasyon güçlüğü
- Kalp atım sayısında azalma
- EEG'de yavaşlama
- Unutkanlık
- Uyku bozukluğu
- Gastrointestinal bozukluklar
- İştah artması ve kilo alma

2.11. Sigarayı Bırakma Süreci

Sigara içme davranışı başlama, sürdürme, aralıklı içme, bırakma ve nüks gibi farklı davranışsal komponentleri içerir. Günümüzde sigarayı bırakmaya yönelik geliştirilen teoriler bu farklı davranışsal komponentleri göz önüne

olarak farklı yaklaşımlardan oluşur. Yaklaşımın etkinliği, sigara içen olgunun doğru tanımlanmasına ve doğru stratejilerin uygulanmasına bağlıdır (158).

Sigara kullanımı deneme dışında her gün tekrarlanan bir madde kullanımıdır. Bu kullanıma kompulsif kullanım denmektedir. Kompulsif kullanımın temelinde edimsel ve klasik şartlanma ile ilgili süreçlerin yattığı bildirilmektedir (159,160). Edimsel şartlanma, ödül getiren davranışın tekrarlanma sıklığının artmasıyla ilgili bir süreçtir. Ödül getiren davranışa eşlik eden uyaranlar ve çeşitli durumlar zamanla ödül habercisi uyaranlar gibi işlev görmekte, bu uyaranların algılanmasını takiben ödül beklentisi ile sigara kullanma davranışı sıklaşmaktadır. Klasik şartlanmada ise sigara içimi doğal uyandır ve nikotine bağlı etkiler de doğal tepkilerdir. Doğal uyarana eşlik eden çay, kahve, stres gibi diğer uyaranlar sigara içiminden bağımsız olarak doğal tepkinin bir benzerine neden olmaktadır. Edimsel ve klasik şartlanma süreçleri içme dürtüsünü sürekli tazeler. Sonuçta sigara içmek bilinç dışı öğrenilen bir davranış haline gelir. Sigaranın bırakılması ancak şartlanmaların zamanla sönmesi sağlanarak mümkün olabilir (158).

Prochaska ve arkadaşları, bireyin sigara bırakmaya hazır olup olmadığına yönelik beş aşamalı bir değişim süreci tanımlamışlardır ve buna "Transtheoretical Model" adı vermişlerdir (161,162). Bu evreler:

- 1- Bırakmanın düşünülmediği evre (pre-contemplation),
- 2- Bırakmanın düşünülmesi (contemplation),
- 3- Bırakma hazırlığının yapılması (preparation),
- 4- Bırakmanın denemesi (action),
- 5- Bırakmanın sürdürülmesi (maintenance).

DEĞİŞİM EVRELERİ

1-Bırakmayı düşünmeme: Birey sigara bırakmayı düşünmez. Sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir. Genellikle davranışını değiştirmeye yönelik bilgi almayı reddeder. Bu evrede sigara ile ilgili olumsuzluklara ve bilinç düzeyini arttırmaya yönelik yaklaşımlar yardımcı olabilir.

2-Bırakmayı düşünme: Birey henüz bırakmaya karar vermemiştir fakat bırakmayı düşünür ve sigaranın sağlığa zararları, bırakma yolları hakkında bilgi edinme sürecindedir. Bu evrede motivasyonu artırıcı görüşmeler yararlı olabilir.

3-Bırakmaya hazırlanma: Birey sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir. Bu evrede bireyin sigarayı bırakabilmesine yardım etmek için farmakoterapi ve davranışsal yaklaşımlardan oluşan destek tedavisi uygulanmalıdır.

4-Bırakmayı deneme: Birey sigarayı bırakmış ancak henüz altı ayı dolmamıştır. Bu evre, nükslerin en sık yaşandığı evredir. Nüks en sık ilk üç hafta içinde olur. Sonraki üç ay içinde bu oran gittikçe azalır. Nüksü önlemeye yönelik görüşmeler ve pozitif davranışı ödüllendirmeye yönelik yaklaşımlar çok etkilidir.

Hasta ile sık görüşme sağlanması, bu evrenin sürekliliği için önemlidir.

5-Bırakmayı sürdürme: Birey altı aydan uzun süredir sigara içmemektedir. Kendine güveni artmıştır ve sağlıklı bir yaşam biçimi sürdürebilir. Ancak bu evrede de nüksler olabilir (158).

"Transtheoretical Model", sigara içicisinin ihtiyacının belirlenmesi ve buna göre bir yaklaşım planlanmasına olanak sağlar. Klinisyen hem bireyi motive etmeli hem de destek sağlamalıdır.

Sigara bırakma sürecindeki bireyleri tanımaya yönelik bu bilgilendirmeden sonra sıra onlara nasıl yaklaşmamız gerektiğine gelir. Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi Rehberi, bireyleri üç gruba ayırmakta ve tedavi yaklaşımını da bu gruplara göre belirlemektedir (163). Buna göre:

- 1-Sigara içen ve bırakma denemesi için istekli bireyler,
- 2-Sigara içen ancak bırakma denemesi için istekli olmayan bireyler,
- 3-Önceden sigara içmiş, yeni bırakmış bireyler (163).

Sigara Bırakma Denemesi İçin İstekli Bireyler

Bu evredeki bireylere yaşayacağı zorluklarla mücadelesini kolaylaştırarak yardım sağlayacak stratejiler için "5A" basamak yöntemi belirlenmiştir.

Sigarayı bırakmak isteyen bireyler için önerilen stratejiler (5A)

Ask (Sor): Sigara içme durumunun sorulması: Her olgunun sigara içip içmediğinin sorgulanması ve kaydedilmesi gerekir.

Advice (Öner): Bırakmanın önerilmesi: Her içen bireye açık, güçlü ve kişiselleştirerek kısa sürede bırakması için ısrarcı olunması.

Assess (Değerlendir): Bırakma yönünde isteğinin değerlendirilmesi: Bireyin gelecek bir ay içinde sigarayı bırakmaya istekli olup olmadığının belirlenmesi

Asist (Destek): Bırakma girişiminin değerlendirilmesi: Bir bırakma planı ile yardımcı olmaya çalışılmasıdır.

- Sorunlar çözmeye yönelik pratik önerilerde bulunulmalı
- Tedavi için sosyal destek sağlanmalı
- Tedavi dışında sosyal destek almasına yardım edilmeli
- Kontrendikasyon yoksa farmakoterapi önerilmeli
- Bilgilendirecek ek materyal sağlanmalıdır.

Arrange (izlem): Nüksü önlemek için izlem: Bireyin yüz yüze veya telefon görüşmeleri ile izlenmesi. Bırakma tarihinden sonra tercihan bir hafta içinde görüşülmeli, ikinci görüşme ilk bir ay içinde yapılmalı, gereksinim halinde yine görüşülmeli, daha sonra olgunun durumuna göre randevu sıklığı belirlenmelidir.

Sigara Bırakma Denemesi İçin İsteksiz Bireyler

Bu evredeki bireylerin öncelikle sigarayı bırakmayı düşünme aşamasına getirilmesi, sonra hazırlanması ve deneme aşamalarına geçişinin sağlanması gerekir. Bu nedenle hekimin güçlü motivasyon uygulaması gerekir. Bu bireylerde uygulanabilecek öneriler "5R" basamak yöntemiyle açıklanmaktadır.

Sigarayı bırakmaya isteksiz bireyler için önerilen stratejiler (5R)

Relevance (İlgilenme): Mümkin olabildiğince bireyin o anki durumunun (hastalık, aile, ekonomik durum, yaş, sağlık endişesi gibi) ele alınarak neden bırakması gerektiği konusunda cesaretlendirilmesi.

Risks (Riskler): Sigara içmenin sonuçları hakkında bilgilendirilir.

Rewards (Kazançlar): Bireyin sigarayı bırakmanın erken ve geç dönemde ortaya çıkacak potansiyel yararları konusunda bilgilendirilmesi ve mevcut durumu ile ilişkili olabilecek değişikliklerin üzerinde durulması.

Roadblocks (Engeller): Sigarayı bırakmanın önündeki olası engellerin (yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma, depresyon, sigara içmekten hoşlanma gibi) sorulması, bu engelleri tedavi edebilecek unsurların (farmakoterapi, sorun çözme stratejileri) kaydedilmesi.

Repetition (Tekrarlama): Her başvuruda motivasyonun tekrarlanmasıdır.

Sigarayı Yeni Bırakmış Bireyler

Sigarayı bırakanlarda en büyük sorun nükstür. Relaps, etkili bir takım farmakoterapilere rağmen gerçekleşebilmektedir. Sigara bırakıldıktan sonra tek bir sigaranın içilmesi, kayma (slip), birkaç sigara içilmesi veya birkaç gün az miktarda sigara içme, hata (laps), eskisi gibi içilmeye başlanması, nüks (relaps) olarak adlandırılır. Sigarayı bırakma tedavisi sürecinde yapılan bir hatanın nükse dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen şey, kişinin hatası ile ilgili bilişsel tepkileridir (164).

Yapılan çalışmalarda birinci yılın sonunda relaps oranları % 60-90 arasında değişmektedir. Birinci yılın sonunda hala sigara içmeyenlerde ikinci yılda relaps oranı % 15 olarak tahmin edilmektedir. Genelde iki yıldan sonra altı yıla kadarki her yıl için % 2-4 olarak tahmin edilmekte ve on yıldan sonra her yıl için % 1'in altında gerçekleşmektedir (165).

Sigarayı bırakanlarda nüksü önlemek için önceden nükse neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin getirilmesi planlanmalıdır.

En sık relapsa neden olan durumlar (165):

- 1- Yoksunluk belirtileri
- 2- Aşırı sigara açlığı çekme
- 3- Sigaranın ulaşılabilir yerde olması
- 4- Etrafındakilerin sigara içiyor olması
- 5- Alkol
- 6- Negatif ruh hali
- 7- Nadiren, iyi ruh hali
- 8- Zayıf isteklendirme
- 9- Tedaviye uyumsuzluk
- 10- Laps'ların %80'i öğleden sonra ve akşamları ortaya çıkmakta

Relapsı Önlemeye Yönelik Tedavi Stratejileri

Çoğu relaps önleme stratejileri davranış değiştirmeye yöneliktir.

Önerilen prosedürler (165);

- 1-Sistematik fakat kısa değerlendirme
- 2-Cesaretlendirme
- 3-Hedef koyma
- 4-Relaps riskini planlama
- 5-Hayat tarzındaki değişiklik önerileri
- 6-Beceri eğitimi
- 7-Takip randevuları

Yapılan bir çalışmada uzun süreli bupropion tedavisinin (52 hafta) plasebo ile karşılaştırıldığında, 24 aylık takipte relapsı azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada aktif bupropion SR'ın sadece tedavi sırasında değil kesildikten sonra da kilo alma ve sigara açlığını azalttığı gösterilmiştir. Ek olarak bupropion SR tedavisinde iki yıllık takipte Fagerstrom skoru altının

altında olan ve sigaraya geç dönemde başlamış olanlarda relapsın daha az olduğu gözlenmiştir (166). Durcan ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada bupropion SR'ın bırakma döneminde aşırı sigara içme ihtiyacı duyan hastalarda plasebo ve NRT'den daha etkili olduğunu göstermişlerdir (167).

2.12. Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım

Sigaranın çeşitli hastalıklarla pozitif korelasyon göstermesi ve yıllık ölüm riskini her iki cinsiyette de arttırdığının anlaşılması ile birlikte sigara bağımlılığı ve sigara bırakmaya yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Sigara içme oranları ile karşılaştırıldığında tüm dünyada sigara bıraktırma girişimlerinin ve sigara bırakmaya yönelik önerilen tedavilerin çok yetersiz olduğu görülmektedir.

Sigara bırakmaya yönelik önerilen iki ana farmakolojik ajandan nikotin yaklaşık 20 yıldır, bupropion ise 8 yıldır yaygın kullanılmaktadır. Sigara bırakma mücadelesini yaygınlaştırmak ve bu konuda ortak bir strateji saptamak amacıyla sigara bırakma klavuzları yayımlanmaktadır. En son yayımlanan Amerikan ve İngiliz klavuzlarının güncellenmiş şekilleri tüm dünyada kabul görmektedir (163,168).

Bu klavuzlar eşliğinde sigara bırakma tedavileri konusunda şu genel ilkeleri söyleyebiliriz (169);

1-Sigara bırakma kronik bir olaydır ve tekrarlayan girişimlere gereksinim duyulabilir.

2-Sigara bırakmada etkinliği kanıtlanmış tedaviler vardır ve sigara içen her hastaya aşağıdaki tedavi yöntemlerinden biri uygulanmalıdır:

a.Sigarayı bırakmayı denemek isteyen her hastaya etkin olduğu belirtilen tedavilerden biri önerilmelidir.

b.Sigarayı hemen bırakmak istemeyen kişilere sigara bırakma motivasyonunu arttıracak kısa süreli eğitim verilmelidir.

3-Klinisyenler ve sağlık sistemi arasında sisteme kayıtlı tüm sigara içenlerin tedavisine olanak sağlayacak işbirliği kurulması gerekir.

4-Sigara bırakmak isteyen her hastaya etkinliği kanıtlanmış kısa süreli eğitim mutlaka verilmelidir.

5-Sigara bırakma ile sigarayı bıraktırma yaklaşımları arasında güçlü bir doz-yanıt eğrisi mevcuttur. Bu nedenle uygulanan yaklaşımın sıklığı ve toplam süresi arttıkça başarı şansı da artmaktadır.

6-Üç çeşit destek tedavisinin etkili olduğu gösterilmiştir:

a.Öncelikle problem çözme ve beceri kazandırmaya yönelik destek

b.Tedavinin bir parçası olarak sosyal destek

c.Tedavi dışı sosyal destek

7-Sigara bırakmada etkinliği kanıtlanmış birçok farmakolojik ajan vardır. Kontrendikasyon olmadığı sürece bunlardan biri seçilmelidir.

a. İlk seçenek ilaçlar:

.Bupropion

.Nikotin sakızı

.Nikotin inhaler

.Nikotin nazal sprey

.Nikotin bantları

b. İkinci seçenek ilaçlar; ilk seçenek ilaçların etkisiz kaldığı veya kullanılmadığı durumlarda denenmelidir.

.Nortriptilin

.Klonidin

8. Sigara bırakma tedavileri diğer medikal tedavilere oranla hastalıkların önlenmesinde görece etkili ve cost-effective bir tedavi şeklidir.

a. Sigara bırakmaya yönelik tedavilerin geri dönmesine yönelik olarak yapılan tüm sigorta planlamalarının etkili olduğu gösterilmiştir.

b. Sigara bırakma tedavisi uygulayan hekimlere de aynen diğer kronik durumların tedavisini yapıyormuş gibi ödeme yapılmalıdır (170)

Ülkemizde yukarda belirtilen bazı öneriler uygulanamamaktadır. Bunların en başında hekimlerin sigara bırakma mücadelesinde yeterli bilgiye ve motivasyona sahip olmamaları gelmektedir. Birçok hekimin halen sigarayı çok ciddi bir sorun olarak algılamaması ve sigaraya yönelik tedavilerin etkinliğine inanmaması, klavuzlarda önerilen ilaçlardan sadece bupropion ve nikotin

bantlarının yasal olarak ülkemizde bulunması ve kontrendikasyon ya da başarısızlık durumlarında başka seçenek kalmaması, sosyal güvenlik kurumlarının ve özel sigorta şirketlerinin hiçbirinin sigara bırakma tedavilerini ödememesi diğer bazı sorunlardır (169).

Hastanın Değerlendirilmesi ve Tedavi Seçimi

Sağlık kuruluşlarına başvuran kişiler hangi sebeple olursa olsun sigara içme durumları mutlaka sorgulanmalı ve sigara içenler, sigara bırakma polikliniklerine veya konu ile ilgili hekimlere yönlendirilmelidir.

Ülke verilerinin değerlendirilmesi ve aynı dilden konuşma bütünlüğünün sağlanması açısından sigara bırakma polikliniklerinin fiziki koşulları ve hasta yaklaşımının standardize edilmesi gerekir. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar, yoğun ilgi bekleyen ve yakın takip edilmesi gereken gruplardır. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarla görüşme, tedavi öncesi değerlendirme ve tedavi şeklinin belirlenmesi açısından önemlidir.

1-KAYIT: Sigara bırakma polikliniklerinde hasta mutlaka kayıt altına alınmalıdır. Kayıt tutmak hastanın bırakma girişimi ve bırakma oranını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artırmaktadır (171). Hastaya ait dosya çıkartılmalı ve arşivlenmelidir. Bu dosyada hastanın kimlik bilgileri, demografik ve adres bilgileri; sigara özgeçmişi, medikal özgeçmişi, fizik muayene bulguları, tedavi öncesi kan biyokimyasal değerleri olmalıdır (172).

2-BAĞIMLILIK DÜZEYİ: Bağımlılık düzeyinin tespitinde, anket formları ve biyokimyasal parametreler kullanılabilir. Günlük pratikte Fagerstrom Testi tercih edilmektedir. Bağımlılık anketi olarak ICD-10 anket formuda kullanılabilir. Sigara içme derecesi, içilen sigara miktarını kontrol etmede zorluk, zararlarını bilmesine rağmen devam etme; hangi aktivitelere göre öncelik verdiği, tolerans ve çekilme semptomları başlıklı yedi alt grup sorularından oluşan bir testtir (172)

Nikotin ve onun metaboliti olan kotinin seviyesinin ölçümünde, bağımlılık düzeyini ölçmede kullanılan parametrelerdendir. Nikotin ve metabolitleri aynı zamanda hastanın takibinde kullanılan parametrelerdir (173).

3-SİGARA VE MEDİKAL ÖZGEÇMİŞ: Hastanın tütüne başlama yaşı, başlama ve devam etme nedeni, kullandığı tütün tipi, sigara tüketimi, sigarayı bırakmayı isteme nedenleri, bırakma denemeleri, en uzun bırakma süresi, tekrar başlama nedeni, bırakma döneminde karşılaştığı zorluklar ve nikotin çekilme semptomları yaşayıp yaşamadığı, bu dönemde profesyonel destek alıp almadığı, çevre öyküsü, başka bağımlılık yapıcı madde kullanıp kullanmadığı ve sigara içme isteğini arttıran nedenler sorularak dosyasına işlenmelidir (172).

Hastanın bırakma nedeni ayrıntılı konuşulmalı ve daha önce bırakma döneminde kendini iyi hissettiği konulara vurgu yapılmalıdır. Hastanın medikal tedavisinin planlanmasında medikal öykü ve fizik muayene önemlidir (172).

Sigara bırakma döneminde kişi depresyon belirtileri gösterebilir veya zemindeki psikiyatrik hastalığı kötüleşebilir (174,175). Bu nedenle özgeçmişinde psikiyatrik hastalıklar yönünden iyi sorgulanmalıdır. Hastanın depresyonda olup olmadığını anlamamanın en kolay yolu "son iki haftadır kendinizi kötü hissediyor musunuz?" sorusunun sorulmasıdır (176). Sonuçta hasta gerekiyorsa psikiyatri kliniğine konsülte edilmeli ve onlardan da gerekiyorsa destek alınmalıdır (177,178). Ayrıca sigara döneminde relapsların % 25 nedeni depresyondur (177).

Hastanın tedavisinin düzenlenmesinde önemli bazı yan etkilere sebep olmaması açısından, geçirdiği hastalıklar, şu anda mevcut hastalıkları, geçirdiği travmalar ve kullandığı ilaçlar dikkatle sorgulanmalıdır (172).

Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalardan hastanın tedavisine temel teşkil edecek bazı bazal tetkikler istenmelidir. Bunlar hemogram, EKG, soluk havasında CO düzeyi, karaciğer fonksiyon testleri, solunum fonksiyon testi ve kolesterol panelidir (172).

4-TEDAVİ ÖNCESİ DEĞERLENDİRME: Tedaviye başlamadan önce hastanın sigarayı bırakma konusundaki isteği ve duygu durumunun öğrenilmesi, sonraki takiplerde ne ile karşılaşacağımız konusunda bize fikir verebilir. Hastanın sigara içme isteği ve kendisine bu konuda güvenip güvenmediği sorulmalıdır. Sorulara 0-10'a kadar numara vermesi istenir (179). Eğer hastanın iki puanıda yüksek ise tedavide belirgin bir sorun olmayacaktır.

Hastanın bırakma isteği yüksek, ancak kendine güvensiz ise, yakın destek ve etkili tedavi seçilmelidir. Eğer bırakma konusunda isteği az ama kendine güveni yüksek ise sigaranın zararları konusunda eğitim verilmeli ve isteği arttırılmalıdır. Her iki puanıda düşük ise tedaviden önce mutlaka bırakma konusunda kararlılığını arttırmaya yönelik görüşmeler yapılmalı ve bu isteği kuvvetlendikten sonra programa dahil edilmelidir.

5-TEDAVİ SEÇİMİ: Farmakotedavi ve davranış tedavisi kombine verilmelidir (168,171,180). Hasta günde ondan fazla sigara içiyor ve kontrendikasyon yok ise nikotin replasman tedavisi (NRT) verilmelidir. Ağır vakalarda NRT ve bupropion kombinasyonu, tekli tedaviden daha başarılıdır (168,180,181).

Hasta NRT dışı bir tedavi isterse, daha önce NRT kullanıp başarısız olmuşsa veya NRT'yi tolere edememişse tek başına bupropion seçilebilir (182-187). Ancak bupropionun kontrendike olduğu durumlar dikkatle gözden geçirilmelidir.

Tedavinin vazgeçilmez parçası davranış tedavisidir. Hastanın kendi çabasını destekleme, kısa öğütler ve danışmanlık davranış tedavisinin temel öğeleridir (172).

Hasta hazırlamış olduğunuz programa katılamayacak ise, sigarayı bırakma sürecinde kendi çabasını desteklemek üzere hazırlanmış kitap, broşür gibi yardımcı materyaller ve yapması gerekenler konusunda kısa bilgiler verildikten sonra telefon görüşmeleri ile takip yapılmalıdır. Hastaya yeterli bilgi verilir ve hasta bu yöntemi sahiplenirse bu yöntemin başarılı olduğuna dair bildirilmiş çalışmalar vardır (188-191).

Kısa öğütler, tavsiyeler, yine programa katılamayacak hastalarda kullanılacak yöntemlerdir. Böylece hastanın bırakmaya yönelik isteği arttırılabilir ve programa katılması da sağlanabilir.

Danışmanlık, kişiye özel danışmanlık, grup terapisi ve telefon görüşmeleri şeklinde olabilir. Yapılan çalışmalarda en etkili yöntemin kişiye özel danışmanlık olduğu görülmektedir (192). Ancak diğerlerine göre daha fazla insan gücü ve zamana ihtiyaç vardır. Grup tedavileri kişiye özel danışmanlığa göre maliyeti daha düşüktür ve kendi başına bırakma yöntemine göre daha

etkilidir (193). Telefon danışmanlığı daha çok takipteki hastalarda kullanılması gereken bir yöntemdir ve maliyeti yüksektir.

Sigaradan tiksindirmeye yönelik hızlı bırakma yöntemlerinin etkili olduğuna dair yayınlar olmakla birlikte günümüzde tercih edilen bir yöntem değildir (194).

2.13. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi

Sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Nikotin yerine koyma tedavisi ve nikotin içermeyen farmakoterapi olmak üzere iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır (195).

Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

Amaç, sigaranın kesilmesini izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmaktır. Hekim kontrolünde uygulanmalıdır. Yüksek veya orta derecede nikotin bağımlılığı saptanan, günde 15 adetten fazla sigara içen veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmeyenlere nikotin replasman tedavisi uygulanır (195).

NRT ile vücuda alınan nikotin dozu sigara içimi ile alınan dozdan çok daha düşüktür. NRT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle iki-sekiz haftalık aralarla azaltılarak kesilir. Bu azaltma sırasında nikotin yoksunluk semptomlarının da azalıyor olması önemlidir. Bazı hastalarda, özellikle nikotin sakızı kullananlarda, nikotin preparatlarını kullanma alışkanlığı devam etmektedir. NRT ile bir yıl sigarayı bırakmış kalma oranının % 15-25 arasında değiştiği bildirilmektedir. 53 çalışmanın meta-analizinde NRT'nin uzun dönemde (6-12 ay) sigarayı bırakılmış kalma oranını iki kat arttırdığı saptanmıştır (196).

Nikotin replasman tedavisinde kullanılan nikotin formları, sakız, transdermal bant, nazal sprey, oral inhaler formlardır. NRT formlarının etkinliğinin plasebo ile karşılaştırıldığı üç çalışmada, bir yıl sigarayı bırakmış kalma oranı nikotin sakızı için % 29 (plasebonun % 16), nikotin nazal sprey

için % 27(plasebosunun % 15), nikotin inhaler için % 28 (plasebosunun % 18) olarak bulunmuştur. En sık kullanılan formlar nikotin sakızı ve banttır. Ülkemizde de transdermal bant ve sakız formları bulunmaktadır (195,197).

NRT'nin süresi kullanılan forma göre 3 ile 12 ay arasında değişebilir. Tedavi sırasında sigara içimi tamamen kesilmelidir. NRT ile beraber sigara içimine devam edilirse, solgunluk, terleme, bulantı, tükürük artışı, kusma, karın ağrısı, diyare, baş ağrısı, işitme ve görme bozukluğu, tremor, konvülziyon, sersemlik gibi yan etkiler görülebilir (198).

Başlangıçta herhangi bir NRT formu kullanılabilir. Yoksunluk semptomları kontrol altına alınmadığında kombine tedavi önerilebilir (198).

Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin bandı

Nikotin nazal sprey (NNS)

Nikotin sakızı

Nikotin pastil

Nikotin inhaler

Nikotin sublingual tablet

Nikotin Bandı

Nikotin bantı ile vücuda saatte 1 mg nikotinin kontrollü olarak verilmesi sağlanır. Nikotin bandının 16 saat ve 24 saat vücuda yapışık kalan iki formu vardır, 24 saatlik formu ile 21 mg, 16 saatlik formu ile 15 mg nikotin vücuda alınmaktadır. Ülkemizde 24 saatlik formun üç farklı boyutu bulunmaktadır. 30 cm²'lik bantta 21 mg, 20 cm²'lik bantta 14 mg, 10 cm²'lik bantta 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır (198).

Sigaranın bırakılması için başvuran hastalarda 2-4 haftada bir NRT'de doz azaltımı yapılarak, 8-12 haftada tedavi sonlandırılır. Günde 15 adetten fazla içen hastalarda 21 mg başlanıp, bu dozda 4 hafta devam edilip, daha sonra ikişer

hafta süre ile sırasıyla 14 mg ve 7 mg olarak devam edilip tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir (198).

Kullanımı kolay ancak dozun titre edilmesi mümkün değildir ve saatte 1 mg nikotin organizmaya geçmektedir. Kişinin sigara içme profiline 16 saatlik formlar daha çok uymaktadır. Yapılan çalışmalarda her iki form arasında etkinlik açısından anlamlı fark bulunmamıştır (198).

Nikotin bandı vücudun kuru, temiz ve kılsız bölgesine yapıştırılır. Her gün farklı bölgeye yapıştırılarak; ancak dört gün sonra tekrar aynı bölgeye yapıştırılması önerilir. Böylece irritasyon ve eritem gibi yan etkileri azaltılmaya çalışılır (198).

Yan Etkileri

-Deri reaksiyonları	-Uykusuzluk	-Emosyonel değişiklikler
-Ürtiker	-Bulantı	-Kabızlık
-Baş ağrısı	-Karın ağrısı	-Diyare
-Taşikardi	-Dispepsi	-Eklem ağrısı
-Aritmi	-Öksürük	-Sırt ağrısı
-Sersemlik	-Anormal rüya görme	-Soğuk algınlığı
-Kas ağrıları	-Artrit	benzeri semptomlar
	-Anksiyete	

Kontrendikasyonlar

- Ciddi deri reaksiyonu
- Aşırı duyarlılık

Uygulanmaması Gereken Durumlar

- Gebelik
- Süt emzirme
- Son bir ayda MI
- Unstable angina
- Aritmi

Dikkatli Kullanımı Gereken Durumlar

- Karaciğer yetmezliği
- Böbrek yetmezliği
- Hipertiroidi
- Hipertansiyon
- Tip I DM
- Feokromasitoma
- Kalp yetmezliği

Nikotin Nazal Sprey

Her püskürtmede 0.5 mg nikotin veren pompa şeklindeki nikotin tedavi formudur. Her burun deliğine birer kez püskürtülerek kullanılır.Saatte bir-iki doz, en fazla 5 doz önerilir. Nikotinin vücuda en hızlı alındığı şekildir.Farmakokinetik profili sigaraninkine benzerdir (180). Emildikten sonra 10 dakika içinde pik plazma konsantrasyonuna ulaşılır. NNS'in yüksek bağımlılığı olan hastalarda uygun nikotin replasman tedavisi olduğu düşünülmektedir. Önerilen doz 10-40 puf/gündür. Önerilen doz her burun deliğine saatte bir kez kullanmaktır. Maksimum günlük doz 40 mg'dır. Tedavi süresi 3 ay-12 ay arası değişmektedir (198).

Yan Etkileri (199)

- Nazal sekresyonlarda artış
- Mukozada konjesyon
- Gözlerde yaşarma
- Öksürük, aksırık

Nikotin Sakızı

Sık kullanılan NRT formlarından biri olup 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Nikotin çiğneme esnasında ağız mukozasından emilir. Alkali ortamda daha iyi emildiğinden sakızlara bikarbonat eklenmiştir. Sakız yavaş çiğnenmeli ve çiğneme esnasında herhangi bir şey yenilip içilmemeli. Sakız çiğnedikten 20-30 dakika sonra kan tepe değerine ulaşır. İki sakız arasında en az yarım saat ara bırakılmalıdır. Banta göre avantajı kişide sigara içme isteği oluştuğu zaman kullanılmalıdır (198).

Fagerstrom Testi'ne göre orta ve düşük bağımlılığı olanlarda veya günde 25 adetten az içenlerde 2 mg'lık formun, yüksek bağımlılığı olan veya günde 25 adetten fazla içenlerde 4 mg'lık formun, günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilmektedir. 8-12 haftalık tedavi süresi genellikle yeterli kabul edilmekle birlikte bu süre bir yıla kadar da uzatılabilir (198).

Yan Etkileri (198)

- Bulantı
- Kusma
- Hazımsızlık
- Hıçkırık

Nikotin İnhaler

Her bir inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içermektedir. Bir inhalasyon ile 13 µg nikotin alınmaktadır. Bir kartuş ortalama 80 inhalasyon sağlar. Nikotin inhaler kullanımı ile akciğerlere nikotin ulaşmamakta, ancak oral mukozada depolanarak absorbe olmaktadır. Yeterli serum seviyesine ulaşılabilmesi için inhalatörün her saat 20 dakika kullanılması gerekir. Tedaviye 3 ay devam edilmesi ve bunu takip eden üç ayda dozun azaltılarak kesilmesi önerilmektedir. Sigara ağızlığına benzer olduğundan sigara ile ilgili el ve ağız alışkanlığının

yerini doldurması açısından yararlı olabilir. Nikotin inhaler kullanarak sigarayı bir yıl bırakmış kalma oranı %15 olarak bulunmuştur (198,200).

Yan Etkileri (198)

- Ağız ve boğaz irritasyonu
- Öksürük

Nikotin Pastil

1 mg, 2 mg ve 4 mg'lık formları var. Otuz dakikalık kullanımdan sonra atılmalıdır.Saatte bir pastil ve günde 15 ve üstü kullanımı önerilmektedir (195).

Nikotin Sublingual Tablet

2 mg'lık formları bulunmakta. Dilaltında çözünmekte ancak oral mukozanın her tarafından emilebilmektedir. Etkinliğin iyi olabilmesi için her saat bir tablet kullanılması önerilmektedir. Tabletler 20 dakika kullanıldıktan sonra atılmalıdır (195).

Nikotin İçermeyen Farmakoterapi Yöntemleri

- Bupropion
- Vareniklin
- Rimonabant
- Nikotin aşısı
- Nortriptilin
- Klonidin

Bupropion HCL

Bupropion, nontrisiklik, aminoketon grubu antidepresan bir ajandır. Noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteye sahiptir. Nikotin yoksunluk

belirtilerinin azalmasına neden olur ve plasebo grubuna göre sigara bırakma oranını yüksektir (195).

Sigarayı bırakmak isteyen 615 hastanın karşılaştırıldığı çok merkezli, randomize, çift kör ve plasebo kontrollü bir çalışmada, bupropion günde 2 defa 150 mg kullanılarak 7 haftalık bir tedavi süresi sonunda sigarayı bırakmış kalma oranı bupropion alan grupta % 44, plasebo grubunda % 19 olarak tespit edilmiş, 6. ayın sonunda bupropion grubunda % 19, plasebo grubunda % 16 olarak bulunmuştur (201).

Sigarayı bırakmak isteyen 893 kişi ile yapılan başka bir çalışmada hastalar 4 gruba randomize edilmiş. Birinci grup plasebo, ikinci grup bupropion, üçüncü grup transdermal nikotin, dördüncü grupta ise bupropion ve nikotin birlikte kullanılmış. Dokuz haftalık tedavi ve 12 aylık izlem sonunda plasebo grubunda ve transdermal nikotin grubundaki hastaların % 16'sı, bupropion monoterapisi grubundaki hastaların % 30'u ve bupropion ve nikotin grubundaki hastaların % 35'i sigara içmeyi bırakmış. Kilo alma durumunun ise plasebo grubunda en fazla iken, bant ve bupropion içeren kombine grupta en az olduğu belirlenmiştir (202).

Kullanım Şekli

Bupropionun 150 mg'lık tabletleri var. İlk üç gün günde bir kez 150 mg, dördüncü günden itibaren 300 mg/gün (150 mg 2X1) dozunda kullanılması önerilmekte. (166,203,204). Uykusuzluk gibi yan etkilerin görüldüğü hastalarda 150 mg/gün dozda tedaviye devam edilebilir. Nikotin replasman tedavisinin aksine, hastalar bupropion SR tedavisine sigarayı bırakmadan 1-2 hafta önce başlamalıdır. Tedavi süresi genellikle 7-12 hafta arasında önerilmektedir, ancak bu süre gerektiğinde 6 aya kadar uzatılabilir (153).

Yan Etkileri (205)

- Baş ağrısı
- Uykusuzluk
- Ağız kuruluğu

İlaç Etkileşimi

MAO inhibitörü grubu ilaçlarla birlikte kullanımı kontrendikedir. MAO inhibitörü kesilip bupropion başlanacaksa arada en az 15 gün zaman bırakılmalıdır (205).

Epileptik nöbet eşiğini düşüren ilaçlarla (nöroleptikler, antidepresanlar, sistemik kortikosteroidler, teofilin) birlikte kullanımında dikkatli olunmalıdır (206).

Alkol ya da benzodiazepin grubu ilaçların kesilmesi sonrasında kullanılmamalıdır (206).

Bupropion ile levodopa birlikte kullanılması yan etki insidansını artırır (207).

Yapılan bir çalışmada bupropionun nikotin bantları ile birlikte kullanılmasının acil tedavi gerektiren hipertansiyon riskini arttırdığı gösterilmiş (202). Kombine tedavi önerilen hastalar acil hipertansiyon açısından yakından takip edilmelidir.

Ritonavir, bupropionun serum düzeyini arttırabildiğinden mümkün olduğunca birlikte kullanılmamalıdır (208).

Bupropion, karbamazepin, fenobarbital, fenitoin gibi ilaçları metabolizmasını indükleyerek, valproat, metoprolol gibi ilaçların metabolizmasını inhibe ederek, klinik aktivitelerini etkileyebilir (208).

Kontrendikasyonları (205)

- Epileptik atak öyküsü
- Kafa travması,beyin cerrahisi gibi ciddi MSS hastalığı öyküsü olanlar
- Anoreksiya nevroza, bulumia gibi yeme ile ilgili sorunları olanlar
- Epilepsi eşiğini düşüren ilaçların eşzamanlı kullanılması
- Alkol ve benzodiazepin gibi ilaçların ani kesilmesi
- Başka bupropion formu kullananlar (Wellbutrin)
- Son 14 gün içinde MAO inhibitörü ilaç kullananlar.

Vareniklin

Vareniklin α_4 , β_2 subüniteleri içeren nöronal nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir. Bu subüniteler, nikotin bağımlılığı ve sigara içme isteği gelişiminde anahtar rol oynarlar (195,209).

Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller (210).

Tedaviye günde 2 kez 1 mg dozda başlanır, eş zamanlı sigara içimine devam edilebilir ve 7 gün bu dozda kullanıldıktan sonra 8. gün sigarayı bırakmaları hedeflenir. Tedavi 12 haftaya tamamlanır (195).

Vareniklinin plasebo ile karşılaştırıldığı 5 çalışma ve bupropion ile karşılaştırıldığı 3 araştırma incelenmiş ve vareniklin kullanan kişilerde 12 ay sigara içmeden kalma başarısı plasebo alan olgulara göre 3.22 kat, bupropion alan olgulara göre 1.66 kat arttığı bulunmuştur (209-211).

Yan Etkileri (195)

- Bulantı
- Uykusuzluk
- Anormal rüya görme
- Baş ağrısı

Rimonabant

Cannabinoid reseptör antagonistisi olup beyinde iştah ve sigara içme isteğine sebep olan spesifik reseptörleri bloke eder.

En büyük sigara çalışmalarından biri olan STRATUS-US çalışmasında rimonabantın sigara bırakma başarısını yaklaşık iki kat arttırdığı ve belirgin bir yan etkiye yol açmadığı iyi tolere edildiği ileri sürülmüştür. RIO-LIPIDS çalışmasında rimonabantın kilo vermeyi arttırıcı, abdominal yağları azaltıcı, HDL-kolesterolü arttırıcı, trigliserit düzeyini düşürücü ve insülin metabolizmasını düzenleyici etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle

kardiyovasküler riski yüksek hastalarda kilo alımına yol açmadan sigara bırakmada kullanılabilek bir ilaç olarak görülmektedir (212).

Yan Etkileri (205)

- Bulantı
- Solunum yolu enfeksiyonu

Nortriptilin

Trisiklik antidepresan olan nortriptilin, norepinefrin ve 5 hidroksi triptamin geri emilimini inhibe ederek etki gösterir (170). Sigara bırakmada önerilen doz 75-100 mg/gündür (153). Sigara bırakma günü tedavi başlangıcından 10-28 gün sonra seçilir. Da Costa ve arkadaşlarının yaptıkları plasebo kontrollü bir çalışmada sigara bırakma oranları nortriptilin alan grupta % 20.6, plasebo grubunda ise % 5.3 olarak bulunmuştur (213).

Yan Etkileri (205)

- Sedasyon
- Görme bulanıklığı
- İdrar retansiyonu
- Tremor
- Aritmi

Klonidin

İmidazol türevi alfa-2 reseptörlerin selektif agonisti olan antihipertansif bir ilaçtır. Opioid ve alkol yoksunluk semptomlarını azaltır (214).

Gourlay ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada klonidinin sigara bırakmada etkili olduğu ancak yan etki oranının yüksek olduğu bulunmuştur (215),

En sık görülen yan etkileri ağız kuruluğu, sedasyon, postural hipotansiyon ve baş dönmesidir. Bu yan etkileri nedeni ile konsensuoslarda

kanıtlanmış etkinliğine rağmen 2. seçenek alternatif ilaç olarak önerilmektedir (216). Tedavi dozu 0.15-0.75 mg/gün ve tedavi süresi 3-10 hafta olarak önerilmektedir (205).

2.14. Özel Durumlarda Tedavi

Gebelik ve Emzirme Döneminde Tedavi

Nikotin, ilaç olarak kullanıldığında annede kan basıncında ve kalp hızında artmaya neden olur. Ancak bu artışlar fetusta patolojik seviyede olmaz (217). Gebelerde tedavide ilk seçenek davranış tedavisi olmalıdır. Orta ve yüksek nikotin bağımlılığı olup davranış tedavisi ile bırakamayan gebelerde yarar-zarar oranı konuşularak NRT kullanılabilir. NRT tedavisine karar verildi ise ilk tercih NRT 2 mg sakız preparatları olmalıdır. Hasta sakızı istemez ise gece çıkarmak şartıyla düşük doz bant kullanılabilir (218).

Bupropion gebeler için B grubu bir ilaçtır. Nortriptilin, fetusta kosta anomalileri yaptığı, Klonidin ise gebe sıçanlarda embriyonik resorpsiyon riskini artırdığı için kullanılmamaktadır (219).

Emzirme döneminde de ilk tercih davranış tedavisidir ancak anne sigara içmeye devam ederse NRT, çocuğun süt alımını etkilemeyeceğinden güvenle kullanılabilir. Yine tercih edilen emzirme sonrası NRT sakızı çiğnenmesidir. Bupropion bu dönemde de uygun bir seçenek değildir (218).

Kardiyovasküler hastalıklarda tedavi

Kalp hastalıklarında tercih edilen davranış tedavisi ve farmakoterapinin kombine edilmesidir. Sigara ile karşılaştırılacak olursa NRT'nin vücutta daha düşük pik ve total nikotin seviyesine neden olacağı ve karboksi hemoglobin ile diğer vazoaaktif mediatörlerin seviyesini arttırmayacağı düşünüldüğünde, daha güvenilir olduğu kabul edilir (172). NRT kalp hastalarında güvenle kullanılabilir (220), ancak miyokard infarktüsü sonrası ilk iki hafta içinde, ciddi aritmide ve kötüye giden anjina pektoriste kullanılmaması önerilmektedir (171).

KOAH'da tedavi

Hastaların ileri yaşta olması, sosyo ekonomik olarak daha düşük seviyede olmaları, hastalığın getirdiği komplikasyonlar ve bu nedenle farmakoterapi seçeneklerinin sınırlı olması gibi bir çok faktör nedeniyle KOAH'lı hastalarda sigara bırakma işi zorlaşmaktadır (172). Nitekim bu hastalarda yapılan sigara bırakma çalışmalarında başarı oranı genel popülasyondan daha düşüktür (221,222). Bu hastalarda davranış tedavisi ve sosyal destek büyük önem kazanmakta ve yakın takip edilmeleri gerekmektedir.

Ağır KOAH'lı hastalarda karotid cisimciğindeki sensitivitenin azalması dopaminerjik reseptörlerin stimülasyonunu arttırmaktadır. Şayet dopamin inhibe edilecek olursa bu cevap ortadan kalkacaktır. O nedenle Garcia-Rio F ve arkadaşları ciddi Tip II solunum yetmezliği olan hastalarda, bupropionun etkileri henüz net olmadığından kullanılmaması gerektiğini savunmaktadırlar (223).

Adölesanlarda Tedavi

Davranış tedavisi ve sosyal destek farmakoterapiden daha önemlidir. Mutlaka ebeveynler de programa dahil edilmelidirler. NRT ve bupropion kullanımına yönelik bilinen kontrendikasyonlar dışında herhangi bir kısıtlama yoktur (171).

Psikiyatrik Hastalarda Tedavi

Bu hastalarda sigara içme prevalansı yüksektir ve bu grupta sigara bırakma oldukça zordur (224,225). Anksiyete ve depresyon tanısı alan kişilerde sigara bırakma sonrası alevlenme olabilir (174,226). Psikiyatri bölümü ile görüşülüp ortak tedavi verilmelidir. Psikiyatrik açıdan değerlendirme için "Hastane Anksiyete-Depresyon, Beck Depresyon veya DSMIV-R" anketleri kullanılabilir (227-230).

Madde Bağımlılığı Olanlarda Tedavi

Sigara içenlerde içmeyenlere göre madde bağımlılığı riski daha yüksektir (231). Alkol bağımlılığı da sigara içme oranlarını artırır (226,232 ,233). Alkol alışkanlığı tedavi edilenlerde sigara içme azalmakta veya sonlanmaktadır. Bu nedenle her iki bağımlılığı olanlarda öncelikle alkol bağımlılığı tedavisi yapılmalıdır.

3. AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, bölgemizde sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların demografik özelliklerini incelemek, sigara kullanımını etkileyen faktörleri, sigara bırakmayı deneyenlerde en sık karşılaşılan zorlukları, nikotin bağımlılık düzeyini, anksiyete ve depresyon skorunu belirlemektir.

4. MATERYAL ve METOD

Aralık 2006-Nisan 2008 tarihleri arasında sigara bırakma polikliniğine başvuran 135 olgu çalışmaya alındı.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı Sigara Bırakma Polikliniği 2006 yılında açıldı. Sigara Bırakma Polikliniğimiz başlangıçta haftada iki gün randevu usulü ile çalışırken, 2008 yılında her gün randevu usulü ile hizmet vermeye başladı. Her gün ortalama 4 hasta değerlendirilmektedir.

Veriler değerlendirme formu ile toplandı. Değerlendirme formunun birinci bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, başvuru şekli sorgulandı. Formun ikinci bölümünde sigarayı ilk kez kaç yaşında içtiği, sigaraya başlama nedeni, sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişiklik, şu an içtiği sigara miktarı ve paket/yıl cinsinden sigara tüketimi, kullandığı sigara tipi, sigara bırakmayı isteme nedeni, daha önce sigara bırakmayı düşündü mü? , denedi mi? , denedi ise kaç kez ?, daha önce denediğinde hangi güçlüklerle karşılaştığı ve profesyonel destek alıp almadıkları sorgulandı. Formun üçüncü bölümünde, ev ve işyerinde başka içen olup olmadığı ve başka bağımlılık yapıcı madde kullanıp kullanmadığı sorgulandı. Değerlendirme formunun dördüncü bölümünde Fagerström nikotin bağımlılık düzeyi tespit formu kullanılarak nikotin bağımlılık düzeyleri tespit edildi. Formun beşinci bölümünde hastaların anksiyete ve depresyon skorları belirlendi. Son bölümünde ise önerilen tedavi ve uygulanan tedavi kaydedildi.

Olgular sigarayı ilk içme yaşı açısından değerlendirilirken, 5 yaşından itibaren 45 yaşına kadar olan devrede 5'erli gruplara ayrıldı.

Sigarayı bırakma isteme nedeni olarak tek nedenle ve birden fazla nedenle bırakmak isteyenler olarak iki grupta ele alındı.

Şu anda içtiği sigara miktarı günde 10 adet altı, 10-20 adet ve 20 adetin üstü olarak ayrıca günde 20 adet ve daha az ve günde 20 adet üzeri içenler olarak gruplandırıldı.

Sigara tüketimine göre dağılımı 20 paket/yıl altı, 20-30 paket/yıl ve 30 paket/yılın üzeri olarak ayrıca 20 paket/yıldan az ve 20 paket/yıl ve üzeri içenler olarak gruplandırıldı.

Hastalar içtiği sigara tipine göre filtreli ve filtresiz sigara içenler olarak gruplandırıldı.

Sigara bırakmayı deneyenler 2 ve daha az deneyenler ve 2'den fazla sayıda deneyenler olarak gruplandırıldı.

Daha önce bırakmayı deneyenlerde bırakma süreleri 1-30 gün, 31 gün-1 yıl ve 1 yıl üzeri ve 1 yıldan kısa süre ve 1 yıl ve daha uzun süreli bırakanlar olarak gruplandırıldı.

İşyerinde başka sigara içen olup olmadığı sorgulanırken, öğrencilerde çalışıyor kapsamına alındı.

Nikotin bağımlılık düzeyinin tespiti için Fagerstrom nikotin bağımlılık düzeyi tespit formu kullanıldı ve hastalar buna göre değerlendirildi ve buna göre 0-2 çok düşük, 3-4 düşük, 5 orta, 6-7 yüksek ve 8-10 çok yüksek nikotin bağımlılığı olarak değerlendirildi. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi çok düşük, düşük ve orta olanlar bir grup, yüksek ve çok yüksek olanlar diğer bir grup olarak sınıflandırıldı.

Hastaların anksiyete ve depresyon durumlarını belirlemede Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu tarafından Sigara Bırakma Polikliniklerinde kullanılmak üzere önerilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı. Bu ölçek 14 sorudan oluşuyordu ve anksiyete skoru 10'un altında çıkan hastalar normal olarak değerlendirilirken 10 ve üzeri çıkanların anksiyetesi olduğu kabul edildi. Depresyon skoru 7'nin altında olanlar normal ancak 7 ve üzerinde çıkanların depresyonda olduğu kabul edildi.

Veriler Windows için hazırlanan Statistical Package for Social Sciences Versiyon 12.0 (SPSS-12.0) istatistik paket programında değerlendirildi. Verilerin

analizinde istatistiksel yöntem olarak T-test ve ki-kare testi kullanılırken, $p < 0.05$ düzeyi anlamlı kabul edildi.

5. BULGULAR

Sigara bırakma polikliniğine başvuran % 36.3'ü (n=49) kadın, % 63.7'si (n=86) erkek olmak üzere toplam 135 hasta değerlendirildi.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran olguların % 83.6'sını (n=113) 21-50 yaş aralığı oluşturmaktaydı (Tablo 1). Hastaların % 51.8'ini 35 yaş altı olgular oluşturuyordu. Polikliniğimize başvuranların yaş ortalaması kadınlarda 34.57 ± 10.10 , erkeklerde 35.40 ± 11.06 olarak saptandı. Hastaların % 34.1'i (n=46) bekar, % 65.9'u (n=89) evliydi.

Tablo 1. Hastaların yaşlarına göre dağılımı

Yaş	Sayı (n)	%
10-20	7	5.2
21-30	55	40.7
31-40	28	20.7
41-50	30	22.2
51-60	14	10.4
61-70	1	0.7
Toplam	135	100

Hastalar eğitim durumlarına göre değerlendirildiklerinde % 65.2'sinin (n=88) lise veya üniversite mezunları olduğu tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim durumu	Sayı (n)	%
Okur-yazar değil	8	5.9
Okur-yazar	1	0.7
İlkokul	27	20.0
Ortaokul	11	8.1
Lise	34	25.2
Üniversite	54	40.0
Toplam	135	100

Sigara içme davranışı açısından yüksek eğitim görenlerde cinsiyet dağılımı açısından farklılık saptanmadı ($p=0.269$)

Hastalar başvuru şekillerine göre değerlendirildiklerinde % 74.8'inin ($n=101$) kendi isteği ile başvurduğu, ancak sadece % 20.8'nin ($n=28$) doktor önerisi ile sigara bırakma polikliniğimize başvurduğu dikkat çekmişti (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların başvuru şekline göre dağılımı

Başvuru Şekli	Sayı (n)	%
Doktor önerisi	28	20.8
Kendi isteği	101	74.8
Diğer	6	4.4
Toplam	135	100

Hastalar ilk sigarayı içme yaşlarına göre değerlendirildiğinde %14.8'inin (n=20) ilk sigarayı 5-10 yaş aralığında, % 41.5'inin ise 11-15 yaş aralığında denedikleri dikkati çaktı. Çalışmaya alınan olgularımızın % 92.6'sı (n=125) sigarayı ilk kez 20 yaş ve altında denemişlerdi (Tablo 4). Sigarayı ilk içme yaşı kadınlarda ortalama 17.16 ± 6.21 , erkeklerde 14.43 ± 4.08 olarak bulundu. Sigarayı ilk içme yaşı % 12.6'sında (n=17) 15 yaş iken, en düşük başlama yaşı % 1.5 (n=2) ile 5 yaş, en yüksek başlama yaşı % 0.7 ile (n=1) 42 yaşdı.

Tablo 4. Hastaların ilk sigarayı içme yaşına göre dağılımı

İlk içme yaşı (yıl)	Sayı (n)	%
5-10	20	14.8
11-15	56	41.5
16-20	49	36.3
21-25	6	4.4
26-30	2	1.5
31-35	-	-
36-40	1	0.7
41-45	1	0.7
Toplam	135	100

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarda 20 yaşın altında sigaraya başlama oranı erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulundu ($p=0.021$) (Tablo 5).

Tablo 5. Cinsiyet ile ilk sigara içme yaşı arasındaki ilişki

İlk sigara içme yaşı			KADIN	ERKEK	TOPLAM	p
			20 yaş ve altı	Sayı (%)	42 (31.1)	
20 yaş üzeri	Sayı (%)	7 (5.2)	3 (2.2)	10 (7.4)		
TOPLAM		Sayı (%)	49 (36.3)	86 (63.7)	135 (100)	

Hastalar başlama nedenlerine göre değerlendirildiklerinde % 63.0'ı ($n=85$) tek bir nedenle, % 37.0'nın ($n=50$) ise birden fazla nedenle başlamışlardı. Sigaraya başlamasına ilişkin tek neden belirten hastaların en sık ifade ettiği başlama nedeni % 52.9 ($n=45$) ile özenti olarak saptandı, stres, üzüntü % 24.7 ($n=21$) ile ikinci sıklıkta yer almaktaydı (Tablo 6). Birden fazla nedenler arasında da en sık özenti yer alıyordu.

Tablo 6. Hastaların sigaraya başlama nedenlerine göre dağılımı

Sigaraya başlama nedeni	Sayı (n)	%
Özenti	45	52.9
Stres, üzüntü	21	24.7
Merak	13	15.3
Çevrenin psikolojik baskısı	6	7.1
Toplam	85	100

Hastaların % 84.4'ünde (n=114) sigara içme miktarında yıllar içinde artış olduğu, % 8.9'unda (n=12) değişmediği, % 3.7'sinde (n=5) aynı iken son zamanlarda arttığı ve % 3'ünde (n=4) azaldığı gözlemlendi.

Hastaların % 96.3'ü (n=130) günde 10 adet ve üzerinde, % 3.7'si (n=5) 10 adet altında sigara tüketiyorlardı (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların şu anda günde içtiği sigara miktarına göre dağılımı

Günde içtiği sigara	Sayı (n)	%
10 adet altı	5	3.7
10-20 adet	72	53.3
20 adet üstü	58	43.0
Toplam	135	100

Hastaların cinsiyeti ile günde içtiği sigara miktarı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde erkeklerin kadınlara oranla daha fazla 20 adet/gün sigara içtikleri gözlemlendi (p=0.029) (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların cinsiyeti ile günde içilen sigara miktarı arasındaki ilişki

			KADIN	ERKEK	TOPLAM	p
Günde içilen sigara miktarı	20 adet/gün ve daha az	Sayı (%)	34 (25.2)	43 (31.8)	77 (57.0)	0.029
	20 adet/gün üzeri	Sayı (%)	15 (11.1)	43 (31.8)	58 (43.0)	
TOPLAM	Sayı (%)	49 (36.3)	86 (63.7)	135 (100)		

Hastaların % 51.1'i (n=69) ömürleri boyunca 20 paket/yıl ve üzerinde, % 48.9'u (n=66) 20 paket/yıl altında sigara tüketmişlerdi (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların sigara tüketimine göre dağılımı

Paket/yıl	Sayı (n)	%
20 paket/yıldan az	66	48.9
20-30 paket/yıl	34	25.2
30 paket/yıl üstü	35	25.9
Toplam	135	100

Hastalarımızın cinsiyeti ile paket/yıl cinsinden sigara tüketimi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde erkeklerin kadınlara oranla daha fazla sigara tükettikleri gözlemlendi (p=0.04) (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların cinsiyeti ile sigara tüketimi arasındaki ilişki

SİGARA TÜKETİMİ			KADIN	ERKEK	Toplam	p		
			20 paket/yıldan az	Sayı (%)	30 (22.2)	36 (26.7)	66 (48.9)	0.04
			20 paket/yıl ve üzeri	Sayı (%)	19 (14.1)	50 (37.0)	69 (51.1)	
TOPLAM	Sayı (%)	49 (36.3)	86 (63.7)	135 (100)				

Olguların % 91.8'inin (n=124) filtreli, % 8.1'inin (n=11) filtresiz sigara kullandığı tespit edildi ve eğitim durumu yüksek olanlarda filtreli sigara içme oranı daha yüksekti (p=0.036) (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların kullandığı sigara tipi ile eğitim durumu arasındaki ilişki

SİGARA TİPİ		Sayı (%)	Ortaokul ve Öncesi	Lise- Üniversite	TOPLAM	p
			FİLTRELİ	40 (29.6)	84 (62.2)	
FİLTRESİZ	7 (5.2)	4 (3.0)	11 (8.1)			
TOPLAM	47 (34.8)	88 (65.2)	135 (100)			

Hastalar sigarayı bırakmayı isteme nedenleri açısından değerlendirildiğinde % 48.1'inin (n=65) tek nedenle, % 51.8'inin (n=70) birden fazla nedenle sigarayı bırakmak istedikleri görüldü. Tek nedenle bırakma sebebi olarak % 46.1 (n=30) ile ileride hastalanma korkusu en sık belirtilir iken, şu andaki hastalık % 41.5 (n=27) ile ikinci sıklıkta yer alıyordu. Çoklu nedenler arasında da en sık ileride hastalanma korkusu ve şu andaki hastalık sebep olarak dile getirildi (Tablo 12).

Tablo 12. Tek nedenle sigarayı bırakmayı istemelerinin değerlendirilmesi

Sigarayı bırakmayı isteme nedenleri	Sayı (n)	(%)
İleride hastalanma korkusu	30	46.1
Şu andaki hastalık	27	41.5
Çevreme zarar veriyorum	3	4.6
Kokusundan iğrendiğim için	3	4.6
Doktor önerisi	2	3.1
TOPLAM	65	100

Çalışmaya alınan hastalarımızın en sık solunum sistemi ile ilgili hastalıklar nedeni ile % 42.9 (n=21) başvurdukları gözlemlendi (Tablo13)

Tablo 13. Olguların şu andaki hastalıklarına göre dağılımı

Şu andaki hastalık	Sayı (n)	%
Solunum Sistemi	21	42.9
GİS	10	20.4
KVS	9	18.4
Psikiyatri	3	6.1
Hematolojik Sistem	3	6.1
Endokrin Sistem	2	4.1
SSS	1	2.0
TOPLAM	49	100

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların % 80'i (n=108) sigara bırakmayı düşünmüş ancak düşünenlerin % 73.3'ü (n=99) denemişti.

Sigara bırakmayı deneyenlerin % 53.5'i (n=53) iki ve daha az sayıda denemiş iken, % 46.5'i (n=46) ikiden fazla sayıda sigara bırakmayı denemişlerdi

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların % 91.9'u (n=91) 1 yıl ve daha kısa süre sigara içmemeyi devam ettirebilmişti (Tablo 14).

Bu hastaların sadece % 3.7'si profesyonel destek almıştı

Tablo 14. Hastaların daha önce sigarayı bırakma sürelerine göre dağılımı

En uzun bırakma süresi	Sayı (n)	%
1 günden az	11	11.1
1- 30 gün	46	46.5
31 gün- 1 yıl	34	34.3
1 yıldan uzun	8	8.1
Toplam	99	100

Hastaların cinsiyeti ile sigara bırakmayı deneme sayıları ($p=0.569$) ve sigarayı en uzun bırakma süreleri ($p=0.412$) arasında anlamlı ilişki yoktu.

Hastaların sigara bırakmayı denediğinde karşılaştığı güçlükler sorgulandığında sinirlilik , konsantrasyon bozukluğu, uyku bozukluğu, aşırı sigara içme isteği ve iştah artışı en sık nedenler arasında belirtilmekteydi. Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarda en sık çay içerken, yemekten sonra ve stres durumlarında sigara içme isteklerinin arttığı tespit edildi.

Hastaların % 70.4'ü ($n=95$) çalışıyor veya öğrenciydi. Çalışanların % 90.5'inin işyerinde başka sigara içenlerinde olduğu, % 55.6'sının ($n=75$) evde başka sigara içenlerinde olduğu tespit edildi.

Olguların % 11.9'u ($n=16$) başta alkol olmak üzere, sigara dışında başka bağımlılık yapıcı madde kullanıyordu

Hastaların nikotin bağımlılık düzeyi % 62.2'sinde ($n=84$) yüksek veya çok yüksekti (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyleri

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi	Sayı (n)	%
Çok düşük (0-2)	16	11.9
Düşük (3-4)	18	13.3
Orta (5)	17	12.6
Yüksek (6-7)	42	31.1
Çok yüksek (8-10)	42	31.1
Toplam	135	100

Hastaların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi ile cinsiyet ($p=0.583$) ve ilk içme yaşı ($p=0.598$) arasında anlamlı ilişki yoktu.

Günde içilen sigara miktarı 20 adetten fazla olanların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi yüksek veya çok yüksek olarak bulundu ($p<0.0001$) (Tablo 16).

Tablo 16. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi ile günde içilen sigara miktarı arasındaki ilişki

		Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi		Toplam n (%)	p
		5 ve altı n (%)	5 üzeri n (%)		
Günde içilen sigara miktarı	20 adet ve altı	41 (30.4)	36 (26.7)	77 (57.0)	<0.0001
	20 adet üstü	10 (7.4)	48 (35.6)	58 (43.0)	
TOPLAM		51 (37.8)	84 (62.2)	135 (100)	

Sigara tüketimi 20 paket/yıl ve üzerinde olan hastalarımızın Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi yüksek veya çok yüksekti ($p<0.0001$) (Tablo 17).

Tablo 17. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi ile toplam sigara tüketimi (paket/yıl) arasındaki ilişki

		Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi		Toplam	p
		5 ve altı n (%)	5 üzeri n (%)	n (%)	
Sigara tüketimi	20 paket/yıldan az	36 (26.7)	30 (22.2)	66 (48.9)	<0.0001
	20 paket/yıl ve üzeri	15 (11.1)	54 (40.0)	69 (51.1)	
TOPLAM		51 (37.8)	84 (62.2)	135 (100)	

Hastaların Anksiyete Skoru % 54.1'inde (n=73) 10 ve üzerinde bulundu. Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarda Anksiyete Skoru yüksekti. Hastaların Anksiyete Skoru ile cinsiyet ($p=0.106$), günde içilen sigara miktarı ($p=0.634$) ve sigara tüketimi ($p=0.253$) arasında anlamlı ilişki yoktu.

Hastaların % 32.6'sında Depresyon Skoru 7'nin altında, % 67.4'ünde ise 7 ve üzerindeydi. Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların büyük çoğunluğunda Depresyon Skoru yüksekti ($p=0.030$). Ancak Depresyon Skoru ile cinsiyet ($p=0.257$), günde içilen sigara miktarı ($p=0.581$) ve sigara tüketimi ($p=0.361$) arasında anlamlı ilişki yoktu.

Hastaların % 63.7'sine (n=86) Bupropion+Davranış tedavisi, % 24.4'üne (n=33) Nikotin bandı+Davranış tedavisi, % 11.9'una Davranış tedavisi önerilmişti. Ancak hastaların % 50.4'üne (n=68) Bupropion+Davranış tedavisi, % 0.7'sine Bupropion+Davranış tedavisi + Nikotin bandı, % 26.7'sine (n=36) Nikotin bandı+Davranış tedavisi, % 22.2'sine (n=30) Davranış tedavisi uygulanabilmişti.

6. TARTIŞMA

Başta sigara olmak üzere tütün ürünlerinin kullanılması ciddi hastalıklara ve ölümlere yol açmaktadır (218). Tütüne bağlı hastalıklar nedeni ile her altı saniyede bir insan ölmektedir. Dünyada yaşı 15'in üzerinde olan 1.2 milyar kişi tütün bağımlısı olup bunların % 80'i orta ve gelişmekte olan ülkelerdedir (219). Her yıl dünya genelinde 5 milyona yakın insan tütün ürünleri nedeni ile ölmektedir (220). Tütün kullananların sayısının 2000 yılından 2030 yılına kadar 1.2 milyardan 1.6 milyara çıkacağı ve 21. yüzyılda ise bir milyar insanın tütünden öleceği tahmin edilmektedir (218,221). Günümüzde bir hastalık olarak kabul edilen sigara alışkanlığı, profesyonel destek ve farmakolojik destek ile başarılı olarak tedavi edilebilmektedir (203).

Sigara bırakma polikliniklerinin yapılandırılması, gerek sigara içenlere tedavi yaklaşımıyla sigaranın bırakılmasını temin etmek, gerek tütün kontrolü konusunda eğitim verebilecek bir merkez oluşturmak açısından önemlidir.

Bu merkezde tedavi uygulanan hastalardan elde edilen bilgiler, veriler merkezin hizmet verdiği bölgede nasıl bir tütün kontrolü yaklaşımının uygulanacağına ışık tutacaktır. Bizde bu nedenle anabilim dalımız bünyesinde faaliyetini sürdüren Sigara Bırakma Polikliniğimizin Aralık 2006-Nisan 2008 tarihleri arasında değerlendirmeye, tanı ve tedaviye aldığı sigara içen hastaların özelliklerini belirlemek üzere çalışmayı gerçekleştirdik.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların % 83.6'sı (n=113) 21-50 yaş aralığında yer almaktaydı. Bu yaş aralıklarının gerek bölgenin genç nüfus profilini yansıttığını gerekse genç sigara içicileri açısından yönlendirici bir tedavi merkezi ihtiyacını yansıttığını düşünüyoruz. Çalışmamızda sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların % 51.8'ini 35 yaş altı olgular oluşturmaktaydı. Doll ve arkadaşları, İngiliz doktorları 40 yıl süre ile izleyerek yaptıkları çalışmada, sigarayı 35 yaşından önce bırakan doktorların hiç içmeyenlerle eşit sürede yaşadıklarını tespit etmişlerdir (50). Bu da etkin ve doğru bir yaklaşım ile hastaların önemli bir kısmında yaşam kalitesini ve yaşam süresini önemli ölçüde düzeltebilecek önlemlerin alınabileceğini göstermektedir.

Bizim çalışmamızda sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların % 36.3'ü (s=49) kadın, % 63.7'si (s=86) erkekti. Sigara bırakma polikliniğimize

başvuran hastalar cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkekler anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Fidan ve arkadaşlarının Afyon'da yaptığı bir çalışmada 135 olgunun % 32.7'si kadın, % 67.3'ü erkekti (251). Ayrıca Uzaslan ve arkadaşlarının Bursa'da (207), Solak ve arkadaşlarının İzmir'de (208), Çan ve arkadaşlarının Trabzon'da (209) yaptığı çalışmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu olarak sigara bırakma polikliniklerine başvuran erkek hasta sayısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştu ancak Wilson'un (210) yaptığı çalışmada ve Salepçi ve arkadaşlarının (211) İstanbul'da yaptığı çalışmada kadın oranı daha yüksek bulunmuştur. Demir ve arkadaşlarının (212) İstanbul'da yaptığı çalışmada ise polikliniğe başvuran hastalarda kadın ve erkek sayısı birbirine çok yakın oranlarda bulunmuştur. Bu durumun bölgemizin geleneksel kültürel yapısının ve sosyoekonomik şartlarının bir sonucu olduğu kanaatine vardık.

Dünya sağlık örgütünün 2002 yılında yaptığı tahmine göre gelişmiş ülkelerde erkeklerin % 35'i, kadınların % 22'si sigara içmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise erkeklerde içme oranı % 50, kadınlarda % 9'dur (5,6). Emri ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı çalışmaya göre ülke genelinde 15 yaş ve üstü erişkin nüfusta sigara içme prevalansı % 35.8 olarak tespit edilmiş ve bu oran erkeklerde % 50.9, kadınlarda % 25.5 olarak bildirilmiştir. Dünya sağlık örgütü 2003 verilerine göre sigara içme oranı erkeklerde % 52, kadınlarda % 17.3, her iki cinste ortak olarak % 36.4'tür. Yaş standardize edildiğinde erişkinlerde günlük sigara içme prevalansı % 30.1 olarak ortaya çıkmaktadır (262).

Her ne kadar erkeklerin içme oranı yüksek görülse de aslında reklamcılık ve satış stratejilerinin etkisi ile kadının özgürlük hareketinin sembolü olarak gösterilmesi ve kilo kontrolünde sigara kullanımının vurgulanması nedeniyle kadınlarda da sigara kullanımı artış göstermiştir (20). Bölgenin sosyokültürel yapısı ve gelenekleri dikkate alındığında kadınların kendileri içmeseler dahi, eşlerinin veya erkek aile bireylerinin yoğun kullanımı nedeniyle pasif içiciliğe maruz kalacağı aşikardır. Nitekim polikliniğimizde değerlendirilen hastaların % 55.6'sının evde başka içen kişi varlığını belirtmiş olmaları tütün maruziyetinin hem aktif hem pasif boyutunu sergilemektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde tütün epidemisi artmaktadır ve tütün şirketleri için gelişmekte olan ülkeler yeni bir pazar oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde

genç bayan popülasyonunda sigara içme oranındaki artış gelişmiş ülkelerdeki epideminin artış nedenidir. Avrupa’da erkeklerde tütün kullanımı azalırken, özellikle Doğu , Orta ve Güney Avrupa’da bayanlarda kullanım insidansı artmaktadır (15).

Çalışmamızda hastaların % 14.8’i 5-10 yaş aralığında, % 77.8’i 11-20 yaş aralığında sigarayı ilk kez denedikleri görülmektedir. Yirmi yaşından önce sigarayı ilk kez deneyenlerin oranının % 92.6 olması dikkat çekiciydi. Sigarayı ilk kez deneme yaşı ortalama % 12.6’lık oran ile 15 yaş olarak bulundu. Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarda 20 yaşından sonra sigarayı ilk kez içenlerin oranının ise % 7.3 olduğu görüldü.

20 yaşından önce sigaraya başlayanlarda tiryaki olma olasılığı yüksektir (222). Adölesan dönemde sigara içmeyi deneme yüksek oranda bağımlılığa dönüşmekte, daha zor sigarayı bırakabilmekte ve ömür boyu sigara bağımlısı haline gelmektedir. Tütün endüstrisi bunun farkında olduğundan uzun süreli kaynak oluşturmak için reklamlarında özellikle gençleri hedef almaktadır (222). Türkiye’yi temsil eden PIAR çalışmasında sigara içenlerin % 39’unun sigara içmeye 15-18 yaşlarında, % 20’sinin 11-14 yaşlarında başladığı bulunmuştur (215). Yapılan çeşitli araştırmalarda gençlerde sigaraya başlama yaşının 11-18 yaşları arasında olduğu bulunmuştur (223-228). Ülkemizde lise öğrencilerinde yapılan araştırmalarda, gençlerin sigaraya başlama yaşlarının ortalama 13 yaş civarı olduğu görülmüştür (9,10). Yapılan tüm araştırmalar göstermektedir ki sigara ile savaşmada özellikle gençlerin sigaraya başlamasının önlenmesine yönelik çalışmalara önem verilmeli ve gençlerin sigarayı denemesi engellenmelidir.

Yaptığımız çalışmada cinsiyete göre sigarayı ilk içme yaşı değerlendirildiğinde kadınlarda ortalama 17 yaş, erkeklerde ise 14 yaş olarak tespit edildi. Çalışmamızda değerlendirilen erkeklerin kadınlara oranla sigarayı daha erken yaşta denedikleri, 20 yaşın altında sigaraya başlama oranının erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu bulundu (p=0.021) (Tablo 5). Kiter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamız ile uyumlu olarak erkeklerin kadınlara oranla daha erken yaşta sigarayı denedikleri bulunmuştu (217)

Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde % 40’ı üniversite, % 25.2’si lise mezunu idi. Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların büyük bir kısmının

yüksek eğitim seviyesine sahip olmaları dikkat çekiciydi. Şahbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastaların % 81.3'ünün eğitim durumu lise ve üzeri olarak saptanmıştı (277). Genel olarak sağlık ve yaşam koşullarının iyi olduğu, kişilerin kendi sağlığına önem verdiği, yasal düzenlemelerle kişilerin sağlıklarının iyi korunduğu yerlerde sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkileri de iyi bilinmekte ve sigara içme sıklıkları da düşük olmaktadır. Bu açıdan kişilerin eğitim düzeyi önemli bir faktördür (221). A.B.D.'de 4 yıllık kolej eğitimi alanların % 58.9'u hiç sigarayı denememişken, daha az eğitim almış grupta % 43.3 olarak bulunmuştur (10,11). Ancak sigara içme davranışının toplumsal bir norm olarak kabul gördüğü ülkemizde her eğitim seviyesinde sigara içme sıklıkları yüksek bulunmaktadır (228).

Çalışmamıza alınan hastalarda sigara içme davranışı açısından yüksek eğitim görenlerde cinsiyet dağılımı açısından farklılık saptanmadı ($p=0.269$). Şahbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamız ile uyumlu olarak cinsiyet ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (277). Kiter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça sigara içme oranı erkeklerde çok fazla değişiklik göstermez iken kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça sigara içme oranı artmış olarak bulunmuştur (217).

Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların % 65.9'u evliydi. Hastaların büyük çoğunluğunun evli olması tedaviye alınan hastada sağlanacak başarının diğer aile bireylerine dönük bir koruma programı anlamına da gelebileceğini düşündürmektedir. Chandola ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada evli olanlarda sigara bırakma oranı % 23.3, hiç evlenmemiş olanlarda % 18.3 olarak bulunmuştur. Şahbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da evli olma durumu sigarayı bırakmada başarı oranını arttıran bir etken olarak saptanmıştır (277).

Hastaların başvuru şekli değerlendirildiğinde % 20.8'i ($n=28$) doktor önerisi ile, % 74.8'i ($n=101$) kendi isteği ile polikliniğimize başvurduğu görülmektedir. İnsanların kendi istekleri ile böyle bir tedaviye yönelmeleri gerek yasal düzenlemelerin sonucu gerek sosyal farkındalığın yükseltilmesiyle ilişkili olarak değerlendirilse de doktor önerisi ile başvuru yüzdesinin düşüklüğü sağlık çalışanlarına böyle bir poliklinik hizmetinin verildiğinin anlatılması ve sağlık

çalışanlarının bu yöndeki yönlendirici girişimlerinin artırılması gerektiğini düşündürmektedir. Ayrıca DSÖ'nün günde 1 adet düzenli sigara kullanımını bağımlılık, dolayısıyla sigara içme hastalığı olarak kabul eden ve erken dönem tedavi yaklaşımlarını öneren konseptinin, sağlık çalışanlarınca yeterince kanıksanmadığını düşündürmektedir. Dolayısıyla bu verilerde bize gösteriyor ki hangi alanda olursa olsun tüm doktorların hastalarının sigara içip içmediğini sorgulaması, sigara içen hastalarına sigarayı bırakmalarını önermeleri ve bu konuda destek almak üzere sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmeleri konusuna hassasiyet göstermeleri gerekmektedir. Hekimlerin tek görüşmede bir kez dahi hastalarına sigara bırakmayı tavsiye etmesi, bu hastaların % 3-5'inin sigarayı bırakmasını sağlamaktadır (203-206). Tıp eğitimi esnasında da doktorlar sigaranın zararları konusunda ve bilimsel yöntemlerle sigara bırakma tedavisinin gerekliliği ve önemi konusunda eğitilmelidirler.

Hastalar sigaraya başlama nedenlerine göre değerlendirildiklerinde % 52.9'u (n=45) özenti, % 24.7'si (n=21) stres, üzüntü, % 15.3'ü (13) merak ve % 7.1'i (n=6) çevrenin psikolojik baskısı gibi faktörler en sık nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Kiter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sigaraya başlama nedeni olarak hastaların % 72.4'ü arkadaşlarından görerek, % 5.3'ü ailesinden görerek, % 2.5'inin ise bir kez kendisinin denemesiyle ve % 7.1'inin ise kendi isteği ile olduğu görülmektedir (217). Lise ve üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda da en sık arkadaşlarından etkilenme, özenti, merak, aileden etkilenme ve stres en sık nedenler arasında belirtilmektedir (227,232-237). Dolayısıyla bu faktörlerin gelişimini engelleyecek aile eğitimi ve okul eğitimi, üzerinde hassasiyetle durulması gereken önemli noktalar. Dolayısıyla tütün kontrolü konusunda farkındalık yaratma çalışmalarının gerek toplumsal eğitim, gerekse okul eğitimi döneminde bu faktörlerin dikkate alınması ve bunlarla mücadele tekniklerini içermesi uygun olacaktır.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarımızın % 91.8'i (n=124) filtreli, % 8.1'i (n=11) filtresiz sigara tüketiyorlardı. Balbay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hastaların % 98'inin filtreli sigara kullandığı belirtilmiştir (257). Eğitim düzeyi yüksek olanların (lise-üniversite) daha fazla filtreli sigara içtiği gözlenmişti (p=0.036) (Tablo 11) . Bu durumun polikliniğimize başvuran

hastaların görece daha merkezi yerlerden gelmeleri ve daha iyi sosyal güvenlik koşullarına sahip olmaları ile ilgili olabileceğini düşündük. Çünkü kliniğimizde göğüs hastalıkları yönünden takip edilen hastaların anamnezlerinde dikkat çekici oranlarda tabaka tütün kullanımı dolayısıyla filtresiz sigara içimi ifade edilmektedir.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların % 84.4'ünde sigara içme miktarında yıllar içinde artış olduğu gözlemlendi.

Hastalar şu anda içtikleri günlük sigara miktarına göre değerlendirildiklerinde % 3.7'sinin günde 10 adet altında, % 53.3'ünün 10-20 adet arasında, % 43'nün ise 20 adet üzerinde içtikleri tespit edildi. Günde içilen sigara miktarına göre % 57'si 20 adet ve altında, % 43'ü günde 20 adet üstünde sigara içiyorlardı. Çalışmamızda cinsiyet ile günde içilen sigara miktarı arasında ilişki araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0.029$) (Tablo8). Bu fark erkeklerin sigara içme miktarının kadınların sigara içme miktarından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktaydı. Yazıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kadın ve erkeklerin günlük ortalama sigara içme miktarları arasında anlamlı fark olduğu görüldü (230). Günlük içilen sigara miktarındaki artış sigara nedeniyle oluşabilecek sağlık sorunlarında artışla paraleldir ve bu etki erkeklerde daha belirgin gözlenmiştir. Sigara içen erkeklerin tüm ölüm nedenlerinin dikkate alındığı bir çalışmada günde 1-20 adet sigara içenlerde ölme riski 2.22 kat, 20 adetten fazla içenlerde 2.43 kat olduğu, aynı oranların kadınlarda tüm ölüm nedenleri dikkate alındığında sırasıyla 1.6 ve 2.10 kat olduğu saptanmıştır (229).

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların Paket/yıl ölçeği ile toplam tükettikleri sigara miktarı incelendiğinde % 48.9'unun ($n=66$) 20 paket/yıldan az, % 51.1'inin ($n=69$) 20 paket /yıl ve üzerinde tükettikleri görülmektedir. Ayrıca cinsiyet ile sigara tüketimi arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0.04$) (Tablo 10). Kiter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla uyumlu olarak paket/yıl miktarına göre gruplandırıldıklarında erkeklerin büyük bir bölümü 30 paket/yıldan daha fazla sigara öyküsü veriyordu (217). Erbaycu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da erkeklerin kadınlara göre daha uzun süreli, düzenli sigara içtiği ve daha çok sigara tükettikleri gösterilmiştir (216).

Hastalar sigara bırakma isteme nedenlerine göre değerlendirildiklerinde olguların % 51.8'i birden fazla nedenle, % 48.1'i tek nedenle sigarayı bırakmak istediklerini , tek başına ifade edilen en önemli nedenlerin % 46.1 oranla ileride hastalanma korkusu ve % 41.5'lik oranla şu andaki hastalık olduğu belirtildi. Açıkkel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık neden % 71.9'luk oran ile sağlığa zarar vermesi olarak belirtilmişti (233). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI Öğrencileri arasında yapılan çalışmada öğrencilerin % 60'ı sağlığa zararlı olduğu için , % 17.3'ü çevresini rahatsız ettiğini düşündüğü için, %16'sı hastalık nedeni ile, % 6.7'si maddi nedenlerle bırakmayı düşündüklerini belirtmişlerdir (227). Sağlık memurlarında yapılan çalışmada da % 35.3 ile sağlığını koruma en sık öne sürülen nedendi (228). Hastaların bu endişelerini bilmemiz, polikliniğimize başvuran hastalarda davranış tedavisi esnasında, hastaları etkileyebileceğimiz alanlarda bize yol göstermesi açısından önemli bir nokta olduğuna kanaat getirdik.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların % 80'i daha önce sigara bırakmayı düşünmüş ve bu düşünceyi taşıyanların % 73.3'ü bırakmayı denemiş. Sigarayı bırakmayı deneyenlerin % 53.5'i iki ve daha az sayıda denemiş iken % 46.5'i ikiden fazla sayıda denemişlerdi. Cinsiyet ile deneme sayısı arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmadı (p=0.569). Kıter ve arkadaşlarının Pamukkale Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların % 86'sının bırakmayı istediği, % 25'inin bırakmayı deneyip başaramadığı, % 49'unun da bırakıp tekrar başladığı tespit edilmiştir (217). Açıkkel ve arkadaşlarının meslek yüksek okulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada en az bir kez sigarayı bırakmayı deneyenlerin oranı % 76.2 olarak tespit edilmiştir (233). Seydişehir meslek yüksek okulunda yapılan çalışmada ise öğrencilerin % 37.1'i hiç denememiş, % 38.7'si bir kez, % 21'i 2-3 kez, % 3.2'si 4 ve üzeri kez sigarayı bırakmayı denemişlerdir (238). Yapılan çalışmalarda içicilerin % 70'inin bırakmak istediği (239), içenlerin her yıl % 35'inin en az bir gün bıraktığı (240), içenlerin her yıl % 5-10'unun bırakmayı başardığı tespit edilmiştir (241).

Çalışmamıza alınan olgularda sigara bırakmayı deneyenlerde en uzun bırakma süresi ele alındığında % 91.9'u 1 yıl ve daha kısa süre sigara içmemeyi başarabilmiş iken, % 8.1'i 1 yıl ve daha uzun süre sigara içmemeyi başarabilmişti ve hastaların sadece % 3.7'si profesyonel destek almışlardı. Bu da sigara içmenin

tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğunu ve kronik bir hastalık gibi değerlendirilip uzun dönem takip gerektirdiğini düşündürmektedir. Nasıl ki tıbbın herhangi bir disiplininde ve herhangi bir hastalıkta tedavi yaklaşımı, hastanın insiyatifine ve salt kendi çabasına terk edilemez ise, sigara içme hastalığında da gerek tedavi gerek izlem aynı tıbbi ilkeler çerçevesinde, bir hekim ve bir sağlık merkezi eliyle gerçekleştirilmelidir.

Cinsiyet ile en uzun bırakma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0.412$).

Hastaların % 63.7'sine Bupropion+Davranış tedavisi, % 24.4'üne Nikotin bandı+Davranış tedavisi, % 11.9'una tek başına Davranış tedavisi önerildi. Bunların % 50.4'ü Bupropion+Davranış tedavisi, % 0.7'si Bupropion+Davranış tedavisi+ Nikotin bandı, % 26.7'si Nikotin bandı+Davranış tedavisi, % 22.2'sine alım gücü yeterli olmadığından tek başına davranış tedavisi uygulanabildi. Günümüzde artık bir hastalık olarak kabul edilen tütün ve tütün ürünlerinin bağımlılığı ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Çeşitli çalışmalar göstermiştir ki gençleri de içine alan bir sigara bırakma programı tütün kontrolünde hızlı ve büyük yarar sağlayan bir gereçtir (242,243). Sigara bırakma kolon kanseri taraması, orta ve hafif hipertansiyonun tedavisi, yüksek kolesterol tedavisi, mamografi, PAP testi gibi diğer koruyucu sağlık hizmetlerinden daha maliyet-etkindir (244-246). Tütün kontrolünün yoğun tütün tarımı yapılan ülkelerde bile ekonomiye katkı sağladığı saptanmıştır (247).

Sigara bıraktırmada kullanılan farmakolojik tedaviler sosyal güvenlik kurumları tarafından ödenmemektedir. Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 1 yıllık tedavi ile başarı oranı % 33.6, tedavisiz başarı oranı % 10.9 olarak bulunmuştur. Çeşitli uzlaşi raporlarında da yakın takip, profesyonel destek ve farmakolojik tedavi kombinasyonunun başarı oranlarını artırdığı belirtilmiş, yakın destek ile başarı oranlarının daha da yükseleceği vurgulanmıştır (204-206,248-250). Tüm bu çalışmalar sigara bırakma polikliniklerinin önemini , yaygınlaştırılması gerektiğini ve sigara bırakma tedavisinin sosyal güvenlik kurumlarının ödeme ve destekleme programına alınması gerektiğini göstermektedir.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların % 70.4'ü çalışıyor veya öğrenciydi. Bunların % 90.5'inin işyerinde başka sigara içicilerinin olduğu, %

55.6'sının da evde başka sigara içicilerinin olduğu tespit edildi. Peşken ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada başlama nedeni olarak arkadaştan etkilenme (% 93.1) ilk sırada yer almaktadır. Yapılmış çeşitli çalışmalarda da en sık başlama nedeninin arkadaştan etkilenme olduğu gösterilmiştir (230,233,234,238). Bu durumda işyerinde veya okuldan etkilenimin hem kişinin sigaraya başlamasında etkileyici hem de sigarayı bırakmasında engelleyici bir etken olduğunu düşündürmektedir.

Sigara bağımlılığı diğer bağımlılık yapıcı maddelerle tanışmak açısından bir basamak teşkil eder. Bu bilgi ışığında olgularımız başka bağımlılık yapıcı madde kullanımına yönelik sorgulandıklarında % 11.9'unun bağımlılık düzeyinde alkol kullandığı tespit edildi.

Nikotin Bağımlılık Düzeyinin tespiti için Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği kullanıldı. Olguların % 11.9'unda çok düşük, % 13.3'ünde düşük, % 12.6'sında orta, % 31.1'inde yüksek ve % 31.1'inde ise çok yüksek olarak bulundu. Başka bir deyişle % 37.8'inde orta, düşük ve çok düşük bulunurken, % 62.3'ünde çok yüksek ve yüksek olarak tespit edildi. Çalışmaya alınan hastalarımızda nikotin bağımlılık düzeyi anlamlı olarak yüksekti. Nikotin bağımlılık düzeyi ile cinsiyet ($p=0.583$)ve ilk içme yaşı ($p=0.598$) arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Nikotin bağımlılık düzeyi ile günde içilen sigara miktarı arasında ise anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.0001$). Günde 20 adet üzerinde sigara tüketenlerin nikotin bağımlılık düzeyi 5'in üzerinde , yani nikotin bağımlılık düzeyi yüksek veya çok yüksek bulundu. Sigara tüketimi fazla olanlarda nikotin bağımlılık düzeyi yüksek veya çok yüksek bulunması yüksek nikotin bağımlılığı düzeyinin sigarayı bırakma konusunda profesyonel destek alma ihtiyacını arttırmış olabileceğini düşündürmüştür.

Fidan ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada da günlük içilen sigara adedi ile bağımlılık düzeyi arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştı (251). Çalışmaya alınan olgularımızda Fagerstrom Nikotin Bağımlılık düzeyi ile sigara tüketimi arasında da anlamlı ilişki saptandı ($p<0.0001$), 20 paket/yıl ve üzerinde sigara tüketenlerde nikotin bağımlılık düzeyi yüksek veya çok yüksek olarak tespit edildi. Yapılan bazı çalışmalarda daha uzun süreli, daha fazla ve daha

erken yaşlardan itibaren sigara içme daha yüksek Fagerstrom Nikotin Bağımlılık testi sonuçları ile ilişkili bulunmuştur (252,253).

Birçok psikiyatrik hastalıkta sigara içme prevalansı yüksektir (254). Bu nedenle polikliniğe ilk başvuru esnasında ve sigara bırakıldıktan sonra depresyon prevalansı arttığı için takiplerde anksiyete ve depresyon düzeyleri belirlenmelidir (251). Gereğinde hastaya psikiyatrik destek önerilmelidir.

Çalışmamıza aldığımız hastaların anksiyete skoru değerlendirildiğinde, % 54.1'inde (n=73) 10 ve üzerinde bulundu ve sigara içenlerde anksiyete skoru anlamlı olarak yüksekti. Fidan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sigarayı içmeye devam edenlerde, bırakanlara oranla anksiyete skoru anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (251). Çalışmamızda hastaların cinsiyeti ile anksiyete skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p=0.106). Ayrıca anksiyete skoru ile günde içilen sigara miktarı (p=0.634) (Tablo 37) ve sigara tüketimi (p=0.253) arasında da anlamlı ilişki bulunmadı. Bu da eşlik edebilecek ruhsal durum değişikliklerinin, sigara bırakma tedavisi uygulamada veya bu ihtiyacın duyulmasında her zaman engelleyici bir faktör olmayabileceğini akla getirmektedir. Tiryakiler benzer bir şekilde stres altındayken sigaranın kendilerini sakinleştirdiğini, konsantrasyona ve daha etkili çalışmaya yardımcı olduğunu söylerler, fakat çok az kanıt nikotinin stresle başa çıkmak için veya kötü ruh halini geri çevirmek için etkili olduğunu göstermiştir.

Hastaların % 32.6'sında (n=44) depresyon skoru 7'nin altında iken, % 67.4'ünde 7 ve üzerinde bulundu, sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarda depresyon skoru anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.030). Ancak depresyon skoru ile cinsiyet (p=0.257), günde içilen sigara miktarı (p=0.581) ve sigara tüketimi (p=0.361) arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Depresyon hikayesi olan hastalarda sigara bırakma başarısı düşüktür aynı zamanda sigarayı bırakma döneminde depresif semptomlar da daha çok görülür. Depresyon hikayesi olanlarda depresyon hikayesi olmayanlara kıyasla depresyon rekürrens riski daha yüksektir (255,256). Bu bilgiler ışığında anksiyete ve depresyon skoru yüksek olan hastalarımızda veya değerlendirme sırasında antidepresan veya anksiyolitik ilaç kullanım öyküsü olan hastalarımızda psikiyatri kliniği ile konsülte edilerek tedavi yaklaşımı belirlendi.

7-SONUÇ ve ÖNERİLER

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran olguların % 63.7'si (n=86) erkekti. Bu durumun bölgemizin geleneksel kültürel yapısının ve sosyoekonomik şartlarının bir sonucu olduğu kanaatine vardık

Başvuran hastaların % 83.6'sı (n=113) 21-50 yaş aralığında yer almaktaydı. Etkin ve doğru bir yaklaşım ile hastaların önemli bir kısmında yaşam kalitesini ve yaşam süresini önemli ölçüde düzeltebilecek önlemlerin alınabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların % 14.8'i 5-10 yaş aralığında, % 92.6'sının 20 yaşından önce sigarayı ilk kez denedikleri görülmektedir. Sigara ile savaşmada özellikle gençlerin sigaraya başlamasının önlenmesine yönelik çalışmalara önem verilmeli ve gençlerin sigarayı denemesi engellenmelidir. .

Erkeklerin kadınlara oranla sigarayı daha erken yaşta denedikleri görüldü (p=0.021).

Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde % 40'ının üniversite, % 25.2'nin lise mezunu olduğu dikkati çekmektedir.

Eğitim seviyesi yüksek olanlarda sigara içme sıklığının arttığı, yüksek eğitim seviyesindeki kişilerin fazla sigara tüketiminin her iki cinsiyette farklılık göstermediği gözlenmiştir (p=0.269).

Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların % 65.9'u evliydi. Bu durumda tedaviye alınan hastada sağlanacak başarının diğer aile bireylerine dönük bir koruma programı anlamına gelebileceğini de düşündürmektedir.

Hastaların başvuru şekli değerlendirildiğinde % 20.8'i (n=28) doktor önerisi ile, % 74.8'i (n=101) kendi isteği ile polikliniğimize başvurduğu görülmektedir. Tüm hekimler hastalarının sigara içme durumunu sorgulamalı, sigarayı bırakmasını önermeli ve bu konuda destek almak üzere sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmelidir. Ayrıca tıp eğitimi esnasında hekimler sigaranın zararları konusunda ve bilimsel yöntemlerle sigara bırakma tedavisinin gerekliliği ve önemi hakkında eğitilmelidir.

Hastalar sigaraya başlama nedenlerine göre değerlendirildiklerinde büyük bir kısmının özentisi, stres, üzüntü ve merak nedeniyle sigara içmeye başladıkları

gözlendi. Dolayısıyla gerek toplumsal eğitim, gerekse okul eğitimi döneminde bu faktörlerin dikkate alınması ve bunlarla mücadele tekniklerinin geliştirilmesi uygun olacaktır.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarımızın % 91.8'i (n=124) filtreli, % 8.1'i (n=11) filtresiz sigara tüketiyorlardı. Eğitim düzeyi yüksek olanların (lise-üniversite) daha fazla filtreli sigara içtiği gözlenmiştir. Bu durumun polikliniğimize başvuran hastaların görece daha merkezi yerlerden gelmeleri ve daha iyi sosyal güvenlik koşullarına sahip olmaları ile ilgili olabileceğini düşündük. Çünkü kliniğimizde göğüs hastalıkları yönünden takip edilen hastaların anamnezlerinde dikkat çekici oranlarda tabaka tütün kullanımı dolayısıyla filtresiz sigara içimi ifade edilmektedir.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların % 84.4'ünde sigara içme miktarında yıllar içinde artış olduğu gözlemlendi.

Günde içilen sigara miktarına göre olgularımızın % 57'si 20 adet ve altında sigara içiyorlardı.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların Paket/yıl ölçeği ile toplam tükettikleri sigara miktarı incelendiğinde % 51.1'inin (n=69) 20 paket /yıl ve üzerinde tükettikleri görülmektedir.

Erkeklerin kadınlara göre hem günlük sigara kullanımlarının (p=0.029) hem de total sigara tüketiminin (p=0.04) daha fazla olduğu tespit edildi.

Sigarayı bırakma isteme nedeni olarak en çok ileride hastalanma korkusu ve şu andaki mevcut hastalık belirtildi. Hastaların bu endişelerini bilmemiz, polikliniğimize başvuran hastalarda davranış tedavisi esnasında hastaya özgü risk durumunun tespiti, hastaya özgü tedavi yaklaşımının ve hastaya özgü takip koşullarının belirlenmesi açısından önemlidir.

Hastalarımızın büyük bir kısmının daha önce sigara bırakmayı düşünmüş ve denemiş olması ancak sadece % 3.7 gibi az bir kısmının profesyonel destek almış olması gerek hastaların gerekse sağlık çalışanlarının sigarayı tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak görmediklerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Aynı zamanda hekimlerin görevi sadece sigara içenlerde sigara bırakılmasını sağlanmak değil, sigaraya başlamanın engellenmesi için gerekli eğitimi verebilmelidir.

Sigarayı en uzun bırakma süresi değerlendirildiğinde sadece % 14.8'i 1 yıl ve daha uzun süre sigara içmemeyi başarabilmişti. Sigara içme hastalığı kronik bir hastalık gibi değerlendirilip uzun süreli takip edilmelidir.

Olguların % 11.9'u (n=16) başta alkol olmak üzere, sigara dışında başka bağımlılık yapıcı madde kullanıyordu. Bölgemizde de tütün kullanımının madde bağımlılığında mutlaka dikkate alınması gereken bir temel basamak oluşturduğu unutulmamalıdır.

Olgularımızın % 62.2'sinde Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi yüksek veya çok yüksek bulundu.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi yüksek ve ya çok yüksek olanlarda günde içilen sigara miktarı ($p<0.001$) ve paket/ yıl cinsinden total sigara tüketimi ($p<0.001$) yüksek bulundu. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Düzeyi yüksek olanlarda farmakoterapi davranış tedavisi ile kombine olarak verilmelidir.

Hastaların % 54.1'inde Anksiyete Skoru, % 67.4'ünde Depresyon Skoru yüksek bulundu. Hastaların Anksiyete ve Depresyon Skorları belirlenmeli ve gereğinde psikiyatri kliniğinden destek alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Uzunca G, Tütünün Tarihi, İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa 2002;22-29
- 2- Toraks Derneği Sitesi, [http // www. toraks. org / sub / sigarasız / TÜTÜN _ KULLANIMININ _ TARİHCESİ _ Baris. Pdf](http://www.toraks.org/sub/sigarasiz/TUTUN_KULLANIMININ_TARİHCESİ_Baris.Pdf)
- 3- Örsel O, Tütünün Tarihçesi, İn: Demir T. (Ed) Sigara ve sigara bırakma tedavileri, İstanbul 2005;1-4
- 4- Barış İ. Sigara ve Gençlik. Tütünün Dünyada ve Türkiye’de Tarihçesi. TC Kültür Bakanlığı Yayınları, 1997.
- 5- Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One 6. Cigarette consumption 2002:30-31.
- 6- World Health Organization. Tobacco or Health: A global status report. Geneva; World Health Organization 1997:10-18.
- 7- Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 4. Female smoking 2002:24-25.
- 8- Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 4. Female smoking 2002:26-27.
- 9- World Health Organization Smöking in China: A Time Bomb for the 21st Century. Fact sheet No: 177. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1997.
- 10- Centers for Disease Control: Surveillance for selected tobacco use behavior-United States 1990-1994. MMWR 1994;43(SS 3).
- 11- Centers for Disease Control: Cigarette smoking among adults-United States, 1995. MMWR 1997; 46:1217-1220.
- 12- Centers for Disease Control: Cigarette smoking among adults-United States, 1999. MMWR 2001; 50:869-873.
- 13- Çan G, Sigara epidemiyolojisi, Demir T. (Ed) Sigara ve Sigara Bırakma Tedavileri, İstanbul 2005;5-16.
- 14- Murin S, Silvestri G. Smoking and pulmonary and cardiovascular diseases. Clin Chest Med 2000;21:1-9.

- 15- World Health Organization: Tobacco epidemic in the Russian Federation Kils 750 people every single day. Fact sheet No. 157. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1997.
- 16- Soydal T, Ergüder T. Türkiye’de Sigara sorunu ve Mücadelesi. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara 2002.
- 17- BİGTAŞ, Health Services Utilization Survey in Turkey, 1993. Ministry of Health.
- 18- Connett JE, Kusek JW, Bailey WC, et al. Desing of the long health study:A randomized clinical trial of early intervention for chronic obstructive pulmonary disease. Control Clin Trials 1993;14-3S- 19S.
- 19- US Department of health and human services: The health consequences of smoking for woman. A report of the surgeon general. Washington,DC,US Department of health and human services, public Health Services, Office on smoking and health.1989:8411.
- 20- Tanoue LT. Cigarette smoking and women’s respiratory health. Clin Chest Med 2001;21:47-65.
- 21- Benowitz NL, Hatsukami D. Gender differences in the pharmacology of nicotine addiction. Addict Biol 1998;3:383-404.
- 22- Madden PA, Bucholz KK, Dinwiddie SH, et al. Nicotine Withdrawal in women. Addiction 1997;92(7): 889-902.
- 23- Tucker JS, Ellikson PL, Klein DJ. Predictors of the regular smoking during adolescence and young adulthood. Journal of Adolescent Health 2003;32:314-324.
- 24- Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 1999. MMWR 2000;49(SS05):1-96.
- 25- Saltık A ve ark. 5100 Orta-lise Öğrencisinde Sigara Epidemiyolojisi ve Spilberger Anksiyete Puanları ilişkisi. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, İstanbul 22-25 Mayıs 1990.
- 26- Sezer E. Ankara’nın Ortaokul, Lise ve Lise dengi okullarında sigara içme durumu ve sigaraya başlama nedenleri. Doğa Bilim Dergisi 1984;8(3):375-384.
- 27- Kocabaş A. Orta dereceli okul öğrencilerinde sigara içme alışkanlığı. Ankara tıp mecmuası1988;41:33-40.

- 28- World Health Organization: Tobacco Use by Children: "A Pediatric Disease".,Fact sheet No. 197. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1998.
- 29- Peşken Y. Sigara içiminin nedenleri, epidemiyolojisi, pasif içicilik. İn:Tür A (ed) Sigaranın sağlığa etkileri ve bırakma yöntemleri. Logos 1995:1-28.
- 30- Bilir N, Güçiz Doğan B Yıldız AN. Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No:7, Ankara 1997:1-9.
- 31- Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. BMJ 1994; 309: 937-9
- 32- World Health Organization and Regional Office for Europe. European Strategy for Tobacco Control. Copenhagen, World Health Organization, 2002
- 33- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) Hanehalkı Tüketim Harcaması Sonuçları, 2006. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=348> (Erişim Tarihi: 23 Eylül 2006)
- 34- Fagerström K. Sigara İçmenin Epidemiyolojisi. Sigarayı Bırakmanın Sağlık Açısından Sonuçları ve Yararları. Durgs 2002; 62 (Suppl 2): 1-9
- 35- Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs- United States, 1995-1999. MMWR 2002; 51: 300-3.
- 36- Siahpush M. Socioeconomic status and tobacco expenditure among Australian household: results from the 1998-99 Household Expenditure Survey. J Epidemiol Community Health 2003; 57: 798-801
- 37- Gong YL, Koplan JP, Feng W et al. Cigarette smoking in China. Prevalence, characteristics, and attitudes in Minhang District. JAMA 1995; 274: 1232-4.
- 38- Thomson GW, Wilson NA, O'Dea D et al. Tobacco spending and children in low income households. Tobacco Control 2002; 11: 372-5.
- 39- CECHE (Center for Communications, Health and Environment. A child is a child: The Case for International Tobacco Control Provisions. CECHE, Washington DC, 1998
- 40- Crews KM, Payne TJ. Tobacco update: Scientific advances, clinical perspectives. Am J Med Sci 2003; 326: 165-6.

- 41- Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51: 300-3.
- 42- Karlıkaya C. Tütünün sağlığa etkileri. *Türk Toraks Derneği Okulu 10. Yıllık Kongre Kursları* 2007; 465-476.
- 43- Smoking Statistics: Illness and Death. Fact Sheet No: 2. http://www.ash.org.uk/htm/factsheets/html/fact02.html#_edn7. 2003
- 44- Manson JE, Tosteson H, Ridker PH. The Primary Prevention of Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 1992; 326: 1406-1416.
- 45- Ridker PM, Genest J, Libby P. Risk Factors Atherosclerotic Disease. In: Braunwald E, Zipes D, Libby P (eds). *Heart Disease*. Philadelphia, WB Saunders, 6th edition, 2001; 1010-1040.
- 46- Ambrose JA, FCCC, Barua RS. The Pathophysiology of Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1731-1737.
- 47- Raul L. Hypertension, Endothelium and Cardiovascular Risk Factors. *Am J Med* 1991; 90(suppl 2A): 13-18.
- 48- The JNC 7 Report and National High Blood pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003; 289: 2534-2573.
- 49- Murabito JM, D'Agostino RB, Silbershatz H. Intermittent Claudication a Risk Profile from The Framingham Heart Study. *Circulation* 1997; 96: 44-49.
- 50- Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in Relation to Smoking: 40 Years Observations on Male British Doctors. *BMJ* 1994; 309: 901-911.
- 51- Edwards R. ABC of Smoking Cessation. The Problems of Tobacco Smoking. *BMJ* 2004; 328: 217-219.
- 52- Skuladottir H, Olsen JH. Epidemiology of lung cancer. *Eur Respir Mon* 2001; 17: 1-12.
- 53- Greenlee RT, Hill-Harman MB, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2001. *CA Cancer J Clin* 2001; 51: 15-36.

- 54- Wynder EL, Mabuchi K, Beattie EJ. The epidemiology of lung cancer. Recent trends. JAMA 1970; 213: 2221-2228.
- 55- Sridhar KS, Raub WA. Present and past smoking history and other predisposing factors in 100 lung cancer patients. Chest 1992; 101: 19-25.
- 56- Erginel S, Metintaş M, Harmancı E, Özdemir N. Akciğer kanserli 131 olguya ait epidemiyolojik bulguların analizi. Solunum 1994; 19: 367-376.
- 57- Hazar A, Yalçın M, Kulaci S, Kurutepe M. 1990-1993 yılları arasında kliniğimizde tetkik edilen bronş karsinomlu olgularımızın histolojik tiplerine göre çeşitli yönlerden irdelenmesi. Solunum 1994; 19: 774-779.
- 58- Dikmen E, Çakmak H, Tunçözgür B, ve ark. Bronşial karsinoma: 627 olgunun analizi. Solunum 1995; 20: 67-73.
- 59- Yılmaz A, Özvaran K, Unutmaz S, ve ark.. Akciğer kanserli olgularda tümör tipi dağılımı ve bazı epidemiyolojik özellikler değişiyor mu? (1992-1998). Toraks Derg 2001; 2: 6-8.
- 60- Kanser bildirimlerinin değerlendirilmesi 1993-1994. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı. Yayın no: 582, Ankara, 1997.
- 61- Onat A, Başer Ö, Erer B, ve ark. Yetişkinlerde sigara içiminin sıklığı, HDL ile ilişkisi ve koroner olaylara etkisi. Türk Kardiyol Dern Arş 2001; 29: 460-466.
- 62- Karadağ M, Özyardımcı N. Gençlerin Sigaraya Bakışı. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 1992; VI (1): 1-6.
- 63- Tammemagi CM, Neslund-Dudas C, Simoff M, Kvale P. Smoking and lung cancer survival: the role of comorbidity and treatment. Chest 2004; 125: 27-37.
- 64- Richardson GE, Tucker MA, Venzon DJ, ve ark. Smoking cessation after succesful treatment of small-cell lung cancer is associated with fewer smoking-related second primary cancers. Ann Intern Med 1993; 119: 383-390.
- 65- Anto JM, Vermeier P, Vestbo J, et al. Epidemiology of COPD. Eur Respir J 2001; 17: 982-994.
- 66- Viegi G, Pedreschi M, Pistelli F, et al. Prevalance of airways obstruction in a general population: ERS and ATS definition. Chest 2000; 117: 339s-345s.
- 67- Kogevitas M, Anto JM, Tobias A, et al. Respiratory semptoms, lung function and use of healty services among unemployed young adults in Spain. Eur Resir J 1998; 11: 1363-1368.

- 68- Tzanakis N, Anagnostopoulou U, Filaditaki V, et al. Prevalance of COPD in Greece. *Chest* 2004; 125: 892-900.
- 69- Samet JM. The relationship of smoking to COPD, *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (Ed: Cherniack NS), WB Saunders Company, 1991; 249-259.
- 70- Barnes PJ, *Managing Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Science Pres Ltd. 1999; 4-5.
- 71- Enright PL. *ARRD* 1991; 143: 1215-1223.
- 72- Mapp CE. Inhaled glucocorticoids in COPD. *New Eng J Med* 2000; 343: 1960-1961.
- 73- Hansen EF, Pharareth K, Laursen LC, et al. Reversible and irreversible airflow obstruction as a predictors of overall mortality in asthma and COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1267-1271.
- 74- Vestbo J, Lange P. *Epidemiology. Calverley PMA. Mac Nee W, Pride NB, Rennard SI (eds) COPD. London, Arnold 2003: 21-38.*
- 75- Vlagtwedde-Vlaardingen Cohort Study (vvc) and Lung Health Study-1 (LHS-1), Rijcken B, Schouten JB, Weiss ST, et al. The relationship of nonspecific broncial responsiveness to respiratory symptoms in random population sample. *Am Rev Respir Dis* 1987; 136:62-68.
- 76- Rijcken B, Schouten JB, Weiss ST, et al. The distribution of bronchial responsiveness to histaminein symptomatic and asymptomatic subjects.. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: 615-623.
- 77- Xu X, Rijcken B, Schouten JP, Weiss ST. Airways responsiveness and development and remission of chronic respiratory symptoms in adults. *Lancet* 1997; 350: 1431-1434..
- 78- Buits AS. Airway responsiveness. *Calverley PMA, MacNee W, Pride NB, Rennard SI (eds) COPD. London, Arnold 2003; 70-75.*
- 79- Tashkin DP, Altose MD, Connett JE, et al. Methacholine reactivity predict changes in lung function over time in smokers with early COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153:1802-1811
- 80- Kerstjens HAM, Rijcken B, Schouter JM, Postma DS. Decline of FEV1 by age and smoking status: fact figures, and fallacies. *Thorax* 1997; 52: 820-827.

- 81- Griffith KA, Sherrill DL, Siegel EM, et al. Predictors of loss of lung function in the elderly: The cardio-vascular Health Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001; 163:61-68.
- 82- Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effect of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronhodilator on the rate of decline of FEV1. *JAMA* 1994; 272: 1497-1505.
- 83- Fletcher CM, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J* 1977; 1: 1645-1648.
- 84- Postma DS, Sluiter HJ. Prognosis of chronic obstructive pulmonary disease: the Dutch experience. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: 100-105.
- 85- Kanner RE, Connett JE, Williams DE, Buist AS for the Lung Health Study Research Group. Effects of Randomized Assignment to a Smoking Cessation Intervention and Changes in Smoking Habits on Respiratory Symptoms in Smokers with Early Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Lung Health Study. *Am J Med* 1999; 106: 410-416.
- 86- Stick SM, Burton PR, Sly PD, LeSouef PN. Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *Lancet* 1996; 348: 1060-1064.
- 87- KC Lodrup Carlsen, JJ Jaakkola, P Nafstad and KH Carlsen. In utero exposure to cigarette smoking influences lung function at birth. *Eur Respir J* 1997; 10: 1774-1779.
- 88- Hoo AF, Henschen M, Dezateux C, Costeloe K, Stocks J. Respiratory function among preterm infants whose mothers smoked during pregnancy. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 700-705.
- 89- Illi S, von Mutius E, Lau S, Nickel R, Niggemann B, Sommerfeld C, Wahn U. The pattern of atopic sensitization is associated with the development of asthma in childhood. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108: 709-714.
- 90- Strachan DP, Butland BK, Anderson HR. Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national British cohort. *BMJ* 1996; 312: 1195-1199.
- 91- Martinez FD, Cline M, Burrows B. Increased incidence of asthma in children of smoking mothers. *Pediatrics* 1992; 89: 21-26.

- 92- Hjern A, Hedberg A, Haglllund B, Rosen M. Does tobacco smoke prevent atopic disorders? A study of two of two generations of Swedish residents. *Clin Exp Allergy* 2001; 31: 908-914.
- 93- Silverman RA, Boudreaux ED, Woodruff PG, Clark S, Camargo CA Jr. Cigarette smoking among asthmatic adults presenting to 64 emergency departments. *Chest* 2003; 123: 1472-1479.
- 94- Sippel JM, Pedula KL, Vollmer WM, Buist AS, Osborne ML. Associations of smoking with hospital-based care and quality of life in patients with obstructive airway disease. *Chest* 1999; 115: 691-696.
- 95- Althuis MD, Sexton M, Prybylski D. Cigarette smoking and asthma symptom severity among adult asthmatics. *J Asthma* 1999; 36: 257-264.
- 96- Turner MO, Noertjojo K, Vedal S, Bai T, Cruump S, Fitzgerald JM, Risk factors for near-fatal asthma. A case-control study in hospitalized patients with asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998; 157: 1804-1809.
- 97- Siroux V, Pin I, Oryszczn MP, Le Moual N, Kauffmann F. Relationship of active smoking to asthma and asthma severity in the EGEA study. *Epidemiological study on the Genetics and Environment of Asthma. Eur Respir J* 2000; 15: 470-477.
- 98- Walsh LJ, Wong CA, Cooper S, Guhan AR, Pringle M, Tattersfield AE. Morbidity from asthma in relation to regular treatment: a community based study. *Thorax*. 1999; 54: 296-300.
- 99- Lange P, Parner J, Vestbo J, Schnohr P, Jensen G. A 15-year follow-up study of ventilatory function in adults with asthma. *N Engl J Med* 1998; 339: 1194-2000.
- 100- Apostol GG, Jacobs DR Jr, Tsai AW, Crow RS, Williams OD, Townsend MC, Beckett WS. Early life factors contribute to the decrease in lung function between ages 18 and 40: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults study. *Am J Crit Care Med* 2002; 15: 166-172.
- 101- MarquetteCH, Saulnier F, Leroy O, Wallaert B, Chopin C, Demarcq JM, Durocher A, Tonnel AB. Long-term prognosis of near-fatal asthma. A 6-year follow-up study of 145 asthmatic patients who underwent mechanical ventilation for a near-fatal attack of asthma. *Am Rev Respir Dis* 1992; 146: 76-81.
- 102- Maurya V., Vijayan V.K., Shah A. Smoking and tuberculosis: an association overlooked. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6: 942-951.

- 103- Yach D. Patrtnering for beter lung health: improving tobacco and tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 693-697.
- 104- Adelstein A M, Rimington J. Smoking and pulmonary tuberculosis: an analysis based on a study of volunteers for mass miniature radiography. *Tubercle* 1967; 48: 219-226.
- 105- Buskin S E, Gale J L, Weiss N S, Nolan C M. Tuberculosis risk factors in adults in King Country, Washington, 1988 through 1990. *Am J Pub Health* 1994; 84: 1750-1756.
- 106- Fernandez Jorge M A, Alonso Mallo E, Lobato Delgado L A, Martinez Sanchez JM. Extra-pulmonary tuberculosis: retrospective study of 107 cases. *Anales de Medicina I nterna* 1995; 12: 212-215.
- 107- Çuhadaroğlu Ç, Sigara ve Uyku. İn: Demir T. (Ed) Sigara ve sigara bırakma tedavileri, İstanbul 2005; 106-109.
- 108- Davila DG, Hunt RD, Offord KP ve ark. Acute effects of transdermal nicotine on sleep arcchitecture, snoring and sleep disordered breathing in non smokers. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 469-474.
- 109- Lavinge GJ, Lobbezoo F, Rompre PH ve ark. Cigarette smoking as a risk factor or an exacerbating for restless leg syndrome and sleep bruxism. *Sleep* 1997; 20: 739-743.
- 110- Basic & Clinical Pharmacology ; Bertram G. Katzung. 9th Edition, Lange Medical Boks/McGraw-Hill 2004.
- 111- Süzer Ö. Farmakolojinin Temelleri 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri 2002.
- 112- Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji; 10. Baskı, Hacettepe Taş Yayınları 2002.
- 113- Champtiaux N, Changeux JP. Knockout and knockin mice to investigate the role of nicotonic receptors in the central nervous system. *Prog Brain Res.* 2004; 145: 235-251.
- 114- Czernin J, Waldherr C. Cigarette smoking and coronary blood flow. *Prog Cardiovasc Dis.* 2003; 45: 395-404.
- 115- Süzer Ö, Nikotinin Farmakolojik Etkileri. İn: Demir T. (Ed) Sigara ve sigara bırakma tedavileri, İstanbul 2005; 127-137.

- 116- Raw M, Anderson P, Batra A, et al. WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tobacco Control* 2002; 11: 44-46.
- 117- Department of Helth and Human Services. The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General. Washington, DC: Goverment Printing Office, DHHS publication no (CDC) 1990; 90-8416.
- 118- Thummel KE, Shen DD. Design and optimization of dosage regimens: Pharmacokinetic data. İn: Hrdman JG and Limbird LE (eds). Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. New York: MacGraw-Hill. 2001;1917-2023.
- 119- Feldman RS, Meyer JS, Quenzer LF. Principles of Neuropsychopharmacology, Massachusetts: Sinauer Associates, 1997; 591-561.
- 120- Danacı AE, Sarandöl A. Psikoaktif madde olarak nikotin ve tütün bağımlılığı. Editör: Nihat Özyardımcı. Sigara ve Sağlık. Bursa 2002: 409-426.
- 121- Raw M, Anderson P, Batra A, et al. WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tobacco Control* 2002; 11: 44-46.
- 122- A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000; 283: 3244-3254.
- 123- Fagerstrom KO, Shneider NG. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978; 3(3-4): 235-241.
- 124- Heatherton TF, Kozlowski, Frecker RC. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolarance Questionnaire. 1991; *Br J Addict* 86(9): 1119-1127.
- 125- Uysal A, Sigara Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi, İn: Demir T. (Ed) Sigara ve sigara bırakma tedavileri, İstanbul 2005; 139-147.
- 126- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü baskı (DSM_IV): Washington DC, Amerikan Psikiyatri Birliği 1994'ten çeviren Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1994: 92-93, 115-116

- 127- Aytemur Solak Z, Sigarayı Bırakma Süreci. Türk Toraks Derneği Okulu 11. Yıllık Kongre Kursları, Antalya 2008; 401-408.
- 128- Houezec JL, Benowitz NL. Basic and clinical psychopharmacology of nicotine. Clin Chest Med 1991; 12: 681-99.
- 129- Haire-Joshu D, Morgan G, Fisher EB. Determinants of cigarette smoking. Clin Chest Med 1991; 12: 711-726.
- 130- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behavior. Am Psychol 1992; 47: 1102-1114.
- 131- Prochaska JO, DiClemente CC, Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research et Practice 1982; 19: 276-288.
- 132- Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representaives. A Clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service Report. JAMA 2000; 283: 3244-3254.
- 133- Sungur MZ. Alkol bağımlılığı tedavisinde nüks önleme modeli. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1996; 1: 299-304.
- 134- Özkan M, Relaps Nedenleri ve Önleme. Türk Toraks Derneği Okulu 11. Yıllık Kongre Kursları, Antalya 2008; 418-420.
- 135- Dale LC, Glover ED, Sachs DPL, et al. Bupropion for smoking cessation: Predictors of successful outcome. Chest 2001; 119: 1357-1364
- 136- Durcan MJ, Dener G, White J, et al. The effect of bupropion sustained release on cigarette craving after smoking cessation. Clin Therapeut 2002; 24: 540-541.
- 137- West R, Mc Neill , Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.
- 138- Demir T, Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Bakış, İn: Demir T. (Ed) Sigara ve sigara bırakma tedavileri, İstanbul 2005; 149-155.
- 139- Talwar A, Jain M, Vijayan VK. Pharmacotherapy of tobacco dependence. Med Clin N Am 2004; 88: 1517-1534.
- 140- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services; AHRQ publication No. 00-0032, 2000.

- 141- Öztuna F, Hastanın Değerlendirilmesi ve Tedavi Seçimi, Türk Toraks Derneği Okulu 11. Yıllık Kongre Kursları, Antalya 2008; 392-400.
- 142- Eter JF, Duc TV, Perneger TV. Saliva cotinine levels insmokers and non-smokers. *Am J Epidem* 2000; 151:251-258.
- 143- Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cesation and the source of major depression: A follow up study. *Lancet* 2001; 357: 1929-1932.
- 144- Hughes JR. Comorbidity and smoking. *Nicotine Tob Res* 1999; 1. 149-152.
- 145- Watkins C, Daniels L, Jack C, et al. Accuracy of a single question in screening for depression in a cohort of patients after stroke: comparative study. *BMJ* 2001; 323: 1159.
- 146- Batra A, Gelfort G, Bartles M. The dopamine D2 receptor (DRD2) gene-a genetic risk factor in heavy smoking? *Addict Biol* 2000; 5: 431-438.
- 147- Fagerström KO. Time to first cigarette; the best single indicator of tobacco dependence. *Monaldi arch Chest Dis* 2003; 59: 95-98.
- 148- Scanlon PD, Connett JF, Waller LA, et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161-: 381-390.
- 149- Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treting tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002; 121: 932-941.
- 150- World Health Organization. European partnership to reduce tobacco dependence: WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence . Geneva: WHO, 2001.
- 151- Fletcher C, Peto R. The naturel history of chronic airflow obstruction. *BMJ* 1977; 1: 1645-1648.
- 152- Fletcher C, Peto R, Tinker C, Speizer FE, eds. The natural history of chronic bronchitis and emphysema. Oxford, Oxford University Pres, 1976.
- 153- Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA* 1994; 272: 1497-1505.

- 154- Hand S, Edwards S, Campbell IA, Cannings R. Controlled trial of three weeks nicotine replacement in hospital patients also given advice and support. *Thorax* 2002; 57: 715-718.
- 155- Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: Acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res* 2000; 2: 19-37.
- 156- Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, et al. The genetic determinants of smoking. *Chest* 2003; 123: 1730-1739.
- 157- Aveyard P, Griffin C, Lawrence T, Cheng KK. A controlled trial of an expert system and self-help manual intervention based on the stages of change versus standard self-help materials in smoking cessation. *Addiction* 2003; 98: 345-354.
- 158- Quist-Paulsen P, Gallefos F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003; 327: 1254-1257.
- 159- Borland R, Balmford J, Hunt D. The effectiveness of personally tailored computer generated advice letters for smoking cessation. *Addiction* 2004; 99: 369-377.
- 160- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 3: CD001118.
- 161- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: CD001007.
- 162- Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: A high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390-417.
- 163- Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 3: CD000546.
- 164- Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf* 2001; 24: 277-322.
- 165- Le Foll B, Melihan-Cheinin P, Rostoker G, Lagrue G, for the working group of AFSSAPSSmoking cessation guidelines: Evidence-based recommendations of French Health Products Safety Agency. *European Psychiatry* 2005; 20: 431-441.

- 166- Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to maternal and fetal risk. Philadelphia, PA: Lippincott; Williams and Wilkins, 2002.
- 167- Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996; 335: 1792-1798.
- 168- Campbell IA, Prescott RJ, Teder-Burton SM. Transdermal nicotine plus support in patients attending hospital with smoking-related diseases: A placebo-controlled study. *Respir Med* 1996; 90: 47-51.
- 169- Tonnesan P, Mikkelsen KL, Markholst C, et al. Nurseconducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: A randomized controlled study. *Eur Respir J* 1996; 9: 2351-2355.
- 170- Garcia-Rio F, Serrano S, Mediano O, et al. Safety profile of bupropion for chronic obstructive pulmonary disease *Lancet*. 2001; 358: 1009-1010.
- 171- Glassman AH. Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 546-553.
- 172- Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004; 29: 1067-1083.
- 173- Glasman AH, Helzer JE, Covey LS, et al. Smoking, smoking cessation and major depression. *JAMA* 1990; 264: 1546-1549.
- 174- Snaith RP, Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 292: 344.
- 175- Beck AT, Steer R, Garbin M. Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of research. *Clinical Psychology Review* 1988; 8: 77-100.
- 176- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders* Washington CD, Ed. 4, revised version. American Psychiatric Association. 2000.
- 177- Sims TH, Fiore MC. Pharmacotherapy for treating tobacco dependence: What is the ideal duration of therapy? *CNS Drugs* 2002; 16: 653-662.
- 178- Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 1995; 25: 95-101.

- 179- Hughes JR. Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug problems. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10: 181-187.
- 180- Miller NS, Gold MS. Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment. *J Addict Dis* 1998; 17: 55-66.
- 181- Uzaslan E, Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedavi, Türk Toraks Derneği Okulu 11. Yıllık Kongre Kursları, Antalya 2008; 411-415.
- 182- Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Milles EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2006; 11; 6: 300.
- 183- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 1: CD000146.
- 184- Uzaslan E, Nikotin Replasman Tedavisi, İn: Demir T. (Ed) Sigara ve sigara bırakma tedavileri, İstanbul 2005;170-178.
- 185- Hjalmarson A, Franzon M, Westin A, Wiklund O. Effect of nicotine nasal sprey on smoking cessation. A randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Arch Intern Med*. 1994; 154: 2567-2572.
- 186- Hjalmarson A, Nilsson F, Sjoström L, Wiklund O. The nicotine inhaler in smoking cessation. *Arch Intern Med*. 1997, 157: 1721-1728.
- 187- Hurt RD, Sachs DP Glover ED et al. A comparison of sustained release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-1202.
- 188- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA at al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
- 189- Swan GE, McAfee T, Curry SJ et al. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2337-2344.
- 190- Wooltorton E. Bupropion (zyban, Wellbutrin SR): reports of deaths, seizures, serum sickness. *JAMA* 2002; 166: 68.
- 191- Demir T, Sigara Bırakmada Bupropiyon ve Diğer Nikotin Dışı Tedaviler. İn: Demir T. (Ed) Sigara ve sigara bırakma tedavileri, İstanbul 2005; 179-187.

- 192- Jonston JA, Fiedler-Kelly J, Glover ED et al. Relationship between drug exposure and the efficacy and safety of bupropion sustained release for smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2001; 3: 131-140.
- 193- Goetz CG, Taner CM, Klawans HL. Bupropion in Parkinson's disease. *Neurology* 1984; 34: 1092-1094.
- 194- Roddy E. ABC of smoking cessation. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *JAMA* 2004; 328: 509-511.
- 195- Tonstad S, Tonnesan P, Hajek P, et al. Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 64-71.
- 196- Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 56-63.
- 197- Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: Varenicline. *Int J Clin Pract* 2006; 60: 571-576.
- 198- Cleland JG, Ghosh J, Freemantle N et al. Clinical trials update and cumulative meta-analyses from the American College of Cardiology: WATCH, SCD-HeFT, DINAMIT, CASINO, INSPIRE, STRATUS-US, RIO-Lipids and cardiac resynchronisation therapy in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2004; 6: 501-508.
- 199- Da Costa CL, Younes RN, Lourenço MTC. Stopping Smoking. A prospective, randomized, double-blind study comparing nortriptyline to placebo. *Chest* 2002; 122: 403-408.
- 200- Kayaalp O. *Tıbbi Farmakoloji*. 4. Baskı, Ankara 1988, Cilt 2: 1089-1093.
- 201- Gourlay S, Stead L, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 3: CD000058.
- 202- Marlow SP, Stoller JK. Smoking cessation. *Respir Care* 2003 ; 48: 1238-1254.
- 203- Jackson G, Bobak A, Chorlton I et al. Smoking cessation: a consensus statement with special reference to primary care. *Int J Clin Pract* 2001; 55: 385-92.
- 204- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. *Thorax* 1998; 53 (Suppl 5, pt 1): 1-19.

- 205- Kottke TE, Battista RN, De Friese GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practise. A metaanalysis of 39 controlledtrials. JAMA 1988; 259: 2883-2889.
- 206- A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service report. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff and consortium representatives. JAMA 2000; 283: 3244-3254.
- 207- Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadağ M et al. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. Annals of Medical Sciences 2000; 9: 63-69.
- 208- Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. Toraks Dergisi 2003; 4: 73-77.
- 209- Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. Tuberk Toraks 2004; 52: 29-74.
- 210- Wilson DH, Wakefield MA; Steven ID et al. "Sick of smoking" : Evelation of targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. Med J Aust 1990; 152: 518- 521.
- 211- Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E ve ark. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Dergisi 2005; 6: 151-158.
- 212- Demir T, Tutluoğlu B, Koç N ve ark. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52: 63-68.
- 213- Schaster S. Recidivism and self cure smoking and obesity. Am Psychol 1982; 37: 436-444.
- 214- Rzewnicki R, Forgays DG. Recidivism and self cure of smoking and obesity: an attempt to replicate. Am Psychol 1987; 42: 97-100.
- 215- Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması: PİAR Araştırması Ltd Şti. Ocak 1988.
- 216- Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. Toraks Dergisi 2004; 5: 6-12.
- 217- Kıter G, Başer S, Akdağ B, Ekinci A ve ark. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2008; 56(1): 30-36.

- 218- Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z A, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006; 7(1): 51-64.
- 219- Kaufman N, Yach D. Tobacco control-challenges and prospects. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 867.
- 220- Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362: 847-52.
- 221- Çan G. Sigara Epidemiyolojisi. İn: Özyardımcı N. (Ed) *Sigara ve Sağlık*, Bursa; 2002: 49-58.
- 222- Özlü T, Gençlik ve Sigara. İn: Özyardımcı N. *Sigara ve Sağlık*, Bursa 2002;74-84.
- 223- Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A ve ark. Manisa ilinde lise öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları. *Toraks Dergisi* 2000; 1: 61-66.
- 224- Arbak P, Erdem F, Karacan Ö, Özdemir Ö. Düzce Lisesi öğrencilerinde sigara alışkanlığı. *Solunum* 2000; 2: 17-21.
- 225- Şahin Ü, Öztürk T, Kara A ve ark. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanım ve bağımlılık düzeylerini etkileyen faktörlerin irdelenmesi. *Akciğer Arşivi* 2000; 2: 70-75.
- 226- Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi* 2001; 2: 49-53.
- 227- Ögüş C, Özdemir T, Kara A ve ark. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem I ve VI öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları. *Akciğer Arşivi* 2004; 5: 131-142.
- 228- Ceylan E, Yanık M, Gencer M. Harran Üniversitesinde kayıt yaptıran öğrencilerin sigaraya karşı tutumlarını etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi* 2005; 6: 144-150.
- 229- Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 1579-80.
- 230- Yazıcı H, Çetinkaya B, Kahveci H, Demirci S. Genç bireylerde depresif belirtiler ve sigara içmeye dönük tutumlar. *Bağımlılık Dergisi* 2007; 8: 79-84.
- 231- Tütün kullanımında global trendler. Sigara içmenin sağlık üzerindeki sonuçları. *Salgını Durdurmak*. (Çev. Taş Ş). *Yöntemler ve Tütün Kontrolünün*

Ekonomisi. İstanbul: Dünya Bankası Yayını. Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş.2000: 1-28.

232- Peşken Y, Canbaz S, Sünter AT, Tunçel EK. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Bağımlılık Dergisi, 2005; 6: 111-116.

233- Açikel CH, Kılıç S, Uçar M, Yaren H, Türker T. Astsubay Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu ve Etki Eden Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(8): 178-185.

234- Gündüz Telli C G, Erdinç E. Sigara Bırakma Tedavisinin Sonuçları. Toraks Dergisi 2003; 4(1): 73-77.

235- Demirel Y, Sezer E. Sivas Bölgesi, Üniversite öğrencilerinde Sigara Kullanma Sıklığı. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 2005; 27(1): 1-6.

236- Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir İli Lise öğrencilerinin Sigara Alışkanlığını Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi Aralık 2001; 2(3).

237- Danacı A.E, Yorgancıoğlu A, Çelik P, Topçu F, Şen F.S. Manisa İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçmeye Karşı Tuumları. Toraks Dergisi, 2000; 1(3) : 10-16.

238- Kutlu R, Çivi S. The Frequency and Affecting Factors of Smoking Among the Students at Sehdisehir Vocational School. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 71-79.

239- CDC. Health Objectivesw for the Nation Cigarette Smoking Among Adults, United States. 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1994; 43: 925-930.

240- Hatzianreou EJ, Pierce JP, LefkopoulounM et al. Quenting smoking in the United States in 1986. J Natl Cancer Inst 1990; 82: 1402-6.

241- Fiore MC, Novontny TE, Pierce JP et al. Trens in cigarette smoking in the United States. The changing influence of gender and race. JAMA 1989; 261: 49-55.

242- Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, et al. Has the California tobacco control program reduced smoking? JAMA 1998; 280: 893-899.

243- Hu TW, Sung HY, Keler TE. Reducing cigarette consumption in California: Tobacco taxes vs an anti-smoking media campaign. Am J Public Health 1995; Oct 85: 1218-1222.

244-Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of couselfing smokers to quit. JAMA 1989; 261: 75-79.

- 245- Tsevat J. İmpact and cost-effectiveness of smoking interventions. *Am J Med* 1992; 93: 43-47.
- 246 Cromwell J, Bartosch WJ, Fore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *JAMA* 1997; 278: 1759-1766.
- 247- World Bank. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, Washington: World Bank, 1999.
- 248- Uzaslan E. Sigaranın bırakılmasında hekimin rolü ve sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaya yaklaşım. *Akciğer Arşivi* 2003; 4: 225-234.
- 249- Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ et al. Training phsicians in counseling about smoking cessation. A randomized trial of the “Quit for life” program. *Ann Intern Med* 1989; 110: 640-647.
- 250- Tutluoğlu B. Sigara bırakma yöntemleri. *Solunum* 2003; 5: 230-236.
- 251- Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005; 6(3): 27-34.
- 252- Monso E, Campbell J, Tonnesan P, Gustavson G. Sociodemographic predictors of succes in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001; 10: 165-169.
- 253- Niu T, Chen C, Ni J, Wang B. Nicotine dependence and its familial agregation in chinese. *J Epidemiol* 2000; 29: 248-252.
- 254- Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behov*, 2004; 29: 1067-1083.
- 255- Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet*, 2001; 357: 1929-1932.
- 256- Glassman AH, Helzer JE, Covey LS et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *J Am Med Assoc*, 1990; 264: 1546-1549.
- 257- Balbay Ö, Annakakaya A N, Aytar G, Bilgin C. Düzce tıp fakültesi göğüs hastalıkları sigara bırakma polikliniği sonuçları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 3: 10-14.

- 258- Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskı (DSM-IV-TR) (Köroğlu E; Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
- 259- World No Tobacco Day, <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/en/> (Erişim Tarihi: 23 Mayıs 2005 Akvardar Y. Alkol ile ilişkili bozuklukların Epidemiyolojisi Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri 2005; 1(47): 5-9.
- 260- Doğan YB. Bağımlılık kavram ve anlayışı. Dilbaz HN; ed. Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. Ankara; 1998: 1-8.
- 261- Barut Y. Üniversite öğrencilerinin sigara-alkol-ilaç alma ve uyşturucu madde kullanılmasının araştırılması. Sağlık Dergisi 1992; 64: 1-11.
- 262- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008.
- 263- Öztuna F, Özlü T, Çan G, Bülbül Y. Sigara Bırakma Polikliniğimize başvuranların sigara içme davranışlarının irdelenmesi. Toraks Derneği 4. yıllık Kongresi Bildiri Özetleri, 76.
- 264- Kocabaş A. Türkiye’de sigara içme alışkanlığının yaygınlığı ve bazı özellikler. Solunum Hastalıkları 1994; 5: 133-147.
- 265- Kocabaş A. Orta dereceli okul öğrencilerinde sigara içme alışkanlığı, okul içi etkinlikler ve bazı aile özellikleri arasındaki ilişkiler. Ankara Tıp Mecmuası 1988; 41: 41-54.
- 266- Özlü T. Sigara Hakkında Bilmek İstedikleriniz. Popüler Sağlık Kitapları Dizisi, Derya Kitabevi, Trabzon, 2000.
- 267- Özlü T. Gençlik ve Sigara. İn: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa 2002; 74-84.
- 268- Newcomb PA, Carbone PP. The health consequences of smoking: Cancer. Med Clin North Am 1992; 76: 305-331.
- 269- Gözü O R. Akciğer Kanseri Etyoloji. İn: 2000’li Yıllarda Akciğer Kanseri, Tanı ve Tedavide Temel İlkeler ve Uygulamalar. Bursa. Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. şti. Yayınları 2001; 47-49.
- 270- Aydılek R, Kunter E. Akciğer Kanseri. İstanbul, 1995.
- 271- İlker O. Erken Yaşta Sigara Alışkanlığı. Tüberküloz ve Toraks 1980; 28: 3-4: 159.

- 272- Köksal C. Sigara alışkanlığının psikososyal sebepleri. *Tüberküloz ve Toraks* 1980; 28: 180.
- 273- Akkoçlu A, Öztürk C. Akciğer Kanserinde Multidisipliner Yaklaşım. *Toraks Kitapları*. Sayı : 1. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi. 1999.
- 274- Sungur C. Tütün ve İnsan Sağlığı. *Tüberküloz ve Toraks*. 1980; 28: 3-4.
- 275- Miller SN, Cocores JA. Nicotine dependence: Diagnosis, chemistry and pharmacologic treatments. *Pediatrics in Review* 1993; 14: 275-279.
- 276- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey S. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği *Türk Psikiyatri Dergisi* 1977; 8: 280-287.
- 277- 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.
- 278- West R, Shiffman S. *Fast Facts: Smoking Cessation*. Oxford, Health Press, 2007.
- 279- McEwen A, Hajek P, McRobbie H, West R. *Manual of Smoking Cessation. A Guide for Counsellors and Practitioners*. Blacwell Publishing, London, 2006.
- 280- www.dumansizhavasahasi.org.tr
- 281- www.havanikoru.org.tr
- 282- Taylor AE, Johnson DC, Kazemia H. Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease. *Circulation* 1992; 86: 1-4.
- 283- National Cancer Institute. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: the report of the California Environmental Protection Agency. *Smoking and Tobacco Control Monography No 10*. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Cancer Institute, 1999. NIH Publication No 99- 4645.
- 284- Kawachi I, Colditz GA. Workplace exposure to passive smoking and risk of cardiovascular disease: summary of epidemiologic studies. *Environ Health Perspect*. 1999; 107(6): 847-851.
- 285- Thun M, Henley J, Apicella L. Epidemiologic studies of fatal and nonfatal cardiovascular disease and ETS from spousal smoking. *Environ Health Perspect*. 1999; 107(6): 841-846.

- 286- He J, Vupputuri S, Allen K, et al. Passive smoking and the risk coronary heart disease: a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med.* 1999; 340: 920-926.
- 287- Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tob Control.* 1999; 8: 156-160.
- 288- Binder RE, Mitchell CA, Hasein HR, Bouhuys A. Importance of the indoor environment in air pollution exposure, *Arch. Environ. Health* 1976; 31: 277-279.
- 289- Dağlı E, Başaran M, Hayran O, Kurtulan E, Sağlam E, Alaçal K. Prevalance of asthma in two district around in İstanbul with different levels of air pollution. *Eur Respir J* 1993; 6(17): 616.
- 290- Gervais A. Et al. Managing tobacco use and addiction. Baurbeau J, Nault D, Boryeki E (edu) *COPD.* BC Decker Inc 2002: 45-63

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ
DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih:		Protokol No:	
Adı Soyadı:			
Doğum Yeri ve Yılı:			
Cinsiyeti:			
Medeni Durumu:			
Eğitim Durumu:	1. Okur- yazar değil 2. Okur- yazar 3. İlkokul	4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite	
Meslek:			
Yaptığı İş:			
Adres: e-mail:			Telefon Numarası:

Başvuru: 1. Doktor önerisi

2. Kendi isteği ile

3. Diğer

SİGARA ANAMNEZİ

Sigarayı ilk kez kaç yaşında içtiniz:

Sigaraya başlama nedeni:

1. Merak	1. Özenti
2.Çevrenin psikolojik baskısı	2. Yasağa tepki
3.Kendini ispatlama	3. Stres, üzüntü
Diğer	

Sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişiklikler

Değişmedi	Azaldı
Arttı	Aynıydı yıldır arttı.

Şuanda günde içtiği sigara miktarı:

Sigara tüketimi (Paket yılı):

Sigara tipi :

Filtreli	Filtresiz
Diğer (puro, pipo)	

Sigarayı bırakmayı isteme nedenleriniz:

1. Şu andaki hastalık	6. Toplum baskısı
2. İleride hastalanma korkusu	7. Utandığım için
3. Çevreme zarar veriyor	8. Kokusundan öğrendiğim için
4. Ekonomik nedenler	9. Doktor önerisi
5. İnançlarından dolayı	10. Çevreye iyi örnek olmak için
11.İşyeri baskısı	12.Diğer.....

Daha önce sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?

Evet	Hayır
------	-------

Daha önce bırakmayı denediniz mi?

Evet	Kaç kez:	En uzun bırakabildiğiniz süre:
Hayır		

Daha önce bırakmayı denediğinde karşılaştığı güçlükler nelerdir?

1. Sinirlilik	7. Kabızlık
2. Konsantrasyon bozukluğu	8. Baş ağrısı
3. Baş ve yüzde uyuşma	9. Zorluk yok
4. Uyku bozukluğu	10. İştah artışı
5. Dengesizlik	11. Ağız yaraları
6. Aşırı sigara içme isteği	12.Diğer

Profesyonel destek aldınız mı?

Hayır

Evet

Cevabınız evetse yöntem nedir?

1.Farmakolojik(isim belirtiniz)	4. Psikiyatrik
2. Akupunktur	5.Diğer
3. Hipnoz	

YAKIN ÇEVRE ANAMNEZİ:

Evde kendisinden başka sigara içen var mı?

İş yerinde birlikte çalıştığı kişiler sigara içiyor mu:

Evinde sigara içmeyen fakat kendisinin içtiği sigara dumanına maruz kalan kaç

kişi var?

İş yerinde günde yaklaşık kaç sigara içiyor:

Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirir, hobileri nelerdir?

Devamlı kullandığınız bağımlılık yapıcı madde var mı?

Alkol	Miktarı.....
Diğer	

Sigara içme isteğini artıran nedenler?

1. Çay	4. Kahve
2. Yemekten sonra	5.Alkol
3. Stres	6.Diğer

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ

NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ TESPİT FORMU

1. Günde kaç sigara içiyorsunuz?

10 taneden az	0 puan	
11-20	1 puan	
21-30	2 puan	
31 ve daha fazla	3 puan	

2. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

İlk 5 dakika içerisinde	3 puan	31 – 60 dakika içinde	1 puan
6-30 dakika içerisinde	2 puan	1 saatten sonra	0 puan

3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

Evet 1 puan
Hayır 0 puan

4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

Sabah içilen ilk sigara 1 puan
Diğerleri 0 puan

5. Sigarayı günün ilk saatlerinde , daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

Evet 1 puan
Hayır 0 puan

6. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız , yine de sigara içer misiniz?

Evet 1 puan
Hayır 0 puan

Sonuç:puan

Değerlendirme

- 0-2 çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
- 3-4 düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
- 5 orta düzeyde nikotin bağımlılığı
- 6-7 yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı
- 8-10 Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ
MUAYENE FORMU

Adı Soyadı

Boy:

Yaşı:

Kilo:

SİSTEM SORGULAMASI:**Baş ve Boyun**

Baş ağrısı- dönmesi:	Pashı dil:
Gözlerde kızarıklık - kanlanma:	Kötü tat:
Dişlerde sararma:	Burun tıkanıklığı:

Solunum sistemi yakınmaları

Öksürük:	Kan tükürme:
Balgam:	Göğüs ağrısı:
Nefes darlığı:	

Kardiyovasküler sistem yakınmaları

Angina:	Ortopne:
PND:	Çarpıntı:

Gastrointestinal sistem yakınmaları

Bulantı- kusma:	Kabızlık:
İshal:	Midede ekşime yanma:

Ürogenital sistem yakınmaları

Noktüri	Libido kaybı:
Dizüri::	

Nörolojik sistem yakınmaları

Konvüzyon:	Serebrovasküler Cerrahi:
Epilepsi	Kafa travması:

Psikiyatrik problemler:

Daha önce psikiyatrik tedavi (ilaç, grup terapi... vb) gördü mü?

Son 2 haftadır kendini nasıl hissediyor? (Ek – 2'deki test uygulanacak)

Değerlendirme Ölçeği: 1,3,5,7,9,11,13 Nolu Sorular Anksiyeteyi Ölçer Skor 10 Ve Üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir. 2,4,6,8,10,12,14 Nolu Sorular Depresyonu Ölçer Skor 7 Ve Üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir.

Anksiyete skoru:.

Depresyon skoru:

ÖZGEÇMİŞİ:

Geçirdiği Hastalıklar

İlaç Hikayesi: (Aurorix, Lobem, Moverdin, Seldepar = MAO İn.)

Kaza-Operasyon Hikayesi

SOY GEÇMİŞİ:

Diabet:

İnfarktüs:

Angina:

Hipertansiyon:

Hiperlipidemi:

Akciğer kanseri:

Diğer kanserler:

Kronik bronşit:

Peptik ulcus:

Damar tıkanıklığı(Periferik, serebrovasküler):

FİZİK MUAYENE:

(Ruhsal durum, Dişler, dil, bilateral nabızlar, periferik dolaşım, solunum sistemi etkileri)

Tansiyon Arteriyel:

Nabız:

Solunum Sayısı:

Cilt- mukoza

Baş- boyun

Solunum sistemi

Kardiyovasküler Sistem

Gastrointestinal Sistem

Genitoüriner Sistem

Diğer

LABORATUVAR SONUÇLAR

1. Hemogram : Lökosit:
Hgb:
Hct:
Trombosit:
2. Biyokimya : Kolesterol: Trigliserid:
HDL: ALT:
LDL: AST:
3. Ac grafisi
4. EKG :
- 5.CO :
Karboksi Hb
- 6.SFT :

1. Yıl	Başlangıç	3.ay	6.ay
FVC			
FEV1			
FEV1/ FVC			
FEF25-75			

EK- 2:

Son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman 3
- Birçok zaman 2
- Zaman zaman ,bazen 1
- Hiçbir zaman 0

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar 0
- Pek eskisi kadar değil 1
- Yalnızca biraz eskisi kadar 2
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil 3

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli 3
- Evet,ama çok da şiddetli değil 2
- Biraz,ama beni endişelendiriyor 1
- Hayır hiç öyle değil 0

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar 0
- Şimdi pek o kadar değil 1
- Şimdi kesinlikle o kadar değil 2
- Artık hiç değil 3

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman 3
- Birçok zaman 2
- Zaman zaman , ama çok sık değil 1
- Yalnızca bazen 0

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Çoğu zaman 0
- Bazen 1
- Sık değil 2
- Hiçbir zaman 3

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle 0
- Genellikle 1
- Sık değil 2
- Hiçbir zaman 3

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman 3
- Çok sık 2
- Bazen 1
- Hiçbir zaman 0

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman 0
- Bazen 1
- Oldukça sık 2
- Çok sık 3

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle 3
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum 2
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum 1
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum 0

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla 3
- Oldukça fazla 2
- Çok fazla değil 1
- Hiç değil 0

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar 0
- Her zamankinden biraz daha az 1
- Her zamankinden kesinlikle az 2
- Hemen hemen hiç 3

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık 3
- Oldukça sık 2
- Çok sık değil 1
- Hiçbir zaman 0

14) İyi bir kitap,televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla 0
- Bazen 1
- Pek sık değil 2
- Çok seyrek 3

İZLEM

Adı- soyadı

Kontrol şekli:

Yüz yüze:

Telefon:

Protokol no

Eğitim aldı mı?

Dia:

Broşür

Seminer

Diğer

Kaçınıcı kontrol

Kilo:

Bırakma tarihi

Bu sürede sigara içti mi

Kaç tane

Nedeni

Sigara bırakma yöntemi

Ek tedavi alıyor musunuz?

Ek şikayetiniz var mı?

Bırakma döneminde gözlenen sorunlar:

1. Sinirlilik	8. Depresif durum
2. Huzursuzluk	9. İştah artışı- kilo alma
3. Konsantrasyon zorluğu	10. Titreme
4. Uykusuzluk	11. Çarpıntı
5. Endişe	12. Kabızlık
6. Yorgunluk	13. Uykuya eğilim
7. Anormal rüya görme	14. Diğer

Kontrol CO

COHb

Fizik Muayene:

