



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BAĞIMLILARININ UZUN DÖNEMDE SİGARA
BIRAKMADA AİLELERİNDEN VE SOSYAL
ÇEVRELERİNDEN ALDIKLARI DESTEĞİN
ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Çiğdem AKYÜZ

Samsun-2016



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BAĞIMLILARININ UZUN DÖNEMDE SİGARA
BIRAKMADA AİLELERİNDEN VE SOSYAL
ÇEVRELERİNDEN ALDIKLARI DESTEĞİN
ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Çiğdem AKYÜZ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. B. Murat YALÇIN

Samsun-2016

TEŞEKKÜR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içinde eğitimime katkıda bulunan tüm değerleri hocalarıma;

Asistanlık süresi boyunca ve araştırmanın gerçekleşmesinde her türlü desteği sağlayan tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. B. Murat Yalçın'a,

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım sayın hocam Doç. Dr. Füsün Ayšın Arttıran İğde'ye

Eğitim sürecimizde her türlü desteği veren, şu an yanımızda olmasa da unutmayacağımız Prof. Dr. Füsün YARIŐ hocama;

Asistanlık sürecinde bana destek olan ve bu sürecin zevkli geçmesini sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma;

Hayatımın her anında her zaman arkamda olan beni yalnız bırakmayan anneme,varlığıyla her zaman bana güven kaynağı olan babama, hayatıma anlam katan eşim ve canım kızlarıma;

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

DR. Çiğdem Akyüz

2016,Samsun

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLO LİSTESİ.....	V
GRAFİK VE ŞEKİL LİSTESİ.....	VII
KISALTMALAR	VIII
ÖZET.....	IX
ABSTRACT	XI
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1.Giriş.....	1
1.2.Amaç	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Sigaranın Tanımı	2
2.2.Sigaranın Tarihçesi.....	2
2.3.Sigaranın Epidemiyolojisi	3
2.3.1.Dünyada Tütün kullanımı	3
2.3.2.Türkiye de tütün kullanımı.....	4
2.4.Sigara Dumanının Farmakolojisi	6
2.5.Tütün kontrolü.....	8
2.5.1.Dünyada tütün kontrolü	8
2.5.2.Türkiye'de Tütün Kontrolü	10
2.5.2.1. 1983 Öncesi Dönem	10
2.5.2.2. 1983 – 1996 Arası Dönem	11
2.5.2.3. 1996 Sonrası ve Günümüz	12
2.6.Tütün bağımlılığı.....	13
2.6.1.Tütün bağımlılığının biyofizyolojisi	13
2.6.2. Tütün Bağımlılığın Değerlendirilmesi	14
2.7. Sigara bıraktırma tedavileri.....	16
2.7.1. Transteorik Model.....	16
2.7.2. Sigara Birakma Tedavisinde 5a 5r kavramları.....	17
2.7.2.1. 5A Kavramları.....	17
2.7.2.2.5R STRATEJİLERİ	19

2.7.3. Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedavi	20
2.7.3.1.Nikotin Yerine Koyma Tedavisi	21
2.7.3.1.1. Nikotin Bandı	21
2.7.3.1.2.Nikotin Nazal Sprey	22
2.7.3.1.3.Nikotin Sakızı	22
2.7.3.1.4.Nikotin sublingual tablet:	22
2.7.3.1.5. Nikotin pastil:	22
2.7.3.1.6. Nikotin inhalatör:.....	22
2.7.3.2. İlaç Tedavileri	22
2.7.3.2.1.Bupropion HCL	22
2.7.3.2.2. Vareniklin	23
2.8. Sigara ve Aile Hekimliği.....	24
2.9. Sosyal Destek	27
2.10.Sigara ve Hastalık.....	28
3.MATERYAL VE METOD	30
3.1.Araştırmanın Tipi ve Araştırma Sorusu	30
3.2. Araştırmanın Evreni	30
3.3. Örneklem Seçimi.....	30
3.4. Araştırmanın Metodolojisi	30
3.5. İstatiksel Analiz.....	31
3.6. Araştırmada karşılaşılan güçlükler ve kısıtlılıklar	31
3.7. Etik Kurul.....	32
4.BULGULAR	33
4.1. Çalışmaya katılanların sosyodemografik verileri.....	33
4.1.1.Cinsiyet	33
4.1.2 Yaş	33
4.1.3 Medeni Durum	33
4.1.4.Meslekler.....	34
4.2.Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların sigara içme durumları ve sigara içme özellikleri ...	34
4.2.1.Hastalardaki nikotin bağımlılığı düzeyi (FNBT skorları).....	34
4.2.2.Hastalarımızın paket/yıl ortalamaları.....	36
4.2.3.Katılımcıların evinde diğer sigara içen kişiler	36
4.3.Hastaların Kullandığı Sigara Bırakma Yöntemleri ve Tedavi Süreleri.....	38

4.3.1. Motivasyonel Görüşme (MG).....	38
4.3.2 Nikotin Replasman Tedavileri	38
4.3.3.İlaçlar	38
4.3.4. Başvuru Sayısı	39
4.4.Tedavi Sonrası Vakaların Sigara Kullanma Durumları	39
4.4.1. Sigarayı bırakıp yeniden başlayanların sigarayı bırakma süreleri ve tekrar başlama nedenleri.....	41
4.5.Ailevi ve sosyal destek puanları karşılaştırması	42
4.6.Sigara bırakma durumuna göre düzenlenen tedaviler	45
4.7.Sigara içme durumuna göre destek puanları karşılaştırılması.....	45
4.8. Sigara Bırakma Üzerine Etkili Olan Faktörler	47
5.TARTIŞMA	50
6.SONUÇLAR	63
7.KAYNAKLAR.....	67
8.EKLER.....	77
EK-1	77
EK-2.....	78
9.ÖZGEÇMİŞ	79

TABLO LİSTESİ

Tablo.2.3.2.1 Türkiye’de tütün üretim ve tüketimi (1989-2006)

Tablo 2.3.2.2. Türkiye’de yaş gruplarına ve cinsiyete göre her gün ve ara sıra tütün kullanımı (%) 2008 – 2012.

Tablo 2.4.1.Filtresiz sigarada ana akım ve yan akım içeriğini oluşturan toksik bileşikler

Tablo 2.6.2.1.Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Tablo 2.7.1.1.Değişim Evreleri

Tablo 2.7.2.1.1. 5A kavramları

Tablo 2.7.2.2.1. 5R Kavramları

Tablo 2.7.2.2.2.Destek Görüşme Stratejileri

Tablo 2.7.3.2.2.1.Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki ve kontrendikasyonları

Tablo 4.3.1.1. Cinsiyetlere göre vakaların medeni durumu

Tablo 4.1.4.1 Mesleklerin cinsiyetlere göre dağılımı

Tablo 4.2.1.1: Cinsiyetlere göre FNBT skorları ile belirlenen bağımlılık düzeyi grupları

Tablo 4.2.3.1. Cinsiyete göre evde sigara içen kişi durumu

Tablo 4.3.2.1. Cinsiyetlere göre NRT kullanma oranları

Tablo 4.3.3.1. Cinsiyetlere göre ilaç kullanım oranları

Tablo 4.4.1. Cinsiyetlere göre sigara bırakma durumları

Tablo 4.5.1. Cinsiyete göre ailenin ve sosyal çevrenin sigara bırakma kararı, sigara bırakılması ve sürdürülmesindeki etkisi

Tablo 4.8.1.: Modeldeki Değişkenlerin Homojenite Dağılımı

Tablo 4.8.2.: Sigara Bırakma Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisini Araştıran İkili Mantıksal Regresyon Modeli

Tablo 4.8.3.: Bağımsız değişkenlerin birbirleri ile olan korelasyonel matriks ilişkisi



GRAFİK VE ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.3.1.1. Dünyada yetişkinlerin bir yılda tükettiği sigara sayısı

Şekil 2.5.1.1.Dünyadaki ölüm nedenleri

Grafik 2.5.2.3.1.:4207 sayılı kanunun yürürlüğe girmesinden önce ve sonrasında bazı kapalı ortamlarda PM 2,5 düzeylerindeki azalma(%)

Grafik 4.5.1.1. Cinsiyetlere göre sigara bırakma nedenleri



KISALTMALAR

MG:Motivasyonel görüşme

NRT:Nikotin replasman tedavisi

OMÜTF: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

KYTA: Küresel Gençlik Tütün Kullanımı Araştırması 2009

MPOWER: Küresel Tütün Kontrolü için Politika Paketi

TTM: Transtheoretical Model

NNS:Nikotin nazal sprey

YTD: Yaşam Tarzı Değişikliği

KETEM:Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

ÖZET

Amaç: Sigara bağımlılığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir toplum sağlığı problemidir. Tütün bitkisi içinde bir çok kimyasal madde barındırır da kimyasal bağımlılıktan nikotin sorumludur. Bir kez nikotin bağımlısı olduktan sonra bu bağımlılıktan kurtulmak çok zordur. Sigara bırakma kararının alınması kişisel olmakla birlikte kişilerin bu kararı almasında ailenin ve sosyal çevrenin rolü olmaktadır. Sigara bırakma süreci zordur ve kişi yoğun stres altında kalabilir. Nikotin yoksunluğuna bağlı geri çekilme atakları süresince kişide öfke atakları görülebilir. Bu dönemde kişi yoğun sosyal ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyar. Bu araştırmada sigara bağımlılarının uzun dönemde sigara bırakmada ailelerinden ve sosyal çevrelerinden aldıkları desteğin etkisi araştırılacaktır.

Materyal metod: Bu çalışma ocak 2012-ocak 2013 tarihleri arasında OMUTF Sigara Bıraktırma polikliniğine başvuran 504 kişinin dosyaları taranarak kişilerin sosyodemografik verileri, sigara kullanma özellikleri, FNBT skoru, aldıkları tedavi yöntemleri not edilmiştir. Yaklaşık 3 yıl sonra hastalar telefonla aranarak beş dakikalık yapılandırılmış bir görüşme gerçekleştirilmiş ve hastaların sigarayı bırakıp bırakmadıkları, bırakanların ne kadar süreyle bıraktıkları sorulmuştur. Daha sonra kişilere sigara bırakma aşamasında , sigarayı bırakırken, sigarasız dönemin sürdürülmesinde aile ve sosyal çevrenin etkili olup olmadığı sorulmuştur.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 504 kişiden 311 (% 61,7) i erkek, 193 (%38,3) ü kadındı. Grubumuzun ortalama yaşı $40,6 \pm 12,5$ yıl idi (en az=15, en çok=72). Erkekler ($39,4 \pm 13,1$) ile kadınlar ($42,5 \pm 11,3$) arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=2,716, p=0,007$). 254 kişi (%80,1) evli, 61 kişi (%19,2) ise bekârdı. Çalışma grubumuzun sigara bağımlılık durumunu gösteren FNBT skoru ortalama $5,8 \pm 2,4$ puandı (en az=0, en çok=10). Erkeklerin FNBT skoru ortalama $6,03 \pm 2,3$ puan iken kadınların FNBT skoru ortalama $5,57 \pm 2,5$ puan idi. Vakaların paket/yıl değeri $24,1 \pm 18,7$ idi (en az=1 en çok=120). Erkeklerin paket/yıl ortalaması $26,7 \pm 20,6$ iken kadınların paket/yıl ortalaması $19,9 \pm 14,4$ olarak hesaplanmıştır. Her iki cinsiyet arasında hem FNBT skoru hem de paket/yılları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu izlendi ($t=1.991, p=0,047$), ($t=3.749, p<0,001$). Tüm hastalara YTD ve MG uygulanmıştır. 83 vakaya (%25) sadece MG eşliğinde YTD önerileri verilirken, 125 kişiye (%37,8) bunlara ek olarak NRT başlanmıştır. Vakaların % 36,7'si (n=121) hiçbir ilaç kullanmazken, %20,6'sı (n=68) Vareniklin, %42,7'si (n=141) Bupropion tedavisi görmüştür. İlaç (Vareniklin veya Bupropion) tedavisi alan

vakaların (n=209) toplam %25,8'i (n=54) tedavinin başlangıcından iki yıl sonra hala sigara içmemekte de idi. NRT tedavisini tercih eden 125 vakanın %25,8'i (n=34) sigarayı bırakmış iken, ilaç ile kombine tedavi alanların %26,4 ü (n= 87) , sadece MG ve YTD önerileri verilen 83 vakanın %24ü (n=20) sigarayı bırakmışlardır.

Erkeklerde sigara bırakma kararını alırken, sigarayı bırakma aşamasında ve sigara bırakma kararının sürdürülmesi aşamasında sigarayı bırakanlarla, sigarayı hiç bırakmayanlar ve bırakıp yeniden başlayanlar arasında aileden aldıkları destek puanları açısından anlamlı fark saptanmazken arkadaşlarından aldıkları destek puanları açısından anlamlı fark vardı.

Kadınlarda ise sadece sigara bırakma kararını verme aşamasında sigarayı bırakanlarla, sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar ve sigarayı hiç bırakmayanlar arasında arkadaşlarından aldıkları destek puanları açısından anlamlı fark saptanmıştır.

Regresyon Analizine göre sigara bırakma üzerinde toplam sosyal ve ailesel destek puanı, FNBT skoru ve toplam tedavi süresi, bağımsız etkili faktördür.

Sonuç=Sigarayı bırakan erkekler sigara bırakma kararını alırken, sigarayı bırakırken ve sigara bırakma kararını devam ettirirken ailevi destek puan ortalamaları sosyal destek puan ortalamalarından daha yüksek olmasına rağmen arkadaşlarından daha fazla etkilenmişlerdir.

Sigarayı bırakan kadınlar sigara bırakma kararını verme aşamasında ,sosyal çevresinden daha fazla etkilenmelerine rağmen, sigarayı bırakma aşamasında ve sigara bırakma kararının sürdürülmesi aşamasında sosyal çevreden ve aileden etkilenmemişlerdir.

ABSTRACT

Aims: Tobacco dependence is a significant public health problem in our country as well as all over the world. Tobacco plants contain many of the chemical substances, though nicotine is known to be responsible for the chemical addiction. Once you become addicted to nicotine addiction it is very difficult to get rid of it. Smoking cessation of receipt of the decision is a personal one, but it is the role of the family and the social environment in taking this decision. Smoking cessation process is hard and people can remain under considerable stress. During the retreat attacks due to nicotine abstinence person in anger attacks occur. During this period, people need intensive social and psychological support. In this study, the influence of the support that smoking addicts receive from family and the social environment in the long term smoking cessation success will be researched.

Material and Methods: Total 504 people, smoking and consulted to OMU Medical Faculty Smoking Cessation Clinic to stop smoking between January 2012 and January 2013 were chosen. Of them, 300 who were reached by calling are included this study. Retrospectively files are scanned and sociodemographic data, FTND score, smoking characteristics and treatment methods which they receive are noted. Approximately three years later participants are called by telephone and we asked them if they stop smoking and duration of smoking cessation. And then we asked them while deciding to quit smoking, at the stage to quit smoking and at the stage of maintaining to quit smoking if they receive support from the family and friends.

Results: In this study, 311 (61,7 %) of the group are men and 193 (38,3%) are women. Mean age is $40,6 \pm 12,5$ years. Between the ages of men and women there is a statistically significant difference. 254 (80,1 %) of patients were married. Their usage of tobacco was $24,1 \pm 18,7$ package/year and they had a mean score of $5,8 \pm 2,4$ from Fagerstrom Nicotine Dependence Test. Between two genders both FTND score both pack/year is a statistically significant difference was observed ($t=1,991$, $p=0,047$), ($t=3,749$, $p<0,001$). In programme of smoking cessation, all patients have been advised to life style modification and a motivational approach has been used. % 37,8 of them received additional nicotine replacement therapy, 20,6 % of them received additional varenicline, %42,6 of them received bupropion. The smoking cessation rates varied according to the method for the therapy was as follows; from 83 patients who had received motivational approach was 24 %, 125 patients

who had received Motivational Approach and Nicotine Replacement Therapy was 25,8 %, 209 patients who had received Motivational Approach and drug therapy was 25,8 %.

In men; while deciding to quit smoking, at the stage to quit smoking and at the stage of maintaining the decision to quit smoking; there wasn't a significant difference in terms of support points they received from the family between those who quit smoking, who never stopped smoking and who relapsed smoking. But there was a significant difference in terms of support points they received from friends. In women ,only while deciding to quit smoking there was a significant difference in terms of support points they received from friends between those who quit smoking, who never stopped smoking and who relapsed smoking

According to the regression analysis of social and familial support total score, FTND score and total treatment time on smoking cessation is independent influential factors.

Conclusion: The men who quit smoking ;while deciding to quit smoking, at the stage to quit smoking and at the stage of maintaining the decision to quit smoking; are affected more than friends although the average support score they received from family is , higher than the average score of social support.

Although the women who quit smoking while deciding to quit smoking , are affected more than social environment;they aren't affected from social environment and the family while at the stage to quit smoking and at the stage of maintaining the decision to quit smoking



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Giriş

Dünyada ve ülkemizde yaygınlığının giderek artması nedeniyle pek çok tıbbi, sosyal, ekonomik ve yasal sorunlara neden olan sigara bağımlılığı günümüzde önemli bir sağlık sorunu haline almıştır. Sigara dünyada en yaygın önlenebilir ölüm nedeni olup her sekiz saniyede bir kişi sigaraya bağlı gelişen bir hastalıktan hayatını kaybetmektedir (1).

Sigara içme alışkanlığı, uzun yıllardan beri zevk verici bir alışkanlık olarak toplumda sosyal bir davranış biçimi olarak kabul görmüş, ancak yan etkiler ortaya çıkıp insanlar sigaraya bağlı bir hastalıktan hayatlarını kaybetmeye başlayınca da bırakılması zor bir alışkanlık ve salgın bir hastalık olarak kabul edilmiştir (1).

Gelişmiş ülkelerde sigara karşıtı örgütlerin yaptığı çalışmalar, özel bıraktırma kampanyaları, halkın sigaranın zararları konusunda bilgilendirilmeleri ve hukuki düzenlemeler sonucunda tüketimin azalmasına karşın, bizimde içinde bulunduğumuz gelişmekte olan ülkelerde tüketim artmaktadır. Sigara üreten firmalar reklam kampanyalarını yoğun bir şekilde sürdürmekte olup, insanları değişik yönlerde etkilemektedirler. Özellikle gelişmekte olan ülkeleri, gençleri ve kadınları kendilerine hedef seçmişler ve bu konuda da başarılı olmuşlardır. Pek çok araştırmada sigaraya başlama yaşının çoğunlukla 20 yaşın altında olması bu durumu desteklemektedir (2,3).

Sigara bıraktırma polikliniklerinde sigara içenlere bir doktor eşliğinde programlanmış bir tedavi programı uygulandığı takdirde sigara bırakma başarı oranlarının arttığı gözlenmiş, bu kapsamda birçok kişinin sigara bırakmasına yardımcı olunmuştur (4). Bu polikliniklerin en önemli amacı hastaların izlenmesidir. Gerektiğinde telefon görüşmeleri yaparak hastaların sigara içmelerin takibi ve nükslerin önlenmesinde kilit rol oynamaktadır (5). Sigara bırakılmasında en önemli rol hastanın kendisine düşmekle birlikte doktor önerileri ve aile ve arkadaş desteğinin olması sigara bırakma başarısını arttırmaktadır.

1.2.Amaç

Bu çalışmanın amacı sigara bıraktırma polikliniklerinde medikal tedavi ve motivasyonel görüşme uygulanmış hastaların uzun dönemde sigara bırakma başarısı ile aile ve arkadaş desteği arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Sigaranın Tanımı

Tütünden üretilen ve “tüttürme, emme, çiğneme ya da buruna çekerek kullanılmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamen ya da kısmen tütün yaprağından imal edilmiş maddeler” tütün ürünüdür. Tütünün sigara, nargile, pipo, püro, bidi, snüf, snüs, kreteks, güthka, sarma tütün, çiğneme tütünü gibi farklı çeşitleri olmakla birlikte genellikle sigara tüketilmektedir (6)

2.2.Sigaranın Tarihçesi

İlk defa Mayalar tarafından yetiştirilen tütün günümüzün en önemli sanayi bitkilerinden biridir. Tütünün ana yurdu Orta Amerikadır (7,8). Tütün 1560 yıllarına doğru büyük keşiflerle İspanyollar tarafından Avrupa'ya getirilerek kullanılması ile yaygınlaşmıştır (9).

1559 yılında Portekiz’de Fransız elçisi olan Jean Nicot, öksürük, astım, baş ağrısı, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiğinden bahsederek Fransız Kraliçesine sunmuş; bu sebepten tütüne “Kraliçe otu” ya da “Sefir otu” denmiştir (10).

Tütün, Fransa’dan diğer Avrupa ülkelerine yayılmıştır. Jean Nicot’a ithafen nicotiana”, 1828 yılında bulunan alkoloitine de “nicotin” ismi verilmiştir (11).

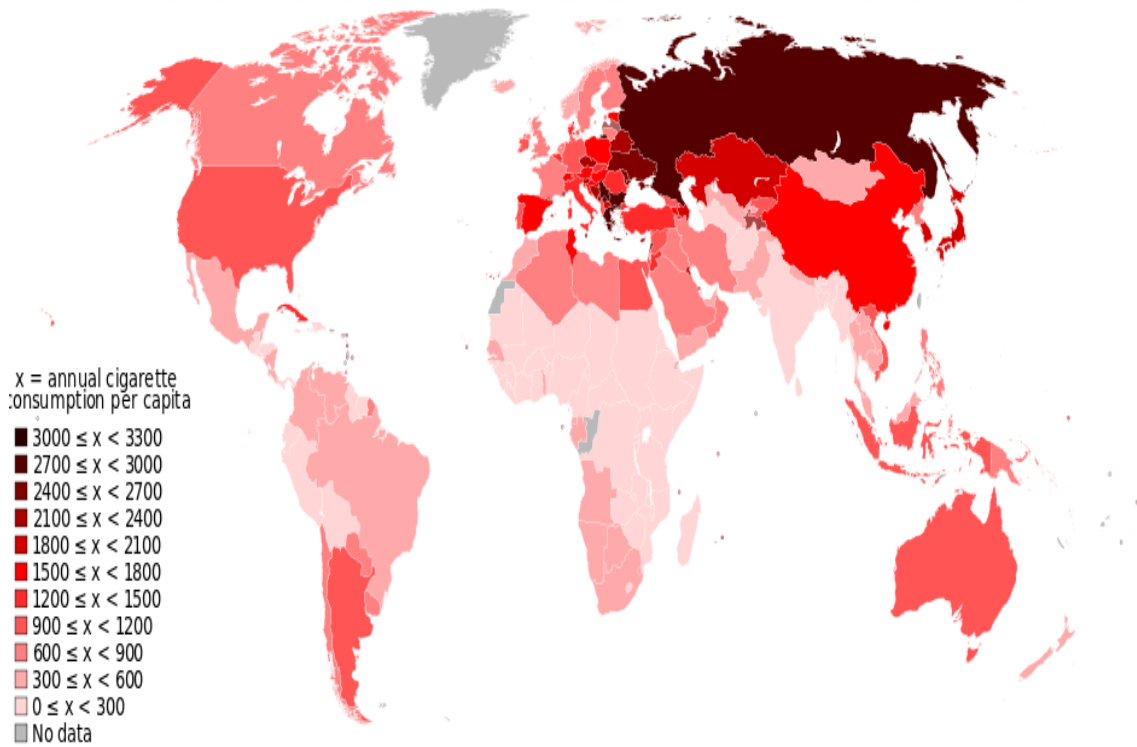
Tütün tüketiminin giderek artış göstermesi üzerine İspanya, Portekiz, İngiltere ve Fransa gibi ülkeler; Amerika kıtasındaki sömürgelerinde tütün üretimi yaptırarak, tütün ticaretinden gelir sağlama yoluna gitmişlerdir. Hızla Akdeniz ve Kuzey Avrupa ülkelerinden yayılan tütünü, Macellan Filipin adalarına; Portekizliler, Hindistan ve Çin gibi Doğu ülkelerine götürmüşlerdir (11).

Böylelikle dünyanın her tarafına dağılan tütün kimi zaman padişahlar, krallar tarafından da kullanılmış, kimi zaman da yasaklanmıştır. Bu yasaklamaların hiçbir etkisi olmayıp sigaranın kullanılmaya devam etmesi üzerine devletler tütünü tekelleştirip gelir kaynağı olarak kullanmaya başladılar. Günümüzde ise tütün üretimi; bazı ülkelerde özel şirketlerin elinde bazı ülkelerde ise devlet eliyle üretimi ve satışı yapılmaktadır (7).

2.3.Sigaranın Epidemiyolojisi

2.3.1.Dünyada Tütün kullanımı

Tütün ürünlerinin kullanımı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Dünya genelinde ortalama iki erkekten birisi sigara kullanmaktadır. Kadınların ortalamasına baktığımızda ise, yaklaşık olarak 5 kadından birisi sigara kullanmaktadır. Dünya genelinde 1,3 milyar kişi sigara içmektedir. Bu sayının en büyük bölümü Çin, Hindistan ve Endonezya'da bulunmaktadır. Dünyada sigara içenlerin üçte ikisi, Türkiye'nin de aralarında olduğu 10 ülkede yaşamaktadır (12). Tütün ürünleri kullanım sıklığı bakımından ülkeler arasında önemli farklılıklar vardır. Gelişmiş olan ülkelerde tütün ürünü kullanımı çok düşük düzeylerde, buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde genellikle yüksek değerler söz konusudur. Ancak gelişmiş ülkelerde kadınlar arasında sigara kullanımı gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı bakımından erkekler ve kadınlar arasında büyük farklılıklar olmasına karşılık gelişmiş ülkelerde erkek ve kadınlar arasında sigara kullanım sıklığı birbirine çok yakın değerlerdedir (12). Dünya üzerindeki kişi başı sigara tüketimi Şekil 2.3.1.1'de gösterilmiştir.



Şekil 2.3.1.1. Dünyada yetişkinlerin bir yılda tükettiği sigara sayısı

2.3.2. Türkiye de tütün kullanımı

Türkiye’de tütün ürünleri üretimi ve kullanımı 1980’li yıllardan başlayarak belirgin şekilde artmıştır. Bu artış 2000 yılına kadar sürmüştür, bu yıldan sonra tütün ürünü tüketiminde hafif de olsa bir azalma meydana gelmiştir. Türkiye de 1989-2006 yılları arasındaki sigara üretim ve tüketim miktarlarını gösteren Tablo 2.3.2.1 aşağıdadır.

Yıllar	Üretim (Ton)	Tüketim (Ton)
1989	269888	74000
1990	296008	76600
1991	240881	78000
1992	334321	80600
1993	338800	88000
1994	187733	91000
1995	204440	95000
1996	230949	96000
1997	302008	101000
1998	258811	109000
1999	251415	114400
2000	208001	111700
2001	152571	111800
2002	159521	110100
2003	112158	108200
2004	133914	108900
2005	135247	106700
2006	98000	107900

Bu azalma aynı süre içinde artan nüfus ile bir arada değerlendirildiğinde kişi başına sigara tüketiminde %11 dolayında bir azalma meydana geldiği ortaya çıkmaktadır (13). Türkiye’de 1993-2003 ve 2006 yıllarında 18 ve üzeri yaş grubunda yapılan sigara prevalans çalışmalarının sonuçları da sigara kullanımındaki azalmayı ortaya koymaktadır. Sigara

kullanımındaki azalmanın erkeklerde gözleendiği, kadınlarda ise önemli bir değişme olmadığı görülmektedir (13,14).

2012 KYTA'ya göre 15 yaş üzerinde erkeklerin %41,3'ü, kadınların %13,0'ı toplamda her yüz kişiden 27'si sigara içmektedir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde 25-34 ve 35-44 yaş aralığındaki erkeklerde sırasıyla %53,1 ve %50,9 ile en yüksek yaygınlıkta tütün kullanılmaktadır. Kadınlarda ise %21,4 ile 35-44 yaş grubu ilk sıradadır (15). 2008-2012 yılları arasında Türkiye'de yaş gruplarına ve cinsiyete göre her gün ve ara sıra tütün kullanım yüzdelerini gösteren tablo 2.3.2.2. aşağıdadır.

Tablo 2.3.2.2. Türkiye'de yaş gruplarına ve cinsiyete göre her gün ve ara sıra tütün kullanımı (%) 2008 – 2012.				
		2008 KYTA	TKHRF 2013 (2011)	2012 KYTA
Yaş grubu	Cinsiyet			
15-24	Erkek	39,7	38,3	31,2
	Kadın	11,7	11,3	6,8
25-34	Erkek	58,0	56,4	53,1
	Kadın	22,4	24,0	16,5
35-44	Erkek	58,4	50,1	50,9
	Kadın	20,5	24,6	21,4
45-54	Erkek	50,5	45,0	45,1
	Kadın	14,4	20,5	16,8
55-64	Erkek	39,9	34,9	31,5
	Kadın	10,7	9,8	8,5
65+	Erkek	20,5	25,7*	17,9
	Kadın	2,4	4,1*	2,6

2008 ile 2012 yılları arasında Türkiye'de tütün kullanım prevalansı %31,3'den %27,1 değerine düşmüştür. Azalma hem erkeklerde (%47,9'dan %41,5'e) hem de kadınlarda (%15,2'den %13,1'e) olmuştur. Toplamda geçen sürede sigara içme sıklığında %13,4'lük azalma olduğu söylenebilir. Hiç sigara içmeyenlerin yüzdesi 2008'de %68,8 iken 2012'de %72,9'a yükselmiştir (15).

Sigara dumanından pasif etkilenim verileri incelendiğinde kapalı alanlarda etkilenimde restoranlar , işyerleri , resmi dairelerde önemli ölçüde azalmalar olduğu saptanmıştır. İşyerlerinde pasif etkilenme oranı %38,5 den %15,6'ya, restoranlarda %55,9'dan %12,9'a, resmi dairelerde %11,3'den %6,5'e gerileme olmuştur (15).

KYTA 2009 verilerine göre adolesan çağıdaki genç sigara içicilerinin %30,7'si sigara içmeye 10 yaşından önce başlamaktadır. Bu verilere göre; özellikle çocukların ve adolesan çağıdaki gençlerin, sigaraya başlamasını önlemeye yönelik programlara ağırlık verilmesi ve bu çalışmaların daha erken yaşlarda başlaması faydalı olabilir (15).

2.4.Sigara Dumanının Farmakolojisi

Tütün (*Nicotiana*), Solanacea (patlıcangiller) familyasından *Nicotiana* cinsinden yaprakları sigara yapımında kullanılan bir yıllık otsu bitki türlerine verilen addır.(16)“*Nicotiana*” cinsine dahil yaklaşık 65 tür vardır. Bu türlerden sadece “*Nicotiana tabacum*” ve “*Nicotiana rustica*” türleri sigara, puro, pipo vb. tütün ürünlerinin yapımında yapraklarından yararlanılan kültür formlarıdır (17).

Tütünü diğer bitkilerden ayıran en önemli özelliği yapraklarında bulunan nikotindir. Nikotin organik azotlu maddelerden oluşan bir alkoloiddir. Bu nedenle tütün keyif verici olarak kullanılmaktadır. Yaprak, tütün bitkisinin en önemli kısmıdır (13).

Tütün yaprağının sahip olduğu nitelikler ile kimyasal bileşimi ve fiziksel yapısı arasında sıkı bir ilişki vardır. Örneğin belli bir tip için nikotin, şekerler, proteinler gibi karakteristik yaprak içerikleri miktarı belli sınırlar içinde bulunmalıdır (18).

Sigara içeriğinde tütün, kağıt, filtre kısımları, katkı maddeleri, pestisidler, fertilizer (gübre), fumigantlar (buharla dezenfekte edilen ajanlar) ve fabrikasyon sırasında kullanılan işlem ajanları bulunur (13).

Tütünün yanması ile yanma bölgesinden çevreye yayılan yan akım ve sigara içen kişi tarafından solunan ana akım olmak üzere iki tip duman oluşur. Ana akım da duman-gaz fazı ve partiküler maddeler (parçacıklı kısım, katran) olarak iki kısımdan oluşur. Filtreler partiküler maddeleri büyük oranda süzerler. Bu nedenle yan akım sigara dumanında partiküler madde konsantrasyonu daha fazladır ve çevresel sigara dumanının %85'i yan akım sigara dumanından oluşur (13).

Partikül fazının her gramında 107'den, gaz fazında 1015'ten fazla serbest radikal bulunmaktadır. Serbest radikallerin miktarları her iki fazda birbirine yakın olsa da yarı

ömürleri farklılık göstermektedir. Partikül fazında serbest radikallerin yarı ömürleri uzun (saat - gün), gaz fazında ise kısadır (dakika-saniye) (19).

Sigara dumanında 4000'den fazla madde bulunmaktadır. 1985 yılında The International Agency for Research on Cancer (IARC) sigara dumanını insan için birinci grup karsinojen olarak kabul etmiştir. Dumandaki maddeler farmakolojik olarak aktif, mutajenik veya toksiktir (20).

1999 yılında National Cancer Institute tarafından yayınlanan yayınında sigara dumanındaki 55 madde gruplandırılmış olarak verilmiştir. Bu maddeler polisiklik aromatik hidrokarbonlar, azaarenler, N-nitrozaminler, aromatik aminler, aldehitler, çeşitli organik maddeler, inorganik bileşikler gruplarında yer alırlar (21,22).

Sigara dumanının alkaloid içeriğinin en az %95'ini nikotin oluşturmaktadır. Nikotin tütündeki bağımlılığa yol açan maddedir. İnhalasyon, sindirim ve deri yoluyla alındığında tama yakını emilir. Bir sigaradaki nikotin miktarı kullanılan tütünün türüne ve imalat teknolojisine göre değişmekle beraber 20 mg'a kadar çıkabilir. Nikotine maruziyetin epileptik ataklara, kusmaya, merkezi sinir sistemi depresyonuna, gelişme geriliğine, fetusta gelişme geriliğine, erken doğuma ve düşük doğum ağırlığına neden olduğu saptanmıştır. Anne sütü ile bebeğe geçişi vardır (20,23). Filtresiz sigarada ana akım ve yan akım içeriğini oluşturan toksik bileşikler **Tablo 2.4.1**.de gösterilmiştir.

İçerik	Ana akım	Ana ve yan akım
GAZ FAZI		
Karbonmonoksit (mg)	10-23	2.5 - 4.7
Karbondioksit (mg)	20-60	8-11
Formaldehid (mg)	70-100	0.1
Akrolein (mg)	60-100	8 - 15
Aseton (mg)	100-250	2 - 5
Piridin (mg)	20-40	10 - 20
3-vinilpiridin (mg)	15-30	20 - 40
Hidrojen siyanid (mg)	400-500	0.1 - 0.25
Nitrojen oksit (mg)	100-600	4 - 10
Amonyak (mg)	50-130	40 - 130
N-nitrozdimetilamin (ng)	10-40	20 - 100
N-nitrozpirolidin (ng)	6-30	6 - 30
PARTİKÜL FAZI		
Partikül maddesi	15-40	1.3-1.9
Nikotin (mg)	1-2.3	2.6 - 3.3
Fenol (mg)	60-120	2 - 3
Katekol (mg)	100-280	0.6 - 0.9
Anilin (ng)	360	30
2-tolidin (ng)	160	19
2-naftilamin (ng)	1.7	30
Benzantresen (ng)	2- 7	2 - 4
Benzopiren (ng)	20-40	2.5 - 3.5
Kinolin (ng)	500-2000	8 -11
N-nitrozonormikotin (mg)	200-3000	0.5 - 3
N-nitrozodietanolamin (ng)	20-70	1.2
Nikel (ng)	20-80	13-30
Polonium-210 (pCi)	0.03-0.5	?

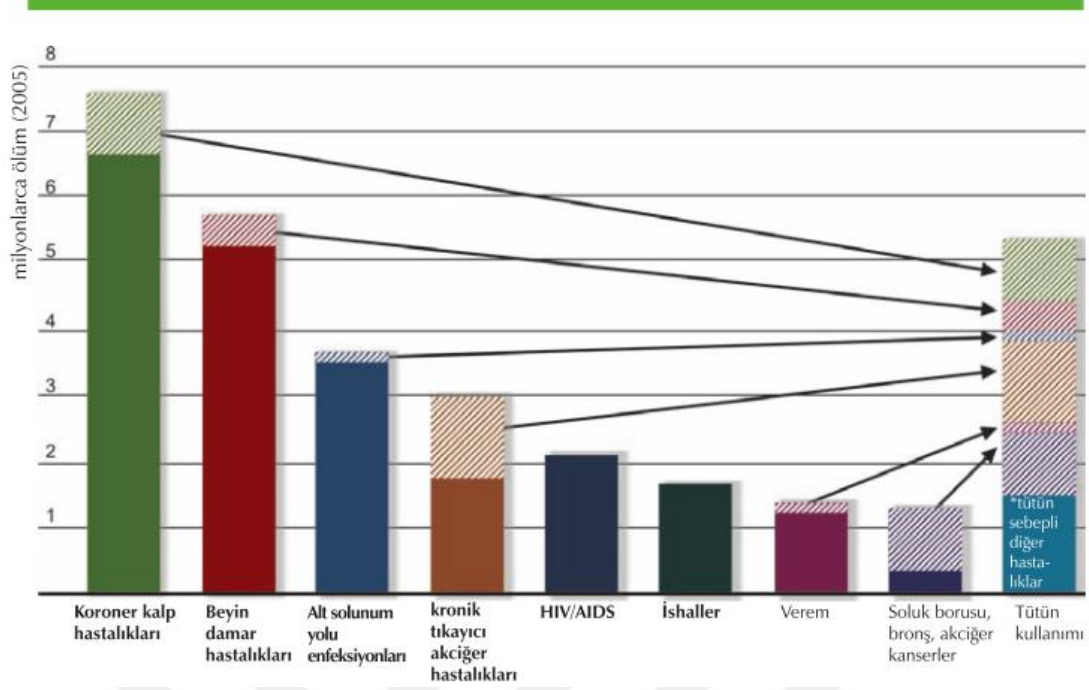
Tablo 2.4.1.Filtresiz sigarada ana akım ve yan akım içeriğini oluşturan toksik bileşikler

2.5.Tütün kontrolü

2.5.1.Dünyada tütün kontrolü

Günümüzde önlenebilen ölüm nedenleri arasında en önemlisi olan tütün, kullanıcıların yaklaşık yarısını öldürmektedir. Dünyada bir milyardan fazla insan yetişkin nüfusun 1/4'ü tütün ürünleri kullanmakta ve tütün kullanımı her yıl 5 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmaktadır. Bununla beraber, gelişmekte olan ülkelerde tütün kullanımı, nüfus artışı ve tütün sanayinin saldırgan pazarlama çabaları sayesinde her geçen gün artmaktadır (24).

Eğer eğilim böyle devam ederse, tütün, 2030 yılına kadar yılda 8 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açacaktır. Hatta bu yüzyılın sonunda bir milyar kişinin ölümüne sebep olabilir (25). Dünyada en sık ölüm nedenlerini gösteren Şekil 2.5.1.1 aşağıdadır.



Şekil 2.5.1.1.Dünyadaki ölüm nedenleri

Tütün kullanımı dünyadaki başlıca sekiz ölümlü nedenden altısı için risk faktörüdür. Tütün kullanımı, akciğer, gırtlak, böbrek, mesane, mide, bağırsak, ağız boşluğu ve yemek borusu kanserlerinin yanı sıra, lösemi, kronik bronşit, kronik solunum yetmezliği, koroner kalp rahatsızlığı, felç, düşük ve prematüre doğum, doğum anomalileri ve kısırlık gibi rahatsızlıklara da yol açar (24).

Bugüne kadar tütün kullanımını azaltmak için pek çok strateji denenmiştir. Fakat tütün kullanımının sağlığa verdiği zararın bilimsel olarak kanıtlanmasının üzerinden 50, pasif içiciliğin zararlarının onaylanmasının üzerinden ise 20 yıl geçmesine rağmen çok az sayıda ülke tütün salgınına önlemeye yönelik etkili ve bilinçli stratejiler uygulamıştır (24).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yönlendirdiği uluslararası çabalar neticesinde, 168 imzanın yer aldığı ve 160'den fazla ülkenin taraf olduğu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) hızla uygulamaya girmiştir (24).

Kısmi müdahaleler genellikle toplumun tütün kullanımını azaltmada yetersiz kalmaktadır. Bundan ötürü müdahale uygulamalarının geniş kapsamlı olması gerekmektedir. Mpower politika paketini uygulamak için ülkelerin yapması gerekenler;

- M:Tütün kullanımını izlemek
- P:İnsanları pasif sigara dumanının zararlarından korumak
- O:Tütün kullanımından vazgeçmeleri için yardım önermek
- W:Tütünün zararları hakkında uyarmak
- E:Tütün reklam ve promosyon yasaklarını uygulamak
- R:Tütün ürünlerinin vergilerini artırmak

Tütün alışkanlığını bırakma tavsiye ve danışmanlık hizmeti sağlık merkezlerinin dışında uygun zamanlarda hizmet verecek şekilde bırakma hatları oluşturularak ücretsiz telefon hatlarından, bant kayıtları yerine canlı operatörler aracılığıyla halkın hizmetine sunulabilir. Bu sistem sabit ve mobil telefon hizmetlerinin yaygın olduğu ve halkın hizmet için telefon görüşmeleri yapmaya alışık olduğu ülkelerde oldukça etkili olarak uygulanmaktadır; fakat bu hatlar ekstra finansal desteğe ve gelen telefonları uygun şekilde cevaplandırarak yönlendirme yapacak eğitilmiş personele ihtiyaç duymaktadır. Tütün alışkanlığını bırakma hatları, bağımlıya, yüz yüze danışmanlıktan aldığı faydayı sağlamalıdır; yani, bırakma nedenlerini özetlemeli, bırakmaya hazırlamalı ve başa çıkma tekniklerini açıklamalıdır (24).

2.5.2.Türkiye'de Tütün Kontrolü

Türkiye’de tütün kontrolü ile ilgili gelişmeleri üç dönem şeklinde incelemek uygun olur. Osmanlı İmparatorluğu zamanından itibaren 1980’li yıllara kadar olan dönem tütün kullanımının arttığı ve çok uluslu tütün firmalarının Türkiye’ye girdiği dönemdir. Bu tarihten başlayarak tütün kontrolü yasasının yürürlüğe girmesine kadar olan dönem ikinci evre, tütün kontrolü yasasından sonraki dönem de üçüncü evre olarak ele alınabilir (6).

2.5.2.1. 1983 Öncesi Dönem

Tütünün ülkeye girdiği 1600’lü yıllarda saray baş cerrahı olan İbrahim Efendi tütün kullanımını konusunda kısıtlamalar yapmış ancak başarılı olamamıştır. Aynı yıllarda Padişah IV. Murat’ın da tütün kullananları ağır şekilde cezalandırdığı bilinmektedir. Ancak o zamanki gerekçe tütün kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri değil, sosyal bazı nedenler olmuştur. Bu dönemde tütün içtiği için sürgüne gönderilen Bahai Efendi’nin V. Sultan

Mehmet (Avcı Mehmet) döneminde affedilerek şeyhülislam olmasından sonra 1646 yılında tütün kullanım yasağı şeyhülislam fetvası ile kaldırılmıştır. Daha sonra 19. yüzyıl ortalarında tütün ithalatı yasaklanmış ve 1872 yılında da tütün işletmeleri ve tütün satışı hakkı Rum bankerlerine satılmıştır. 1883 yılında ise tütün işletmelerinin imtiyazı 30 yıl süre için İngiliz'ler tarafından yönetilen Reji İdaresine satılarak tütün üretim ve satışı yabancıların kontrolü altında devam etmiştir (6).

1925 yılında Reji yönetimi Cumhuriyet Hükümeti tarafından devralınarak tütün üretimi ve satışı desteklenmeye başlanmıştır. 26.11.1925 tarih ve 558 sayılı *Tütün İdare-i Murakatesi ve Sigara Kâğıdı İnhisarı Hakkında Kanun* yürürlüğe girdi. 1930 yılında, 1701 sayılı *Tütün İnhisarı Kanunu* çıkarıldı (16). Böylelikle Cumhuriyet döneminde tütün üretim, tüketim ve dış satımında artışlar oldu (13).

Türkiye'de ana-çocuk sağlığı çalışmalarını başlatan kişi olan Besim Ömer Paşa (Akalin) 1888 yılında tütünün zararları konusuna işaret eden yazı yazmıştır. Sonraları 1900'lü yılların ilk yarısında bazı yazarlar ve doktorlar (Peyami Safa, Mazhar Osman, Fahrettin Kerim, Sadi Irmak gibi) tütün kullanımı ile ilgili çeşitli sakıncaları dile getiren yazılar yazmış ve konuya dikkat çekmişlerdir (6).

2.5.2.2. 1983 – 1996 Arası Dönem

Bu dönemde devlet sigara içmek isteyenlere bu ürünü sağlamış, ancak tütün kullanımını artırıcı çaba içinde olmamış, yabancı sigaraların ithalini de yasaklamasına rağmen yabancı markalı sigaralar kaçak yollarla ülkeye girmeye başlamıştır (6).

Seçimlerden sonra 1983 yılında kurulan hükümet yabancı sigaraların Türkiye'ye ithaline olanak veren bir yasa çıkarmıştır. 19.10.1983 tarih ve 2929 sayılı Kanunla Tekel Genel Müdürlüğü'nün adı Tekel İşletmeleri Genel Müdürlüğü olarak değiştirilerek Kamu İktisadi Kuruluşu haline getirilmiştir. Yasa ile KİT haline gelen Tekel, sigara ithalatı yapmaya başlamıştır. Yabancı sigaraların ülkeye girmesine olanak veren bu yasadaki sonraki dönemde, 1983 ile 1999 yılları arasında Türkiye'de sigara kullanımında %80 artış meydana gelmiştir (6).

Türkiye'de tütün ve tütün mamullerinin yasal hükümler doğrultusunda düzenlenmesi konusunda dönüm noktası 7 Kasım 1996 yılında kabul edilip, 26 Kasım 1996 tarihli ve 22829 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair 4207 Sayılı Kanun"dur (13). Bu kanuna göre:

Bazı kamusal alanlarda tütün kullanım yasağı (eğitim ve sağlık kuruluşları, spor ve eğlence yerleri ile toplu taşıma araçları ve işyerleri)

Tütün ürünlerinin reklâm ve tanıtımı yasağı

18 yaşından küçük çocuklara tütün ürünü satışı yasağı

Sigara paketleri üzerine sağlık uyarısı yazılması

Radyo ve TV kanallarına ayda 90 dakika eğitici yayın yapma ödevi

Ceza hükümleri(6)

2.5.2.3. 1996 Sonrası ve Günümüz

1980'li yılların ikinci yarısında yaşanan olaylar sonucunda ülkede sigara tüketimi artmış, ayrıca uzun yıllar devlet kontrolünde olan tütün üretimi de çok uluslu şirketlerin kontrolüne girmiştir. 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu toplantısında kabul edilen Tütün Kontrolü ereve Sözleşmesi (Framework Convention on Tobacco Control) ile tütüne olan talebin ve tütün arzının azaltılması, tütün ve tütün ürünlerine ulaşmanın güçleştirilmesi ve üye ülkelerin ulusal tütün kontrol programını hazırlaması beklenmektedir. Türkiye Cumhuriyeti bu sözleşme uyarınca kanun düzenlemesi yapmıştır. “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'da Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” (No. 5727) 3 Ocak 2008 günü kabul edilmiştir(6)

Böylelikle toplumu tütün dumanından koruma bakımından 5 alanda önemli gelişme kaydedilmiştir (26):

Tütün kullanımı ve koruyucu politikaların izlenmesi ve değerlendirilmesi

Bütün kapalı mekânları içine alan kapsamlı tütün kullanım yasağı

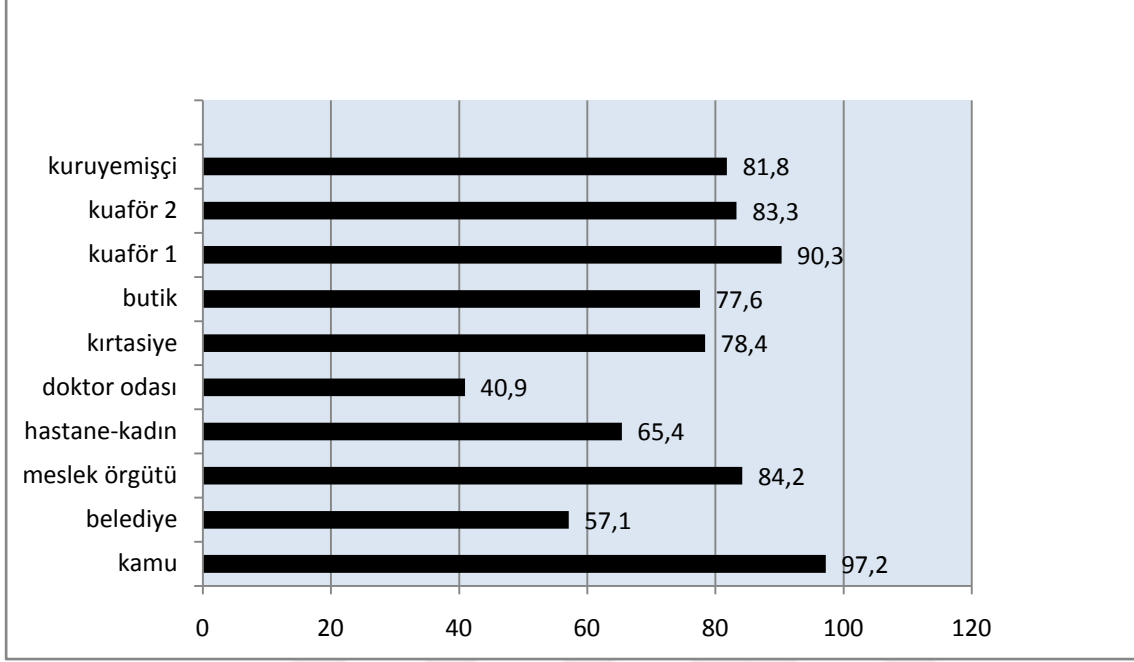
Sigara içenlere bırakmaları için destek sağlanması

Medyada yoğun şekilde tütün karşıtı kampanyalar yapılması

Tütün ürünleri üzerindeki vergi yükünün arttırılması(26)

4207 sayılı kanunda yapılan değerlikle içinde tütün olmasına bakılmaksızın nargilenin 18 yaşından küçüklere satılmasının yasaklanması, marka paylaşımı ve marka esnetme dahil olmak üzere tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımının yasaklanması, tütün ürünleri paketlerinin her iki ana yüzünün en az %65inin kapsayacak büyüklükte uyarıcı resimlerin basılması kararlaştırılmış, bu suretle Türkiye MPOWER paketinde yer alan 6 stratejinin gereğinin yerine getiren ilk ülke olmuştur (26). Bu uygulamalarla birlikte tütün kullanımı azalmıştır (6). 4207 sayılı kanunun yürürlüğe girmesinden önce ve sonrasında bazı

kapalı ortamlarda PM 2,5 düzeylerindeki azalma yüzdeleri Grafik 2.5.2.3.1 aşağıda gösterilmiştir.



Grafik 2.5.2.3.1.:4207 sayılı kanunun yürürlüğe girmesinden önce ve sonrasında bazı kapalı ortamlarda PM 2,5 düzeylerindeki azalma(%)

2.6.Tütün bağımlılığı

2.6.1.Tütün bağımlılığının biyofizyolojisi

Nikotin sigara dumanındaki hoş giden fizyolojik etkilerden ve bağımlılık oluşumundan sorumlu temel ajandır (27,28). İlaç bağımlılığına genellikle iki süreç katkıda bulunur. Bunlardan ilki, bağımlı kişilerde ilacın ödüllendirici ve alımı pekiştirici etkileri olmasıdır. Bağımlılık yapıcı maddelerin tekrarlayan ya da kronik uygulaması vücutta ve beyinde sıklıkla biyolojik değişikliklerle sonuçlanır. Bu yüzden madde aniden kesilirse hoş gitmeyen yoksunluk sendromlarına neden olur. Böylece ikinci süreç ortaya çıkar ve bağımlı bireyler bu hoş gitmeyen etkilerden sakınmak için maddeyi kullanmak zorunda kalırlar. Yani madde hem hoş giden etkileri nedeniyle hem de yoksunlukta ortaya çıkacak kötü etkilerden sakınılması amacıyla kullanılmaya devam edilir (13).

Tütün dumanının inhalasyonu ise çok ciddi bir bağımlılık oluşturmaktadır. Nikotinin sigara dumanıyla alınması sırasında kişilerin pek çok duysal uyarana birlikte nikotini alması, nikotin bağımlılığını çok farklı bir düzeye taşımakta ve çok güçlü bir bağımlılık paterni oluşturmaktadır (13). Bu da nikotin yerine koyma tedavileri ile elde edilen başarı düzeylerinin istenen düzeyde olmasını engellemektedir (29).

Tütün dumanının nikotinin bağımlılık sürecini artırabilecek başka maddeler de içerdiği unutulmamalıdır. Örneğin tütün, monoaminooksidazı inhibe eden bileşikler içerir ve bu bileşikler monoaminlerin, özellikle nikotin tarafından salınımı artırılan dopaminin etkilerini güçlendirir (30). Diğer bir çalışmada tütünde bulunan asetaldehitin dumanın bağımlılık potansiyelini artırdığı gösterilmiştir (31).

2.6.2. Tütün Bağımlılığın Değerlendirilmesi

Nikotin bağımlılığını ve özellikle şiddetini değerlendirme amacıyla geliştirilen birkaç ölçek bulunmaktadır. Bunlardan rutinde en çok tercih edileni Fagerström testi olup daha sonra bu testten Fagerström Tolerans Testi ve FNBT geliştirilmiştir. 6 sorudan oluşur. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testini gösteren **Tablo 2.6.2.1** aşağıdadır.

Tablo 2.6.2.1.Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
<p>Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?</p> <p>a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan)</p> <p>b. 6- 30 dakika içinde (2 puan)</p> <p>c. 31- 60 dakika (1 puan)</p> <p>d. 1 saatten fazla (0 puan)</p>
<p>Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?</p> <p>a. Evet : (1 puan)</p> <p>b. Hayır: (0 puan)</p>
<p>Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?</p> <p>a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan)</p> <p>b. Diğer herhangi biri (0 puan)</p>
<p>Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?</p> <p>a. 10 adet veya daha az (3 puan)</p> <p>b. 11- 20 (2 puan)</p> <p>c. 21- 30 (1 puan)</p> <p>d. 31 veya daha fazlası (0 puan)</p>
<p>Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?</p> <p>a. Evet (1 puan)</p> <p>b. Hayır (0 puan)</p>
<p>Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ?</p> <p>a. Evet (1 puan)</p> <p>b. Hayır (0 puan)</p>
<p>Toplam skor</p> <p>0-2: Çok az bağımlılık 3-4: Az bağımlılık 5: Orta derecede bağımlı 6-7: Yüksek bağımlılık 8-10: Çok yüksek bağımlılık</p>

Fagerström testlerinde fiziksel tolerans ölçülmektedir. Sigara içme dürtüsü, yoksunluk belirtileri gibi bağımlılığın diğer ölçütleri değerlendirilememektedir (32,33). Ayrıca bu testlerin orta ve ağır derecede bağımlıları saptama gücü zayıftır. Ölçeğin gücünü artıran temel sorular ise sabah kalkıldığında ilk içilen sigara ve tüketilen günlük sigara sayısıdır (34,35). Günlük sayı ve ilk sigara, bağımlılık düzeylerini gösterme açısından oldukça duyarlı olup, ikisinin birlikte kullanılması durumunda duyarlılık ve özgüllük artmaktadır (36,37).

European Medical Association Smoking or Health (EMASH), 1997'de sigara bağımlılığı ve tedavisi için yayınladığı kılavuzda tüm sigara içenlere sigarayı bırakmasının önerilmesi gerektiğini belirtmekte ve bırakmak isteyenlere tek soruluk basit bir test önermektedir. Bu testte olgulara sabah ilk sigarayı ne zaman içtikleri sorulmaktadır. İlk yarım saat ve daha kısa sürede içenler orta ve yüksek derecede bağımlı olarak değerlendirilmektedir (38).

2.7. Sigara bıraktırma tedavileri

2.7.1. Transteorik Model

Prochaska ve arkadaşları tarafından TTMranstheoretical Model tanımlanmıştır bu model bireyin sigarayı bırakma tedavisine uyum sağlamaya hazır olup olmadığını anlaşılmasına yardım eden 5 aşamalı bir değişim sürecidir (39,40).

Bu modele göre, sigara içen bireyler, sigara bırakma öncesi , sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı 5 evre içinde geçiş yaparlar. Bu evreler (41):

- 1) Bırakmanın düşünülmediği evre (precontemplation)**
- 2) Bırakmanın düşünülmesi (contemplation)**
- 3) Bırakma hazırlığının yapılması (preparation)**
- 4) Bırakmanın denenmesi (action)**
- 5) Bırakmanın sürdürülmesi (maintenance)**

Sigarayı bırakmayı kendi kendine deneyen bireylerde bu evreler arası geçiş, doğrusal değil de dairesel (döngü oluşturacak şekilde) özelliğindedir. Bırakmayı deneme ve sürdürme evresine ulaşmış olanlar için daha geri evrelere dönme sık rastlanan bir durumdur. Bırakmayı düşünenlerden ortalama %5'i yeniden başlama olmaksızın

bırakmayı sürdürme evresine ulaşmaktadır.Yeniden başlayanların %15'i bırakmaktan vazgeçerken (bırakmayı düşünmeme evresi), diğer %85'i düşünme ve bırakmaya hazırlık evrelerine dönüş yapmaktadır. Bu bireyler için döngü ve değişim süreci devam edecektir (41). Değişim evrelerini gösteren **tablo 2.7.1.1** aşağıdadır.

Bırakmayı düşünmeme(pre-contemplation)	Birey sigarayı bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir.
Bırakmayı düşünme(contemplation)	Birey henüz bırakmaya karar vermemiştir fakat bırakmayı düşünür ve sigaranın sağlığa zararları,bırakma yolları hakkında bilgi edinme sürecindedir.
Bırakmaya hazırlanma(preparation/ready for action)	Birey sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir
Bırakmayı deneme(action)	Birey sigarayı bırakmış,henüz 6 ayı dolmamıştır
Bırakmayı sürdürme(maintenance)	Birey 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir

Tablo 2.7.1.1.Değişim Evreleri

2.7.2. Sigara Bırakma Tedavisinde 5a 5r kavramları

2.7.2.1. 5A Kavramları

Bugün için destek tedavilerine farmakolojik tedavilerin de eklenmesi ile yüksek başarı oranları elde etmenin mümkün olduğunu biliyoruz. Karşılaştığımız her hastanın tütün kullanım durumunun dökümanate edilmesi ve bırakma için motive edilmesi ilk aşama olarak büyük önem taşımaktadır. Her hastaya etkin tedavilerin varlığı anlatılmalı ve tedavi önerilmelidir. Hasta bırakma konusunda isteksizse mutlaka motivasyonel destek sağlanmalıdır. Hastaları değerlendirirken yargılayıcı, kınayıcı, aşağılayıcı ifadelerden kaçınılmalıdır (42).

Hekime herhangi bir sebeple başvuran hastalarda 3 dakika gibi kısa süreli bir görüşmenin bile sigarayı bırakma oranlarını anlamlı derecede artırdığı saptanmıştır (43). Bırakma denemesi konusunda istekli hastalarda aşağıda anlatılacak olan 5A, Bırakma konusunda isteksiz olan hastalara da 5R stratejilerinin uygulanması önerilmektedir(44). 5A kavramlarını gösteren **tablo 2.7.2.1.1** aşağıdadır.

5A (5 Ö)		
(A1) ADIM 1 (A2) ADIM 2 (A3) ADIM 3 (A4) ADIM 4 (A5) ADIM 5	ASK ADVISE ASSESS ASSIST ARRANGE	ÖĞREN ÖNER ÖLÇ ÖNDERLİK ET ÖRGÜTLE

Tablo 2.7.2.1.1. 7.5A kavramları

A1) ADIM 1: ÖĞREN

Doktorlar her hastasına sigara içip içmediğini sormalıdırlar. Sigara içme davranışının bir doktor tarafından sorgulanması, sigara içen kişiler açısından uyarıcı etki yaparak sigara bırakmaya yönlendirebilir (45).

A2) ADIM 2: ÖNER

Sigara içen kişilere ne kadar zamandan beri sigara içmekte olduğu ve günde içtikleri sigara sayısı ayrıntılı bir şekilde sorulmalı ve kaydedilmelidir (45).

A3) ADIM 3: ÖLÇ

Her hastanın sigarayı bırakmak isteyip istemediği mutlaka sorgulanmalıdır. Bırakmak istiyorsa destek sağlanmalı, istemiyorsa 5R stratejileri uygulanmalıdır (45).

A4) ADIM 4: ÖNDERLİK ET

Hastayla birlikte bir bırakma planı hazırlanmalıdır. Hastanın motivasyonunu artıracığından bırakma günü belirlenmesi uygun olur. Bırakma gününün görüşmeden sonraki 2 hafta içerisinde olması idealdir. Bırakma kararı aile, arkadaş ve işyerinde paylaşılmalı ve destek alınmalıdır. İlk birkaç hafta içerisinde yoğun nikotin yoksunluk belirtilerinin yaşanabileceği anlatılmalı ve bunlarla nasıl başa çıkacağı konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

- İçme isteği kişiyi zorladığında;
- Bir meyve ya da çiğ sebze soyup yemek
(salatalık, elma, havuç gibi)

- 10 kez derin nefes alıp verme
- Duş alma
- Yemekten oyalanmadan kalkma gibi önerilerde bulunulabilir (41).

A5) ADIM 5: ÖRGÜTLE

Hastalar yüz yüze ya da telefon görüşmeleri ile izlenmelidir. İlk görüşme bırakma tarihinden sonraki ilk hafta yapılmalıdır. İkinci görüşme ilk bir ay içerisinde olmalıdır. Bundan sonraki görüşmeler kişinin durumuna göre 15 günde bir, aylık, 3 aylık olarak ayarlanabilir. Her görüşmede hasta başarısından dolayı tebrik edilmelidir. Karşılaşılan güçlükler gözden geçirilmeli ve çözüm yolları önerilmelidir (41).

2.7.2.2.5R STRATEJİLERİ

Bırakma konusunda isteksiz olan hastalara 5R stratejileri uygulanmalıdır(41). 5R stratejilerini gösteren tablo 2.7.2.2.1. aşağıdadır.

5R		
R1	RELEVANCE	İlişki
R2	RISKS	RİSKLER
R3	REWARDS	ÖDÜLLER
R4	ROADBLOCKS	ENGELLER
R5	REPETITION	TEKRAR

Tablo 2.7.2.2.1. 5R Kavramları

(R1) İLİŞKİ:

Sigara içmenin getireceği zararlar kişinin içinde bulunduğu durumla ilişkilendirilerek bırakmaya cesaretlendirilmelidir (44).

(R2) RİSKLER:

Hastaya sigara içme sonucu oluşacak kısa ve uzun dönemli riskler üzerinde durulmalıdır. Hastadan sigara içmenin kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri belirtmesi istenip hasta ile ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmelidir (44).

(R3) ÖDÜLLER:

Hastaya sigarayı bıraktığı takdirde ortaya çıkacak potansiyel yararlar anlatılmalıdır. Bıraktığı andan itibaren adım adım sağlık durumunun nasıl düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir (44).

(R4) ENGELLER:

Sigarayı bırakmanın önündeki olası engeller belirlenmeli ve hastaya bu engelleri aşabilecek çözüm önerileri sunulmalıdır (44).

(R5) TEKRAR:

İsteksiz hastaların her klinik başvurularında motivasyonel desteğin tekrar tekrar verilmesi gerekir (44). Destek görüşme stratejilerini gösteren tablo 2.7.2.2.2. aşağıdadır.

DESTEK GÖRÜŞME STRATEJİLERİ

Empati kur	<ul style="list-style-type: none">• Ucu açık sorularla açıklama- Sigara yada diğer tütün ürünlerinin kullanımının etkileri (örneğin: "Sigarayı bırakmanın sizin için ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz?").- Bırakma konusunda kaygılar ve bırakmanın yararları ("Sigarayı bıraktığınızda neler olabilir?").• Hastayı dinleyerek paylaşılanların anlaşıldığını yansıtmaya- Yansıtıcı kelimeler (örneğin: "Sigara içmenin kilonuzu korumaya yardım ettiğini mi düşünüyorsunuz?").- Özetleme (örneğin: "Sigara içmekten hoşlandığınızı anlıyorum. Ancak erkek arkadaşınız sizin sigara içmenizden nefret edebilir. Ciddi bir hastalık gelişmesinden endişe etmelisiniz").• Kaygı ve duyguların normal olduğunu hissettirme (örneğin: "İnsanların çoğu sigarasız bir hayatı nasıl sürdürecekleri konusunda endişe duyarlar").• Hastaların bağımsız karar vermeleri ve doğru seçim yapmaları için destek (Şu anda bırakma konusunda hazır olmadığınızı görüyorum. Ben buradayım ve bırakma kararı verdiğinizde size yardım etmeye hazırım).
Çelişkileri vurgula	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın içme davranışı ile öncelikleri, değer ve amaçları arasındaki çelişkinin vurgulanması (örneğin: Aileniz sizin için çok önemli görünüyor. Çocuklarınızın sizin sigara içmenizden nasıl etkilendiğini düşünüyorsunuz?).• Etkili ve inandırıcı bir dil ile pekiştirme ve destek (örneğin: "Sigaranın nefes almanızı nasıl olumsuz etkilediğini fark edersiniz").• Bırakma için etkin öneri.- "Sigarayı bıraktığınızda yoksunluk belirtilerini gidermek amacıyla kullanabileceğiniz birçok etkili tedavi alternatifi var".- "Babanızda olduğu gibi bir beyin kanaması geçirmemeniz için size yardım etmekten mutlu oluruz."
Hastanın direncini değerlendir	<ul style="list-style-type: none">• Hasta çok dirençli ise geri çekilme ve yansıtmaya,- "Sigara ile ilgili kendinizi çok baskı altında hissediyor görünüyorsunuz."• Empati sunulması,- "Bıraktığınız dönemde yoksunluk belirtileri ile nasıl başa çıkacağınız konusunda endişeli görünüyorsunuz."• Bilgi vermek için izin isteme,- "Kaygılarınızı gidermek için size bilgi vermeme izin verir misiniz?"
Kişisel etkinlik için destek ol	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın önceki bırakma denemelerindeki başarısının farkına varmasını sağlama,- "Önceki bırakma denemenizde neredeyse başarmışsınız."• Çeşitli alternatifler sunma,- Bilgi ve öneri için bir bırakma hattını (varsa) arama.-Bırakmanın yararları ve yöntemleri ile ilgili kaynak okuma-Sigara içme alışkanlığında değişiklik (örneğin: Evde sigara içmeme).

Tablo 2.7.2.2.2. Destek Görüşme Stratejileri

2.7.3. Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedavi

Sigara bırakma yöntemlerinin sigaranın bırakılmasındaki başarıları farklı olmakla birlikte amaçları, kişide sigara içimine bağlı gelişen bağımlılığının üstesinden gelmektir.

Günümüzde sigara bırakma amacı ile kullanılan 3 grup birincil seçenek ilaç vardır; nikotin yerine koyma tedavileri, bupropion ve vareniklin (41).

2.7.3.1.Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

En yaygın kullanılan ve tercih edilen tedavi şeklidir. NRT ile bir yıl sigarayı bırakmış kalma oranının %15-25 arasında değiştiği bildirilmektedir. 17.703 olguyu içeren NRT'nin çeşitli formlarının kullanıldığı 53 çalışmanın metaanalizinde, NRT'nin uzun dönemde (6-12 ay) sigarayı bırakmış kalma oranını iki kat artırdığı gösterilmiştir.(45)

NRT nikotin bağımlılığı olduğu saptanan kişilere hekim kontrolünde uygulanmalıdır. Fagerström Tolerans Anketine göre orta ve üzeri bağımlıların sigarayı bırakırken nikotin yerine koyma tedavisinden yarar görmeleri mümkündür. NRT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle 2-8 haftalık aralıklarla azaltılarak kesilir, bu azaltma sırasında nikotin yoksunluk semptomlarının da azalıyor olması önemlidir (41).

Nikotin replasman tedavisinde günümüzde kullanılan nikotin formları; sakız, nazal sprey, oral inhaler ve transdermal banttir. NRT formlarının bir arada kullanıldığı çalışmalar vardır, bugün için genel olarak kombine kullanımda nikotin transdermal bant ile birlikte nikotin sakızı önerilir. NRT’de en sık kullanılan formlar nikotin sakızı ve banttir. Ülkemizde transdermal bant ve sakız formları bulunmaktadır (41).

2.7.3.1.1. Nikotin Bandı

Nikotin bandının kullanımı diğer formlara göre daha rahattır. Saatte 0,5-1,5 mg nikotin salgılayabilirler (46). Nikotin bandı ile en yavaş salınım sağlanır (47). 7, 11, 14, 15, 21 ve 22mg/ gün doz içeren formları vardır. Ülkemizde bulunan formları 24 saatte 7,14 ve 21 mg doz salınımı olan ürünlerdir (48).

Sigaranın bırakılması aşamalarında 2-4 haftada bir NRT’de doz azaltımı yapılarak, daha düşük dozda nikotin içeren banta geçilir ve tedavi 8-12 haftada sonlandırılır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 21 mg başlanması, bu dozda 4 hafta devam edilmesi, daha sonra 2’ şer hafta süreyle sırayla 14 mg ve 7 mg olarak tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. 10-15 adet/gün içenlerde düşük dozlarla başlanabilir (41).

Karaciğer ve böbrek yetmezliği, hipertiroidi, hipertansiyon, tip I diabetes mellitus, feokromasitoma ve kalp yetmezliği olanlarda NRT kullanımı sırasında çok dikkatli olunması gerekmektedir (41).

2.7.3.1.2.Nikotin Nazal Sprey

Nikotin nazal sprej (NNS) , her püskürtmede 0,5 mg nikotin veren pompa şeklindeki nikotin tedavi formudur. Her burun deliğine birer kez püskürtülür ve her defasında 1 mg alınması amaçlanır (41).

2.7.3.1.3.Nikotin Sakızı

Nikotin sakızlarının 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Sakız formlarının biyoyararlanımları sınırlıdır. 2 mg'lık sakız ile 0,9 mg nikotin alınırken, 4 mg'lık sakız ile 1,2 mg nikotin alınır. Sakızlarda bulunan nikotin, çiğneme sırasında ağız mukozasından emilir. Emilimin iyi olabilmesi için ağzın pH'sı ve çiğneme tekniği önemlidir (41).

2.7.3.1.4.Nikotin sublingual tablet:

Nikotin sublingual tablet 2 mg nikotin içerir. Sigara bırakılması için etkili ve güvenilir bir seçenektir. Tedavi uyumu oldukça yüksektir. En sık görülen yan etkiler; hıçkırık, dispepsi, ağız kuruluğu ile ağız ve boğazda irritasyondur (49).

2.7.3.1.5. Nikotin pastil:

Nikotin pastillerinin 1mg, 2 mg ve 4 mg'lık formları mevcuttur (41).

2.7.3.1.6. Nikotin inhalatör:

Nikotin inhalatör, inhalasyon kartuşlarından oluşur. Her inhalatör kartuşu 10 mg nikotin içermekte ve her kullanışta 1,5-2,0 mg nikotini dışarıya bırakmaktadır (41).

2.7.3.2. İlaç Tedavileri

2.7.3.2.1.Bupropion HCL

Bupropion sigara içme isteği üzerine azaltıcı etkisi olan bir antidepresandır (48).

Bupropion; nontrisiklik, aminoketon bir antidepresif bir ajan olmakla birlikte sigaranın bırakılma oranını plaseboya göre yükseltmekte ve nikotin replasman tedavileri ile birlikte kullanılabilir (50-52).Noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteye sahiptir. Norepinefrin ve dopaminin sinaptik geri alınımının zayıf bir inhibitörüdür.

Bupropion ile yapılan 53 çalışmanın analizinde ilacın tek başına kullanıldığında kişinin sigara bırakma başarısını yaklaşık 2 kat arttırdığı ([OR] 1.94, [CI: % 95] 1.72 to 2.19) saptanmıştır. Bupropion tedavisine NRT eklenmesi tedavi başarısını anlamlı oranda arttırmamaktadır. İlacın uzun süreli kullanımında relaps önlemedeki etkinliği kanıtlanamamıştır (53).

Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. Olgu tedavi alırken sigarayı bırakır ve tedavi aynı dozda sürdürülür (41).En yaygın yan etkisi; ağız kuruluğu, uykusuzluk, uyku bölünmeleri deride kızarıklık ve kaşıntıdır (54,55.). Diğer antidepresanlarda olduğu gibi, konvülziyon riski 1/1000 ve alerjik reaksiyon riski 1/1000-10000'dir (56). Epilepsi öyküsü, nöbet geçirmeyi kolaştıracak alkol kullanımı, bilinç kaybının olduğu kafa travması, hipoglisemik ajan ya da insülin ile tedavi edilen diabetes mellitus öyküsü, nöbet eşiğini düşürecek ilaçlar ile tedavi kullanımı durumunda, ciddi bipolar bozukluklarda, bulimia ve anoreksia nervroza gibi yeme bozuklukları durumunda, hepatik nekrozda, nöbet geçirme öyküsü durumunda kullanılmamalıdır (54,55,57).

2.7.3.2.2. Vareniklin

Vareniklin nöronal nikotik reseptörlerin parsiyel agonistidir. Vareniklin $\alpha 4 \beta 2$ reseptörleri uyararak nikotik agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar, izleyen dönemde vareniklin kullanırken nikotin alınsa bile dopamin salınımında artış olmaz (antagonist etki). Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller (58,59,60).

Vareniklin kullanan olgular sigara içmeye devam ederken tedaviye günde 0,5 mg dozunu ilk üç gün kullanarak başlarlar, takiben 4-7. günler arası 0,5 mg sabah akşam, 8-14. günler arası 1 mg gün dozu ile devam edilir. Başlangıçta ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden olgunun 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda 7. gün sigarayı bırakması amaçlanır. Tedavi 12 haftaya günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak tamamlanır. İlacın ana yan etkisi hafif ve orta şiddette bulantı olmakla birlikte vareniklinin 12 haftadan uzun kullanıldığı 2 araştırmada ilacın iyi tolere edildiği ve uzun süreli kullanılabilceği saptanmıştır (41).

Vareniklinin gebelerde ve süt veren annelerde kullanımı uygun değildir. İlacın en sık bildirilen yan etkisi bulantı (%35,8) dır. Diğer yan etkiler uykusuzluk (% 22), anormal düşler (% 14,4), başağrısı (% 16,8) ve gastrointestinal yakınmalardır (% 22,5)(41).

. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki ve kontredikasyonlarını gösteren **Tablo 2.7.3.2.1.** aşağıdadır.

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

Tablo 2.7.3.2.2.1. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki ve kontredikasyonları

2.8. Sigara ve Aile Hekimliği

Bu kadar yaygın olan sigara alışkanlığı ile mücadelede ülkemizdeki en büyük hekim kitlesini oluşturan birinci basamak hekimlerine son derece önemli görevler düşmektedir.(61)

Hekimlerin tütün mücadelesindeki rolleri rol modeli olma sorumluluğu ile başlar. Sigara içen hekimlerin kendilerine başvuranlara sigara içmenin zararlarını söylemesi inandırıcı olmaz (6).

Birinci basamakta, sigara kullanan hastalara sadece sigara bırakma önerisi, bu kişilerin %6'sının alışkanlıklarından kurtulmalarını sağlamaktadır. Bu öneriyle beraber mantıklı şekilde sigaranın zararları anlatılırsa başarı oranı daha da arttığı gözlenmiştir (56).

Sigara bırakma işleminde hekimlerin rolü kişinin kendisinden sonra ikinci önemdedir (62). Bu rolü sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirici, özendirici ve destekleyici olmak, ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik gerekli tıbbi yardımlarda bulunmak ve bırakma eyleminin devamını sağlamak için bireyi desteklemektir (63-65)

Hekimlerin, bireyleri sigara bırakmaya yönlendirirken izlemeleri gereken yol kısaca şöyle olmalıdır(64)

1. Hastanın sigara bırakmaya karşı tutumunu saptayın. (Motivasyon derecesini belirleyin)
2. Hastaya sabırla sigarayı bırakmasını öğütleyin ve bilgilendirin.
3. Sigara bırakma yöntemleri konusunda yol gösterin
4. Gerektiği kadar ya da olabildiğince destek olun
5. Kararlı fakat sempatik bir tavır sergileyin.(62)

Bu konuya yaklaşımlarını araştırmak üzere bölgemizde yaptığımız çalışmada hekimlerin yarısından fazlasının (%64,2) muayene ettikleri hastalarının sigara içme alışkanlıklarını sorguladıklarını belirtirken %45,4'ü sigara içen hastalarına bırakmayı önermekte, %23,9'u bırakma yöntemleri konusunda,%18,9'u ise bırakma sonrası ortaya çıkabilecek yoksunluk belirtileri konusunda bilgi vermekteydi. Ayrıca hekimlerin %30 oranında sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaması da ilgi çekici idi (62).

Hasta ve hekimlere bu sorgulama konusunu ayrı ayrı sorduğumuzda hekimler %90'ın üzerinde hastaların alışkanlıklarını sorguladıklarını ifade ederken, hastalar bu oranı ancak %50'lerde ifade etmekteydi. Sigara bırakma ve yöntemleri konusundaki bilgilendirmeyi ise hekimler %45- 60 oranlarında yaptıklarını ifade ederken hastalar bu oranı %7'nin üzerine çıkarmamaktaydı. Bu sonuçlar hekimlerin bu konuya yeterince önem vermediğini, ya konu hakkında ciddi bilgi eksikleri olduğunu ya da hasta ve hekimin birbirlerini anlamada sorunları olduğunu düşündürmektedir. Oysa yapılan tüm çalışmalar hekimlerin bu savaşta kilit rol üstlenmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Hekimden gelecek öğüt çok stratejik bir nokta olarak belirlemektedir (66,67).

Kanımızca en önemli sorun hekimlerin bilgi eksikliğidir. Bu konuda verilecek eğitim tıp fakültelerinde başlamalı ve mezuniyet sonrası dönemde de sürmelidir. Yapılan anket çalışmalarında hekimler bilgi eksiklerini ortaya koymuşlar ve bu eksiklik nedeniyle böyle bir çabanın içine girmediklerini ifade etmişlerdir. Onları bilgi desteği ile yüreklendirmek önemli bir adım olacaktır (66,68,70).

Tütün kullanıcılarının belirlenmesi ve kısa tavsiyeler verilmesi temel sağlık hizmetlerinin ve rutin kontrollerin bir parçası olmalı, ayrıca kullanıcılara düzenli olarak tütünü bırakmaları önerilmelidir. Kısa ve özlü danışmanlıklar alışkanlığı bırakmada oldukça etkili ve düşük maliyetlidir. Doktorlar tarafından verilen, genel sağlık kontrolünün bir parçası olan açık ve kişiye özel tavsiyeler bu alanda en etkili yoldur.(71,73)

Tablo 3. Sağlık personeli örgütlerinin tütün kontrolündeki sorumlulukları

1. Üyelerinin sigara içmeyerek ve tütünsüz bir kültürü destekleyerek rol model olmalarını teşvik etmek ve yüreklendirmek
2. Üyelerinin tütün kullanım alışkanlıklarını ve tütün kontrolü ile ilgili tutumlarını izlemek ve uygun politikaları hayata geçirmek
3. Örgüt binalarını ve etkinliklerini tütünsüz hale getirmek ve üyelerinin de aynı şeyleri yapmalarını teşvik etmek
4. Sağlıkla ilgili kongre ve konferanslarda tütün kontrolünü gündeme almak
5. Üyelerine, hastalarına rutin olarak tütün tüketimlerini ve tütün dumanına maruziyetlerini sormalarını, sigarayı nasıl bırakacakları konusunda öneride bulunmalarını ve bırakma sürecinde uygun izlemlerde bulunmalarını sağlamaları konusunda tavsiyede bulunmak
6. Sağlık kuruluşları ve eğitim merkezlerinin sağlık personeli eğitim programlarına sürekli eğitim veya diğer eğitim programları ile tütün kontrolünü dâhil etmeleri konusunda etkilemek
7. Her 31 Mayıs günü yapılan Sigarasız Dünya Günü etkinliklerine aktif olarak katılmak
8. Tütün endüstrisinin her türlü (parasal veya diğer) desteğini kabul etmekten ve tütün endüstrisine yatırım yapmaktan kaçınmak, üyelerinin de benzer davranışta bulunmalarını teşvik etmek
9. Tütün endüstrisi ile ilişkili veya bu endüstride hisseleri bulunan kuruluşlarla ticari veya diğer ilişkiler konusunda yazılı bir politikaya sahip olunmasını sağlamak

10. Binalarında tütün ürünlerinin satışını ve tanıtımını yasaklamak, üyelerinin de benzer etkinlikte bulunmalarını teşvik etmek

11. Hükümetlerinin Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve sözleşmesini imzalaması, onaylaması ve hayata geçirmesini aktif olarak desteklemek

12. Finansal ve/veya diğer kaynaklarını tütün kontrolüne ve bu yönergenin uygulanmasına tahsis etmek

13. Sağlık personeli ağlarının tütün kontrolü etkinliklerine katılmak

14. Tütünsüz kamusal alanlar kampanyalarını desteklemek(13)

Sigara içen doktorlar, içmeyen meslekdaşlarına göre sigaranın sağlığa etkilerini daha az önemsemekte, hastalarına sigarayı bırakmaları konusuna daha az öneride bulunmakta, sigarayı bırakmada onlara daha az yardımcı olmakta ve tütün kontrolünde hekimlerin rolüne daha az inanmaktadırlar (74,75).

Hekimler, sigara içmeme, çalıştıkları işyerini dumansız hale getirme, hastaları-na sigarayı bırakmaları konusunda öneride bulunma ve sigara bırakma tedavisi dışında, ulusal tütün kontrol programını kendi bölgesinde hayata geçirmek için de çalışmak ve tütünsüz yaşam savunucusu olarak görev yapmak durumundadır (76.). Tütün kontrol programının başarısız olması durumunda hekim olarak yaptığı girişimler yetersiz ve etkisiz kalacaktır. TTB Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesi de bu gerçeği bütün açıklığı ile vurgulamaktadır (77).

2.9. Sosyal Destek

Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanabilir. Bireyin bu sosyal destek sistemi ve sosyal ilişkilerini pekiştiren, yürürlükte olan sosyal, politik ve ekonomik nitelikli birtakım destekleyiciler bulunmaktadır. Bu çerçevede bireyin ailesi, en geniş aile çevresi, arkadaşları, karşı cins arkadaşı, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır (78).

Sosyal destek sisteminin bilinmesi bireye (danışan) farklı şekilde yardım edebilir. Caplana göre sosyal destek sistemlerinin bilinmesi bireylere, (a) bireyin psikobiyojik kaynaklarını harekete geçirmesine yardım ederek, b) isteklerinin karşılanmasına yardım ederek, (c) beceriler kazandırarak ve maddi ve parasal kaynaklara ulaşmasına yardım ederek, (d) bireye rehberlik yaparak, bilgi sunarak, yardım sağlamaktadır. Sosyal destek sistemlerinin

bireylere üç şekilde yardım ettiğini ileri sürülmektedir. (a) bireyin yaşam durumlarını olumsuz etkileyen bazı elementleri elimine ederek veya etkisini azaltarak, (b) olumsuz yaşam durumları karşısında bireyin dayanma gücünü artırarak ve böylece sağlık durumunun daha iyileşmesine katkıda bulunarak, (c) çevresel gerginleştiricilerin etkilerine karşı kısmen veya tümüyle tampon görevi yaparak bireylere yardım eder (78).

İnsanlar tütün ürünlerini kullanmaya henüz ergenlik veya genç yetişkin döneminde başlarlar (79). Bu yaş grubundaki insanlar sağlıkları ve yaşamları konusundaki riskler hususunda daha az endişe ederler ve riskli davranışlara daha meyillidirler. Ayrıca bu yaş grubundaki insanlar reklamlardan ve toplum baskısından etkilenmeye daha yatkındırlar (80,81). Ailede sigara kullanan bir birey olması adölesanların sigara ile tanışmasına neden olmaktadır. Ebeveynin sigara kullanması sigara kullanma riskini iki kat artırmaktadır. Özellikle aile desteğinin yetersizliği, aile ile yetersiz ilişki bu dönemde sigara kullanmayı artırmaktadır (82).

Sigara içmede ailenin rolü iyi bilinmektedir. Anne, baba veya kardeşleri sigara içen bireylerin anne, baba veya kardeşleri sigara içmeyen bireylere göre daha fazla sigara içtiği bildirilmiştir (83).

Bireylerde sigara bırakma sadece bireysel faktörlere bağlanamaz ,sigara bırakmada sosyal çevrenin etkisi vardır (84). Bu yüzden danışmanlık verilirken hastaya problem çözme becerileri kazandırılmalı ve tedavi süresince hastanın sosyal çevresinden destek alınması sağlanmalıdır (4).

2.10.Sigara ve Hastalık

Tütün önlenebilir hastalıkların ve erken ölümlerin tüm dünyada en sık nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sigara içimine bağlı ölümler, her 3 erken kanser ölümünden birini, tüm erken ölümlerin beşte birini oluşturmaktadır (85).

Tütün kullanımı, akciğer kanseri, kalp ve solunum sistemi hastalıkları gibi çok sayıda önemli sağlık sorununun oluşmasında en önemli risk faktörüdür. Hastanelere başvuru kayıtlarında, 1960'lardan bu yana geçen 40 yıllık sürede akciğer kanseri, kalp ve akciğer hastalıkları nedeni ile olan başvuran hasta sayısında ciddi artış olduğu görülmektedir. Akciğer kanseri nedeni ile olan başvurular 1963-2004 yılları arasında 40 kattan fazla artmıştır Bu artış bir ölçüde sağlık hizmetlerine ulaşma olanaklarının artışı ile açıklanabilirse de sigara kullanımındaki artışın da bunda önemli payı vardır (86).

Sigara içmek veya pasif sigara dumanına maruziyet ilk etkisini üst solunum yollarında gösterir (13). Üst solunum yolu enfeksiyonlarına yatkınlığı artırır ve aerodijestif bölge kanserlerinin en önemli etyolojik ajanıdır (87,88).

Sigara içen bireylerle birlikte yaşayan çocuklarda, başta erken çocukluk dönemi olmak üzere tüm çocukluk boyunca kulak, burun, sinüsler, boğaz ve alt solunum yolu enfeksiyonları ve astım belirtileri daha kolay oluşur (89,90). Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da yapılan bir çalışmada 8-11 yaş çocuklar arasında ailede sigara içiciliğinin üst solunum yolu enfeksiyonunu 1.7 kat artırdığı saptanmıştır (91).

Tütüne bağlı akciğer hastalıkları çok sık gördüğümüz kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve akciğer kanserinden, nadir gördüğümüz langerhans hücreli histiyositozise (LHH) kadar geniş bir hastalık yelpazesine sahiptir. Akciğer kanserinin %94'nün nedeni tütündür. Akciğer kanseri gelişme riski sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre 20 kat daha yüksek bulunmuştur.(13)

Sigara, kardiyovasküler hastalıkların ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Koroner kalp hastalığı riskini 2-4 kat arttırabilen sigara, bu hastalıktan kaynaklanan ölümlerin %70'inden fazlasında ve ani ölümlerde risk arttırıcı faktör olarak rol alır. Sigaranın bırakılmasını takibeden birinci yılda, koroner kalp hastalığından ölüm riskinde %50 kadar azalma olur. (92,93)

Tütünün özofagusla ilgili en önemli etkileri gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) ve özofageal kanser üzerinedir (13).Tütün kullanımı, AÖS tonusundaki azalmayla birlikte reflü sıklığı ve retrosternal ağrı ve yanma yakınmasında artışa neden olur (94,95).

Sigara içiminin hem kadınlarda hem de erkeklerde üreme fonksiyonları üzerine olumsuz etkisi vardır. Sigara erkeklerde doğurkenlik ve sperm fonksiyonlarını anlamlı derecede azaltmaktadır (96). Hamilelikte sigara içimi fetüs için gerekli oksijenin sağlanabilirliğini azaltır ve sigaranın toksik ürünlerinin etkisi ile hem fötal, hem de maternal komplikasyonlara yol açar (93,97)

3.MATERYAL VE METOD

3.1.Araştırmanın Tipi ve Araştırma Sorusu

Bu çalışma Samsun ilinde 2012-2013 yılları arasında OMUTF Sigara Bıraktırma Polikliniğine başvurup uzun dönemde sigarayı bırakan hastalarda sigara bırakma ile aile ve sosyal desteğin etkisini araştırmak amacıyla telefon konsültasyonu ile yapılmış retrospektif, analitik, kontrollü ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni OMUTF Sigara Bıraktırma Polikliniğine 2012 Ocak-2013 Ocak tarihleri arasında başvuran tüm hastalardır.

3.3. Örneklem Seçimi

18 yaşından büyük olan, 65 yaşından küçük olan ,en az bir yıldır düzenli sigara içen, sigara bırakmak amacıyla 2012 ocak-2013 ocak yılları arasında OMU Aile hekimliği sigara bıraktırma polikliniğine başvurmuş ve birer hafta ara ile en az iki motivasyonel görüşme gerçekleştiren, bilinen başka bir madde bağımlılığı olmayan gönüllü hastalar seçilmiştir.

3.4. Araştırmanın Metodolojisi

. Çalışmaya 2012 ile 2013 yılları arasında OMUTF aile hekimliği sigara bıraktırma polikliniğine başvuran 18 yaş üstü gönüllü hastalar dahil edilmiştir. Bu dönemde polikliniğimize başvurmuş olan 504 hastanın dosyası taranarak bu kişilerin demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum v.b) bilgileri derlendi. Daha sonra kişilerin sigara kullanma özellikleri araştırıldı. Bu bağlamda Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Anketi vasıtasıyla kişilerin bağımlılık durumları, şimdiye kadar içtikleri sigara miktarı (paket/yıl) hesaplanacak ayrıca kişilerin aldıkları tedavi yöntemleri ve takip bilgileride kayıt edilmiştir. Hasta dosyalarından elde edilen telefon numaraları aranacak ve ulaşılabilen her bir hastayla yapılandırılmış bir görüşme gerçekleştirildi. Ortalama her bir katılımcı ile beş dakika kadar görüşülmüştür. İlk olarak çalışmanın amacı açıklandıktan sonra herbir katılımcıdan çalışma için sözlü onam alındı. Daha sonra kişilerin sigara içme durumları (Bıraktı/bir süre bıraktı yeniden başladı/hiç bırakmadı) tespit edildi.. Sigarayı bırakanların ne kadar süredir sigara bıraktıkları ve yeniden sigaraya başlayanların ne kadar sigarasız kaldıkları sorulmuştur.Daha sonra kişilere sigara bırakma kararı almalarında, sigarayı bırakırken ilk dönemde (ilk dört hafta) ve sigarasız dönemin sürdürülmesinde ailelerinin ve sosyal çevrelerinin etkili olup olmadığı soruldu. Sigaraya tekrar başlayan kişilerin neden sigaraya başladıkları da soruldu.

(Halen bırakmış olanlar/ Bir ara bırakmış olanlar/ hiç bırakamayanlar) Bu grupların özellikleri birbirleri ile karşılaştırıldı. Çalışmaya dahil edilecek vakalara uygulanan soru seti aşağıdadır :

Kaç kez sigara bıraktırma polikliniğimize geldiniz?

Şu anda sigara kullanıyor musunuz?

Eğer sigarayı bırakıp tekrar başladıysanız neden başladınız?

Sigarayı en uzun bırakma süreniz nedir?

Tekrar sigara bıraktırma polikliniğimize gelmek ister misiniz?

Sigara bırakma kararı almalarında aileniz ne kadar destek olmuştur?,

Sigara bırakma kararı almalarında sosyal çevre(arkadaş) ne kadar destek olmuştur?,

Sigarayı bırakırken ilk dönemde (ilk dört hafta) aileniz ne kadar destek olmuştur?,

Sigarayı bırakırken ilk dönemde (ilk dört hafta) sosyal çevre ne kadar destek olmuştur?,

Sigarasız dönemin sürdürülmesinde aileniz ne kadar destek olmuştur?,

Sigarasız dönemin sürdürülmesinde sosyal çevreniz ne kadar destek olmuştur?

Bunun için hastalardan bu desteği 1 ile 10 arasında numaralandırılması istenmiştir.

3.5. İstatiksel Analiz

Elde edilen veriler bilgisayara işlenerek SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0 paket program ile istatistik analizleri yapılmıştır. Toplanan veriler sınıflandırılmasında parametrik ve non-parametrik testler (Ki-Kare, Independent Sample T-Test, ANOVA, Logistik Regresyon Analizi vb) kullanılmış ve yapılan istatistiksel analizlerde $p < 0,005$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmada karşılaşılan güçlükler ve kısıtlılıklar

Taradığımız hastaların telefon numaraları aradan iki yıl geçtiği için değişmişti. Bu yüzden hastalara ulaşma oranı beklenenin altında gerçekleşmiştir. Anketteki soruları telefon ile sorduğumuz için hastaların bazı soruları anlamakta ve cevaplandırmakta zorlandığı izlenmiştir. Ayrıca sigara bırakma durumları hastaların ifadesi ile elde edilmiş herhangi bir biyokimyasal yöntem kullanılmamıştır.

3.7. Etik Kurul

Çalışmamız için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurukundan izin alınmıştır (Etik Kurul Onay no=2015/315). (Bakınız Ek -3)



4.BULGULAR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sigara Bıraktırma Polikliniğine 2012-2013 yılları arasında başvuran hastalar arasından basit rastgele randomizasyon yöntemi ile seçilen 504 hastanın dosya bilgileri incelenmiş ve bu kişiler doğrudan telefonla aranmıştır. Telefonla bu kişilerin 330'una (toplam %65,5) ulaşılmış ve bu vakaların verileri çalışmamızın ana çalışma sorusu olarak değerlendirmeye alınmıştır.

4.1. Çalışmaya katılanların sosyodemografik verileri

4.1.1.Cinsiyet

Taradığımız dosyalardaki katılımcılardan 504 vakanın 311'i (% 61,7) erkek, 193'ü (% 38,3) ise kadındı.

4.1.2 Yaş

Taranan dosyalardaki vakaların ortalama yaşı $40,6 \pm 12,5$ yıl (en az=15, en çok=72) olarak bulunmuştur. Katılımcıların ortalama yaşları her iki cinsiyet açısından birbiri ile karşılaştırıldığında kadınların ($42,5 \pm 11,3$ yıl) erkeklere ($39,4 \pm 13,1$ yıl) göre üç yıl daha yaşlı olduğu gözlemlendi. Her iki cinsiyet arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($t=2,716$, $p=0,007$).

4.1.3 Medeni Durum

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında; 254 kişi (%80,1) evli, 61 kişi (%19,2) ise bekârdı. Her iki cinsiyetin medeni durumları arasında istatistiksel açıdan fark vardı ($\chi^2=14,677$, $p<0,001$). Katılımcıların cinsiyetlere göre medeni durumu aşağıdaki Tablo 2.1.3.1de sunulmuştur.

	Evli		Bekâr		Toplam
	S	%	S	%	
Erkek	134	52,8	50	79,4	184
Kadın	120	47,2	13	20,6	133

4.1.4.Meslekler

Vakalarımızın çoğu ev hanımı (97 kişi) idi ve bu kişiler tüm çalışma grubunun %21,5 ini oluşturmaktadır. Hastalarımızın mesleklerinin cinsiyetlere göre sınıflandırılması aşağıda Tablo 2.1.4.1. de sunulmuştur.

Meslekler	Erkek		Kadın		Toplam
	S	%	S	%	
Memur	47	70,1	20	29,9	67
Ev hanımı	0	0	97	100	97
İşçi	83	91,2	8	8,8	91
Tarım işçisi	5	100	0	0	5
Öğrenci	28	87,5	4	12,5	32
Emekli	57	72,2	22	27,8	79
Mühendis	6	85,7	1	14,3	7
Asker	4	100	0	0	4
Serbest meslek	56	82,4	12	17,6	68
Çalışmıyor	0	0	1	100	1
Toplam	286		165		451

4.2.Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların sigara içme durumları ve sigara içme özellikleri

4.2.1.Hastalardaki nikotin bağımlılığı düzeyi (FNBT skorları)

Hastalarımızdaki nikotin bağımlılık düzeyi FNBT skoru ile ölçülmüştür. Çalışma grubunun ortalama FNBT skorunun $5,8\pm 2,4$ puan (en az=0, en çok=10) olduğu bulunmuştur. Erkeklerin FNBT skorunun ortalama $6,03\pm 2,3$ puan olduğu izlenirken kadınların ortalama puanı $5,57\pm 2,5$ idi. FNBT skorları açısından değerlendirildiğinde erkeklerin, kadınlara göre 0,5 puan daha bağımlı olduğu gözlenmiştir. Her iki cinsiyet arasında oluşan bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu izlendi ($t=1.991$, $p=0,047$).

Her iki farklı cinsiyette çalışmaya dâhil edilen vakaların FNBT skorlarına göre bağımlılık düzeyleri (hafif, orta, ağır) aşağıda Tablo 2.2.1.1de gösterilmiştir. Buna göre

cinsiyetlerle, bağımlılık düzeylerini gösteren gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki izlenemedi ($\chi^2=0,807,p=0,668$).

Tablo 4.2.1.1: Cinsiyetlere göre FNBT skorları ile belirlenen bağımlılık düzeyi grupları						
	Hafif düzeyde bağımlı grup*		Orta düzeyde bağımlı grup **		Ağır düzeyde bağımlı grup †	
	S	%	S	%	S	%
Erkek	49	57,6	159	62,6	86	63,2
Kadın	36	42,4	95	37,4	50	36,8
* FNBT skoru 0 ile 3 puan arası olanlar						
**FNBT skoru 4 ile 6 puan arası olanlar						
† FNBT skoru 8 puandan fazla olanlar						

Hastaların total FNBT skorlarının aritmetik ortalamaları ile paket/yıl ortalamaları birbirleri ile karşılaştırıldığı zaman her iki değişken arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu izlendi ($r=0,353, p<0,001$).

Çalışma grubunun yaşlarının ortalamaları ile FNBT skorlarının ortalamaları karşılaştırıldığında ise ikisi arasında istatistiksel açıdan önemli bir korelasyon saptanamadı ($p=0,908$)

4.2.2.Hastalarımızın paket/yıl ortalamaları

Vakalarımızın şimdiye kadar kullandıkları sigara miktarını belirlemek için paket/yıl değişkeni kullanılmıştır. Buna göre çalışma grubunun ortalama paket/yıl değeri $24,1\pm 18,7$ idi (en az=1 en çok=120). Erkeklerin paket/yıl ortalaması $26,7\pm 20,6$ iken kadınların paket/yıl ortalaması $19,9\pm 14,4$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre erkeklerin kadınlara göre ortalama 7 paket/yıl daha fazla sigara kullandığı izlenmiştir. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,749, p<0,001$).

Vakaların yaşlarının ortalamaları ile paket/yıl ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon izlenmiştir ($r=0,639, p<0,001$). Her iki cinsiyet ayrı ayrı incelendiğinde farklı cinsiyetteki vakalarının yaşların ortalama değerleri ile paket/yıl değerleri arasında anlamlı bir ilişki vardı (Erkekler için $r=0,734$ ve kadınlar için $r=0,544, p<0,001$). Ancak erkeklerin kadınlara göre paket/yıl ile yaşlarının ortalamaları arasında istatistiksel bir ilişki saptanamadı.

4.2.3.Katılımcıların evinde diğer sigara içen kişiler

Katılımcılarımızdan 306 (%60,7) kişinin evinde kendinden başka en az bir kişi sigara içmektedir. Vakalarımızdan 189 kişi (%42,6) evinde kendisinden başka sigara içen başka bir kişi olmadığını bildirmiştir. Eşi sigara içen 134 kişi (%30,2), kardeşi sigara içen 14 kişi (%3,2), annesi sigara içen 2 (%0,5) kişi, babası sigara içen 17 kişi (%3,8), çocuğu sigara içen 49 kişi (%11), ev arkadaşı sigara içen 3 kişi (%0,7) bulunmaktaydı. Vakalarımızın evinde kendisinden başka en az iki kişi sigara içen 36 kişi (%8,1) vardı. Kendisinden başka evinde sigara içen kişilerin dağılımı vakalarımızın cinsiyetine göre aşağıda Tablo 2.2.3.1.de gösterilmiştir.

Tablo4.2.3.1. Cinsiyete göre evde sigara içen kişi durumu					
	Erkek		Kadın		
	S	%	S	%	
Olmayan	138	73	51	27	189
Eşi	62	46,3	72	53.7	134
Anne	1	50	1	50	2
Baba	15	88,2	2	11.8	17
Kardeş	11	78.6	3	21.4	14
Çocuk	27	55.1	22	44.9	49
Ev arkadaşı	3	100	0	0	3
Birden fazla kişi	19	52.8	17	47.2	36
	276		168		444

4.3.Hastaların Kullandığı Sigara Bırakma Yöntemleri ve Tedavi Süreleri

4.3.1. Motivasyonel Görüşme (MG)

Polikliniğimize tedavi için başvuran tüm hastalara MG rutin olarak uygulanmaktadır. 83 hastada (%25) gerek herhangi bir medikal (NRT ve /veya ilaç tedavisi) tedavi endikasyonunun olmaması veya olası kontrendikasyon nedeni ile sadece MG tercih edilmiştir.

4.3.2 Nikotin Replasman Tedavileri

Telefonla ulaştığımız 330 hastadan 205 kişi (62,1) i herhangi bir NRT kullanmadığını belirtmiştir. 59 kişi (17,9) nikotin sakızı, 21 kişi (% 6,4) nikotin bandı, 45 kişi (13,6) ise hem sakız hem de bant kullandığını belirtmiştir. Cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde NRT kullanma durumları arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.039,p=0,564$).

Cinsiyetlere göre NRT kullanma oranları Tablo 3.3.2.1.de gösterilmiştir.

	NRT kullanmayan		Sakız		Bant		Sakız ve Bant Beraber		Toplam
	S	%	S	%	S	%	S	%	
Erkek	126	61.5	33	55.9	14	66.7	31	68.9	204
Kadın	79	38.5	26	44.1	7	33.3	14	31.1	126

4.3.3.İlaçlar

Telefonla ulaştığımız vakalardan 121 kişi (% 36,7) hiçbir ilaç kullanmazken, 68 kişi (%20,6) Vareniklin (Champix ®) ve 141 kişi ise Bupropion (Zyban®) (% 42,7) kullandığını belirtmiştir. Kullanılan ilaç tercihinin cinsiyetlere göre dağılımı aşağıdaki Tablo 3.3.3.1.de verilmiştir.

	İlaç kullanmayan		Vareniklin		Bupropion		Toplam
	s	%	s	%	s	%	
Erkek	65	53.7	47	69.1	92	65.2	204
Kadın	56	46.3	21	30.9	49	34.8	126

4.3.4. Başvuru Sayısı

Ulaştığımız vakalar ortalama $2,41 \pm 1,81$ kez sigara Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniğine vizite gelmişlerdir (en az=1 ,en çok=12). Polikliniğimize ilk başvurudan sonra en sık bir kez (s=137, %41,5) , daha sonrasında iki kez daha (s=81, %24,5) başvurulmuştur. Geri kalan hastalar da polikliniğimize çeşitli sayılarda gelmişlerdir. Erkekler ile kadın vakaların başvuru sayısı açısından istatistiksel açıdan bir fark yoktu (t=1,656, p=0,099).

4.4.Tedavi Sonrası Vakaların Sigara Kullanma Durumları

Ulaşılan 330 vakanın sigara bırakma performansları incelendiği zaman 85 kişinin (%25,8) sigarayı tamamen bıraktığını belirtmiştir. 117 kişinin (%35,5) polikliniğimize geldikten sonra hiç sigarayı bırakmadığı izlenirken 128 kişi (%38,8) ise sigarayı bir süre bırakıp yeniden içmeye başlamıştır. Sigara içme durumlarını erkek ve kadınlarla karşılaştırıldığında gerek sigarayı tamamen bırakma, yeniden başlama veya hiç bırakmama oranları arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=2.335$, p=0,311).

Vakalarımızın cinsiyetlerine göre sigara kullanma durumları aşağıda Tablo 4.4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4.1. Cinsiyetlere göre sigara bırakma durumları							
	Sigara içen		Bırakıp yeniden başlayan		Sigarayı bırakan		Toplam
	s	%	s	%	s	%	
Erkek	73	35.8	84	41.2	47	23	204
Kadın	44	34.9	44	34.9	38	30.2	126

Erkeklerin % 23 (s=47) ü sigarayı bırakmış,% 35,8 (s=73) i içiyor,%41,2(s=84) si ise sigarayı bırakıp yeniden başlamıştır.

Kadınların ise % 30,2(s=38) si sigarayı bırakmış, % 34,9(s=44) u içiyor, % 34,9(s=44) u ise sigarayı bırakıp yeniden başlamıştır.

Sigara bırakma durumlarına göre değerlendirildiğinde; katılımcıların ortalama yaşları ile sigara bırakma durumları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (F=0,541, p=0,583). Sigara bırakma durumları ile paket/yılları arasında da fark gözlenmemiştir (F=1,408, p=0,216).

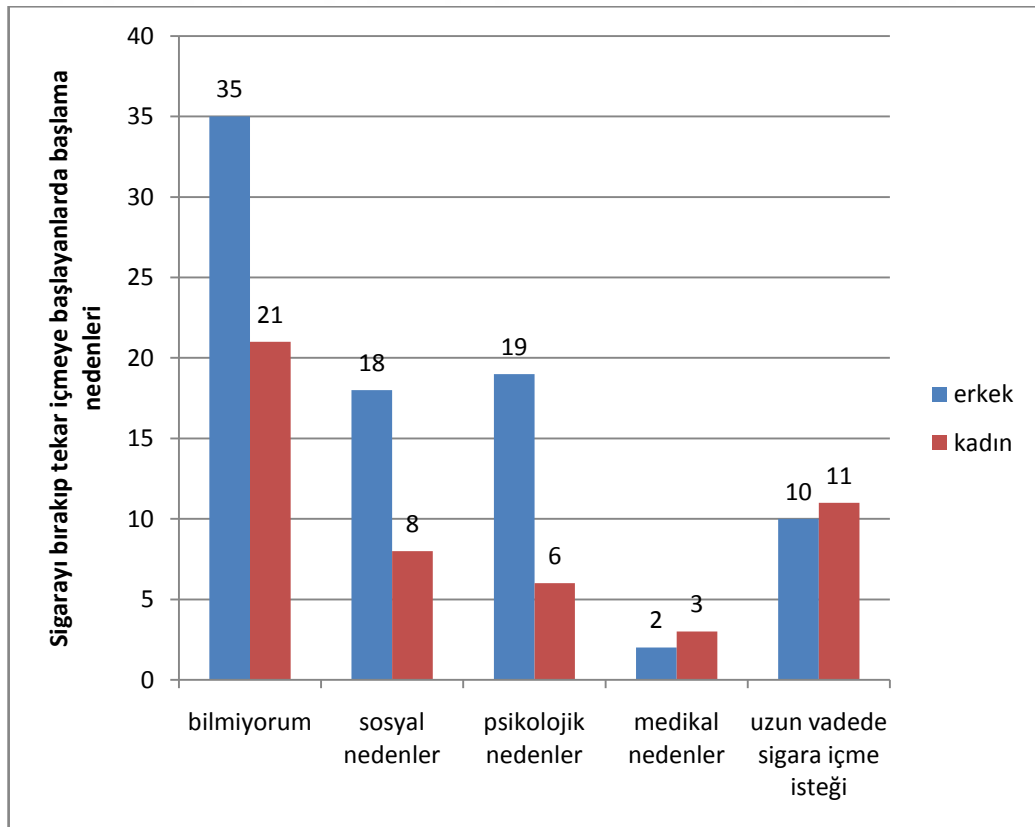
Genel vakaların FNBT skorları ile sigara bırakma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki izlenmiştir (F=4,235, p=0,015). Buna göre sigarayı bırakmış olanların ortalama FNBT skorları $5,06 \pm 2,4$, yeniden başlayanların $5,69 \pm 2,3$ ve hiç bırakmamış olanların ise $6,07 \pm 2,3$ puan olarak bulunmuştur. Buna göre bırakmış olanlarla yeniden başlamış olan vakaların ortalama FNBT skorları arasında istatistiksel bir fark yokken, bırakmışlarla halen sigara içenler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bırakma durumları ile FNBT arasında ilişki cinsiyet açısından incelendiğinde ise FNBT ile bırakma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (F=2,883, p=0,058). Buna göre sigarayı bırakmış olanlar erkeklerin ortalama FNBT skorları $5,11 \pm 2,5$, yeniden başlayanların $6,01 \pm 2,1$ ve hiç bırakmamış olanların ise $6,10 \pm 2,3$ puan olarak bulunmuştur. Erkeklerde sigara bırakanların ortalama FNBT skorları bırakmayanlara göre ve bir ara bırakanlara göre bir puan daha düşük olmasına rağmen arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşmamıştı (F=2,118, p=0,125). Buna göre sigarayı bırakmış olan kadınların ortalama FNBT skorları $5,0 \pm 2,3$, yeniden başlayanların $5,09 \pm 2,6$ ve hiç bırakmamış olanların ise $6,02 \pm 2,4$ puan olarak bulunmuştur. Benzer şekilde kadınlarda da sigara bırakanların ortalama FNBT skorları bırakmayanlara göre ve bir ara bırakanlara göre 1 puan daha düşük olmasına rağmen arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşmamıştı.

4.4.1. Sigarayı bırakıp yeniden başlayanların sigarayı bırakma süreleri ve tekrar başlama nedenleri

Ulaştığımız hastalardan 128 kişi (38,8) sigarayı bırakıp yeniden başlamıştır. Vakalar ortalama 185 ± 228 gün (en az=4, en çok=1278) sigarayı bırakmışlardır. Sigaraya bırakıp tekrar başlayanlarda cinsiyet ile tekrar başlama nedenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu ($\chi^2=6.020$, $p=0,198$). Benzer şekilde sigarayı bırakıp yeniden başlayanların cinsiyetleriyle bırakma süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştı ($t=1.472$, $p=0,144$).

Sigarayı bırakıp yeniden başlayan çeşitli nedenlerle sigaraya yeniden başlamışlardır. Hastaların %39,8 i (s=51) tekrar başlama sebebini bilmediklerini, %20,3 (s=26)ü aileden ve arkadaşlarından etkilenerek tekrar sigaraya başladıklarını belirtmiştir. Geri kalan 25 kişi (%19,5) psikolojik nedenlerle, 5 kişi (%3,9) medikal nedenlerle, 21 kişi ise (%16,4) uzun vadede sigara içme isteği nedeniyle tekrar sigara içmeye başlamışlardır. Cinsiyetlere göre sigara bırakma nedenlerinin sınıflandırılmasına ait Grafik.4.4.1.1. aşağıda gösterilmiştir.



Grafik 4.4.1.1. Cinsiyetlere göre sigara bırakma nedenleri

Sigarayı hiç bırakmamış olan gruptaki vakaların %65,6 sı (s=59) ve sigarayı bir ara bırakıp tekrara başlayanların %65,4 ü sigara bırakma polikliniğine başvurmayı istediklerini belirtmişlerdir. Gruplar arasında sigarayı hiç bırakmamış ile sigarayı bir ara bırakmış olanlar arasında sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurma isteği arasında bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=0,901$, $p=0,509$).

4.5.Ailevi ve sosyal destek puanları karşılaştırması

Grubumuz incelendiğinde Sigara Bırakma Kararı Alırken Ailenizden Ne Kadar Destek Aldınız? sorusuna verilen cevabın ortalaması $8,5\pm 2,8$ (en az=0, en çok=10) idi. Bu puanlar arasında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktu ($t=0,952$, $p=0,342$).

Yapılan analize göre; Sigara Bırakma Kararı Alırken Sosyal Çevrenizden Ne Kadar Destek Aldınız? sorusuna verilen cevap ortalaması $5,2\pm 3,7$ (en az=0, en çok=10) idi. Her iki cinsiyet açısından değerlendirdiğimizde kadınların erkeklerden anlamlı oranda arkadaşlarından daha fazla olumlu geri bildirim aldığı gözlenmiştir ($t=2,507$, $p=0,013$).

Çalışma grubumuzun “Sigara Bırakırken Ailenizden Ne Kadar Destek Aldınız?” sorusuna verdiği cevap ortalaması $8,6\pm 2,8$ (en az=0, en çok=10) idi. Her iki cinsiyetteki katılımcılarımızın aileden eşit destek aldığı görülmüştür ($t=0,634$ $p=0,527$).

Sosyal destek açısından durum farklıdır. “Sigara Bırakırken Sosyal Çevrenizden Ne kadar Destek Aldınız?” sorusuna verilen cevabın ortalaması $5,3\pm 3,9$ puan (en az=0, en çok=10) idi. Her iki cinsiyet açısından değerlendirdiğimizde ise istatistiksel açıdan kadınların erkeklerden anlamlı oranda daha fazla arkadaş desteği aldıklarını görülmüştür ($t=2,398$, $p=0,017$).

Grubumuzun “Sigarayı Bıraktıktan Sonra Ailenizden Ne Kadar Destek Aldınız?” sorusuna verdiklerin cevap ortalaması $8,7\pm 2,8$ (en az=0, en çok=10) olarak bulunmuştur. Buna göre ailevi destek her iki cinsiyet açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak yaklaşık aynı bulunmuştur ($t=0,695$, $p=0,488$).

“Sigarayı Bıraktıktan Sonra Sosyal Çevrenizden Ne Kadar Destek Aldınız?” sorusuna verilen cevabın ortalaması $5,4\pm 3,9$ (en az=0, en çok=10) olarak bulunmuş olup.

istatistiksel açıdan kadınların erkeklerden anlamlı oranda arkadaşlarından daha fazla destek aldıkları görülmüştür ($t=2.448, p=0,015$).

Cinsiyete göre ailenin ve sosyal çevrenin sigara bırakma kararı, sigara bırakılması ve sürdürülmesindeki etkisine dair olan Tablo 4.5.1. aşağıda gösterilmiştir.



Tablo 4.5.1. Cinsiyete göre ailenin ve sosyal çevrenin sigara bırakma kararı, sigara bırakılması ve sürdürülmesindeki etkisi			
Sorular	Erkek	Kadın	t, P
Sigara Bırakma Kararı Alırken Ailenizden Ne Kadar Destek Aldınız?	8.6±2.6	8.3±3.2	t=0,952 ,p=0,342
Sigara Bırakma Kararı Alırken Sosyal Çevrenizden Ne Kadar Destek Aldınız?	4.8±3.7	5.8±3.6	t=2,507 ,p=0,013
Sigara Bırakırken Ailenizden Ne Kadar Destek Aldınız?	8.7±2.7	8.5±3.1	t=0,634 p=0,527
Sigara Bırakırken Sosyal Çevrenizden Ne kadar Destek Aldınız?	6.1±3.7	4.9±3.9	t=2,398, p=0,017
Sigarayı Bıraktıktan Sonra Ailenizden Ne Kadar Destek Aldınız?	8.8±2.6	8.5±3.0	t=0,695 ,p=0,488
Sigarayı Bıraktıktan Sonra Sosyal Çevrenizden Ne Kadar Destek Aldınız?	5.0±3.9	6.2±3.7	t=2.448, p=0,015

4.6.Sigara bırakma durumuna göre düzenlenen tedaviler

Polikliniğimize başvuran her hastaya istisnasız MG eşliğinde YTD önerileri verilmiştir. Bunların yanında hastaların bir kısmına NRT bir kısmına ise ilaç tedavisi başlanmıştır. 83 vakaya (%25) sadece MG eşliğinde YTD önerileri verilirken, 125 kişiye (%37,8) bunlara ek olarak NRT başlanmıştır. Vakaların % 36,7'si (n=121) hiçbir ilaç kullanmazken, %20,6'sı (n=68) Vareniklin, %42,7'si (n=141) Bupropion tedavisi görmüştür. Sigarayı bırakanların %23,5'i (n=20 kişi) hiç ilaç ve NRT kullanmamış, %27 'si (n=23) ilaç ve NRT kullanmış, %12,9'u ise (n=11) sadece NRT kullanmıştır. 10 kişi (%11,7) sadece Vareniklin, 21 kişi (%24,7) ise sadece Bupropion kullanmıştır.

Sigarayı içmeye devam edenlerin 63 kişi (%25,7) ile sadece MG gerçekleştirilmiş ve YTD önerileri verilmiştir. 64 kişide (%26,1) farmakolojik bir ajan ile birlikte NRT düzenlenirken, 27 kişi (%11) sadece NRT kullanmayı tercih etmiştir. 36 kişi (%14,6) sadece Vareniklin, 55 kişi ise (%22,4) sadece Bupropion tedavisini tercih etmiştir.

İlaç (Vareniklin veya Bupropion) tedavisi alan vakaların (n=209) toplam %25,8'i (n=54) tedavinin başlangıcından iki yıl sonra hala sigara içmemekte de idi. NRT tedavisini tercih eden 125 vakanın %25,8'i (n=34) sigarayı bırakmış iken, ilaç ile kombine tedavi alanların %26,4 ü (n= 87) iki yıldır sigara içmiyorlardı. İlginç olarak sadece MG yapılan ve YTD önerileri verilen 83 vakadan %24ü (n=20) bu sürede sigarayı bırakmışlardı.

4.7.Sigara içme durumuna göre destek puanları karşılaştırılması

Erkeklerde sigara bırakma kararını verme aşamasında sigarayı bırakanlardaki aile desteği ile (destek puanı=9,11±2,21) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=8,49±2,95) ve sigarayı içmeye devam edenlerin belirttikleri ailevi destek puanları (destek puanı=8,58±2,66) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı. (F=0,851,p=0,429).

Erkeklerde sigara bırakma kararını verme aşamasında sigarayı bırakanlardaki sosyal destek ile (destek puanı=6,95±3,77) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=4,27±3,65) ve sigarayı içmeye devam edenlerin sosyal destek puanları (destek puanı=4,04±3,37) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (F=11.050,p<0,001).

Erkeklerde sigarayı bırakma aşamasında sigarayı bırakanlardaki aile desteği ile (destek puanı=9,15±2,21) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=8,49±2,97) ve

sigarayı içmeye devam edenlerin belittikleri aile destek puanları (destek puanı=8,86±2,66) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (F=0,885, p=0,415).

Erkeklerde sigarayı bırakma aşamasında sigarayı bırakanlardaki sosyal destek ile (destek puanı=7,02±3,72) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=4,24±3,64) ve sigarayı içmeye devam edenlerin aldıkları sosyal destek (destek puanı=3,53±3,93) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı (F=10.433,p<0,001).

Erkeklerde sigarayı bırakma kararının devamı süresinde sigarayı bırakanlardaki aile desteği ile (destek puanı=9,2±2,17) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=8,5±2,97) ve sigarayı içmeye devam edenlerin aile desteği (destek puanı=9±2,32) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (F=1.093,p=0,338).

Erkeklerde sigarayı bırakma kararının devamında sigarayı bırakanlardaki sosyal destek ile (destek puanı=7,08±3,61) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=4,4±3,65) ve sigarayı içmeye devam edenlerin aldıkları sosyal destek (destek puanı=3,53±3,93) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı (F=10.402,p<0,001).

Kadınlarda sigara bırakma kararını verirken sigarayı bırakanlardaki aile desteği ile (destek puanı=8,97±2,63) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=8,48±3,15) ve sigarayı içmeye devam edenlerin aile desteği (destek puanı=7,68±3,62) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (F=1,732,p=0,181).

Kadınlarda sigara bırakma kararını verirken sigarayı bırakanlardaki sosyal destek ile (destek puanı=7,07±3,49) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=5,4±3,7) ve sigarayı içmeye devam edenlerin sosyal destek (destek puanı=5,22±3,5) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı (F=3,154,p=0,046).

Kadınlarda sigarayı bırakırken sigarayı bırakanlardaki aile desteği ile (destek puanı=9,02±2,65) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=8,52±3,17) ve sigarayı içmeye devam edenlerin aile desteği (destek puanı=7,37±3,72) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (F=1,573, p=0,213).

Kadınlarda sigarayı bırakırken sigarayı bırakanlardaki sosyal destek ile (destek puanı=7,08±3,73) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=5,54±3,79) ve sigarayı içmeye devam edenlerin aldıkları sosyal destek (destek puanı=5,68±3,57) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (F=1,766,p=0,177).

Kadınlarda sigarayı bırakma kararının devamı sigarayı bırakanlardaki aile desteği ile (destek puanı=9,02±2,65) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=8,61±2,99) ve sigarayı içmeye devam edenlerin aile desteği (destek puanı=7,2±3,78) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (F=1,573, p=0,213).

Kadınlarda sigarayı bırakma kararının devamı sigarayı bırakanlardaki sosyal destek ile (destek puanı=7,22±3,75) sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar (destek puanı=5,61±3,75) ve sigarayı içmeye devam edenlerin aldıkları sosyal destek (destek puanı=5,92±3,68) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (F=1,837, p=0,165).

Sigara bırakan bireylerin aldıkları tüm destek skorları (sigara bırakma kararı, bırakma ve bu durumun sürdürülmesi için aile ve sosyal çevrenin destek puanlarının toplamı) tek bir destek skoru olarak toplandığında erkeklerin ortalama 41,32±15,28 puan, kadınların ise 44,36±15,98 puan aldıkları izlenmiştir. Her iki cinsiyetin aldığı toplam puan birbirinden istatistiksel olarak anlamlı değildi (t=1,495, p=0,136).

Sigara bırakma durumuna göre değerlendirildiğinde sigarayı bırakmış olan bireylerin almış olduğu toplam destek puanı (48,50±15,60), sigarayı bir ara bırakmış olanlardan (39,79±14,93) ve hiç bırakmamışlardan (39,09±14,57) daha yüksekti (F=9,460, p<0,001).

4.8. Sigara Bırakma Üzerine Etkili Olan Faktörler

Sigara bırakma üzerindeki etkili olan faktörleri araştırmak için bir İkili Mantıksal Regresyon Modeli oluşturulmuştur. Modelin bağımlı değişkenleri sigarayı bırakmak veya bırakmamak olarak kabul edilmiştir. Bırakmışlar grubuna tedavi başından beri hiç sigara içmemiş bireyler dâhil edilirken bırakmamışlar sigara içmeye ara vermemiş veya bir süre ara verip yeniden başlamış kişilerden oluşmuştur. Bu açıdan sigara bırakma konusunda etkili olabilecek çeşitli bağımsız değişkenler araştırılmıştır. Bağımsız değişkenler olarak hastanın yaşı, cinsiyeti, tedavi süresi, FNBT skoru, paket/yıl değeri, aldığı toplam ailesel ve sosyal destek puanı ve sigara bırakmak için kendisine uygulanan farklı tedavi yöntemleri kabul edilmiştir. Bu regresyon analizi bağımsız değişkenlerin dağılımının homojen olduğunu göstermektedir. Bu sonuç Tablo 4.8.1.'de gösterilmiştir. Modelin Cox ve Snell R² değeri 0,158'dir. Bu kurulan modelin bağımsız değişkenlerin durumunun %15'ini açıkladığını göstermektedir.

Tablo 4.8.1.: Modeldeki Değişkenlerin Homojenite Dağılımı

	B	S.E.	Wald	df	P	Exp(B)	
						Altr	Üst
Step 0 Constant	-,753	,142	28,136	1	,000	,471	

Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlerle ilişkisi aşağıda Tablo 4.8.2.'de gösterilmiştir. Bağımsız değişkenlerin birbirleri ile olan korelasyonel matriks ilişkisi ise Tablo 4.8.3.'de gösterilmiştir. Bu modele göre sigara bırakma üzerinde toplam sosyal ve ailesel destek puanı (OR=1,042, alt=1,019, üst=1,065, %95 Güven Aralığında), FNBT skoru (OR=0,862, alt=0,743, üst=0,999, %95 Güven Aralığında) ve toplam tedavi süresi (OR=1,064, alt=1,022, üst=1,073, %95 Güven Aralığında) bağımsız etkili faktördür.

Tablo 4.8.2.: Sigara Bırakma Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisini Araştıran İkili Mantıksal Regresyon Modeli

	B	S.E.	Wald	df	P.	Exp(B)	95,0% Güven Aralığı EXP(B)	
							Alt	Üst
Ailesel Ve sosyal destek Puanı	,041	,011	12,948	1	,000	1,042	1,019	1,065
FNBT	-,149	,075	3,909	1	,048	,862	,743	,999
Evde sigara içilmesi	-,535	,334	2,564	1	,109	,586	,304	1,127
Paket/yıl	-,027	,017	2,502	1	,114	,973	,940	1,007
İlaç			1,628	2	,443			
İlaç(1)	,148	,367	,163	1	,687	1,160	,564	2,383
İlaç(2)	-,414	,419	,976	1	,323	,661	,291	1,503
Cinsiyet(1)	,191	,356	,287	1	,592	1,210	,602	2,431
Yaş	,032	,019	2,744	1	,098	1,033	,994	1,073
Tedavi Süresi	,062	,021	9,024	1	,003	1,064	1,022	1,109
Constant	-3,055	,986	9,611	1	,002	,047		

Tablo 4.8.3.: Bağımsız değişkenlerin birbirleri ile olan korelasyonel matriks ilişkisi

	Constant	Aile ve Sosyal Destek	FNBT	Evde sigara içilmesi	Paket/yıl	İlaç(1)	İlaç(2)	Cinsiyet(1)	Yaş	Tedavi süresi
Step 1 Constant	1,000	-,465	-,383	-,086	,497	-,208	-,088	-,420	-,716	-,141
Aile ve Sosyal Destek	-,465	1,000	-,173	-,164	-,099	,164	,039	,170	,015	,001
FNBT	-,383	-,173	1,000	,138	-,331	,024	,026	-,044	,264	-,143
Evde sigara içilmesi	-,086	-,164	,138	1,000	-,090	,080	,036	-,118	,009	,102
Paket/yıl	,497	-,099	-,331	-,090	1,000	,057	,031	-,364	-,720	-,036
İlaç(1)	-,208	,164	,024	,080	,057	1,000	,356	,047	-,132	,108
İlaç(2)	-,088	,039	,026	,036	,031	,356	1,000	-,084	-,066	-,072
Cinsiyet(1)	-,420	,170	-,044	-,118	-,364	,047	-,084	1,000	,334	,055
Yaş	-,716	,015	,264	,009	-,720	-,132	-,066	,334	1,000	-,063
Tedavi süresi	-,141	,001	-,143	,102	-,036	,108	-,072	,055	-,063	1,000

5.TARTIŞMA

Sigara bağımlılığı ülkemizde ciddi bir toplum sağlığı problemidir. Sigara bırakma sürecinde etkili olan faktörlerin araştırılması bu açıdan son derece önemlidir. Bu risk faktörleri arasında kişinin aldığı sosyal destek daha önceki çalışmalarda çok iyi araştırılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakma kararlarının verilmesi, sigara bırakma ve bu durumun sürdürülmesinde aldıkları aile ve sosyal desteğin etkisinin araştırılması planlanmıştır.

Çalışma grubumuzu oluşturan vakaların demografik özellikleri incelendiğinde büyük çoğunluğunu erkekler tarafından oluşturduğu izlenmekte idi (s=311, % 61,7). Bilindiği üzere ülkemizdeki sigara bağımlılarının büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Ancak ilginç olan kadınların da sigara bırakma için ciddi bir çaba içinde olduklarıdır. Normalde ülkemizde erkekler kadınların iki misli sigara içerlerken bu oran sigara bırakmak isteyenlerde geçerli olmamıştır. Grubumuzun ortalama yaşı $40,6 \pm 12,5$ yıl olarak bulunmuştu ve bu ortalama ülkemizde yapılmış diğer çalışmalarla kıyaslandığında grubumuzdaki vakaların daha genç olduğu izlenmektedir. Şahbaz ve ark. ilginç olarak çoğunluğunun (%55) kadınlar tarafından oluşturulduğu 230 vakalık 2007 yılında gerçekleştirilen çok merkezli bir çalışmada vakaların ortalama yaşı $47,06 \pm 12,1$ yıl olarak saptanmıştı (98). 2004 yılında İstanbul Üniversitesinde Demir ve ark.nın sigara bıraktırma polikliniklerinde yaptığı çalışmada ise inceledikleri 634 olgunun %50,2'si erkek, ve grubun yaş ortalamasının $43,5 \pm 12$ yıl olduğunu belirtmişlerdir (99). 2014 yılında Çukurova Devlet Hastanesinde Yılmaz ve ark. tarafından 2085 kişinin dahil edildiği bir çalışmada ise; hastaların %64,5'i erkek idi ve hastaların yaş ortalamaları $42,82 \pm 13,09$ yıl idi (100). Bizim çalışmamızda vaka sayısının diğer raporlanan çalışmalardaki vakalara göre ortalama 3 yaş daha genç olması toplumda sigara bırakma kararının daha erken geliştiği ve bağımlıların son yıllarda daha bilinç hale gelmesi ile açıklanabilir.

Yurtdışında yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ise demografik olarak farklı gruplar izlenmektedir. Wagner ve ark. sigara bırakmada sosyal desteğin rolünü araştırdıkları çalışmalarında vakaların neredeyse tamamının (%94,7) erkek olduğu izlenmekte ve ortalama yaşlarının $56,4 \pm 11,3$ yıl olduğu raporlanmıştı (101). Pisinger ve ark. ise 2168 kişi üzerinde yaptığı bir çalışmada ise vakaların cinsiyetleri neredeyse birbirine eşitti (kadınlar % 52,5) ve yaş ortalaması $47 \pm 7,2$ yıl olarak bulunmuştu (102). Her iki cinsiyetin ortalama yaşları

birbirleri ile karşılaştırıldığında ise erkeklerin kadınlardan ortalama üç yıl daha yaşlı olduğu izlenmişti. Ward ve ark. gerçekleştirdikleri çalışmada yine erkekler kadınlardan ortalama 6 yıl daha yaşlı idiler (Erkeklerin yaş ortalaması 46,5±12,9 yıl ve kadınların yaş ortalaması 40,4±12,1) (103).

Çalışmamıza dahil ettiğimiz vakaların büyük bölümü (%80,1) evliydi ve küçük bir grubu bekardı (s=61 ve %19,2). Yurtiçindeki benzer konulu çalışmalar incelendiği zaman çalışmamızdaki 4/1 evli olma oranını yakalayan az sayıda çalışma izlenmektedir. Şahbaz ve ark. 2007 yılında yaptığı çalışmada evli olma oranı %65,7 iken Kaya ve ark. 2002 yılında sigara bıraktırma polikliniklerinde yaptıkları çalışmada hastaların %82,96'sı (n=63) evli idi (98,104). Örsel ve ark. 563 kişi üzerinde yaptığı çalışmada ise vakaların % 74,5 evliydi (35). Argüder ve ark. Ankara da yaptıkları bir çalışmada evli olma oranı %80,3 olarak saptanmıştır (105). Aslan tarafından Yüzüncü yıl Üniversitesinde yapılan bir çalışmada ise evli olma %69 olarak bulunmuştur. Evli olanlar daha fazla sigara bıraktırma polikliniğine başvurmuşlardır (106). Şaşırtıcı şekilde Wagner ve ark.nın yaptığı sigara bırakmada sosyal destek ve trans teorik model rolü konulu çalışmadaki vakaların evli olma oranı ise % 35 idi (101). Çalışmamızdaki ana araştırma konusunu oluşturan aile desteği açısından bekar hastaların oldukça dezavantajlı durumda oldukları speküle edilebilir. Kendilerine destek veren eşleri veya çocukları olmayan vakalar ihtiyaçları olan desteği yeterince almamış olabilirler. Ülkemiz aile yapısı düşünüldüğü zaman bu açığı sigara içenler başka aile üyeleri ile (Anne, baba, amca vb.) gideriyor olabilirler. Bizim çalışmamızda her iki cinsiyetin medeni durumları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark vardı (p<0,001). Çalışmamıza katılan bayanların evli olma oranı erkeklere göre daha fazla idi. Ward ve ark. arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerin %40 ı evli iken bu oran beklendiği şekilde, kadınlarda %44,4 olmak üzere daha fazla idi (103).

Çalışmamıza katılanların katılımcıların meslekleri değerlendirildiğinde en sık izlenen üç meslek sırasıyla ev hanımları (%21,5), işçiler (%20,1) ve memurlar (%14,8) oluşturmaktaydı. Benzer şekilde Yılmaz ve ark. yaptıkları çalışmada bizim bulduğumuz gibi bu üç mesleği kendi vakaları arasında sırasıyla %26,2, %20,6 ve %14,6 olarak raporlamışlardır (100). İlginç bir şekilde Kaya ve ark. ise 2002 yılında sigara bıraktırma polikliniklerinde yaptığı çalışmada vakaların neredeyse tamamı (%92,1) herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir. Bu çalışmada ev hanımları (%7,9) ayrı bir meslek grubu olarak da değerlendirilmiştir (104).

Dikkat çeken bir başka nokta çalışmamıza katılan vakalardaki FNBT ortalama skorlarının diğer yurt içi ve yurt dışı birçok çalışmadan daha yüksek olduğudur. Bizim

çalışmamızda vakaların FNBT skoru ortalama $5,8 \pm 2,4$ puan idi. Tunçalp ve ark. sigara bıraktırma polikliniklerinde yaptığı çalışmada ise vakaların FNBT skoru ortalaması $5,72 \pm 2,71$ iken, Pisinger ve ark. yaptığı çalışmada FNBT skoru ortalaması $5,7 \pm 2,3$ ve Bock ve ark. ABD’de sigara bırakmada sosyal desteğin etkisi ile ilgili gerçekleştirdikleri bir çalışmada ise FNBT skoru ortalama $5,1 \pm 2,3$ olarak bulunmuştur (99,102,107).

Çalışmamızda beklendiği gibi cinsiyetler arasında FNBT skorları açısından belirgin bir fark bulunmakta idi. Çalışmamıza katılan erkeklerin FNBT skoru ortalama $6,03 \pm 2,3$ puan iken kadınların FNBT skoru ortalama $5,57 \pm 2,5$ puan olarak hesaplanmıştır. Her iki cinsiyet arasındaki bu 0,5 puanlık fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,047$). WARD ve ark ise kendi vakalarında böyle farkın oluşmadığını bildirmektedirler (Erkeklerdeki FNBT skoru= $6,7 \pm 2,1$ ve kadınlarda= $6,1 \pm 2,1$ puan) (103).

Bizim çalışmamızdaki vakaların %17,8 i hafif bağımlı iken , % 53,4 ü orta düzeyde bağımlı ,% 28,6 sı ağır düzeyde bağımlı idi. İzlendiği üzere örnekleminin yarısını orta düzeyde nikotin bağımlılığına sahip vakalar oluşturmaktaydı. Oysa Pisinger ve ark yaptıkları çalışmadaki bağımlılık düzeyi grupları oranı ise çalışmamızdan oldukça farklı sonuçlar göstermektedir. Bu çalışmada vakaların yarısından fazlasını yüksek derece bağımlılığı olan vakalar oluşturmakta idi (%51,1’i hafif ve %48,9’u yüksek derece bağımlı) (102). Çalışmamızda cinsiyetlerle bağımlılık düzeyini belirleyen gruplar arasında istatistiksel açıdan fark görülmemiştir. Benzer şekilde Dohnke ve ark. yaptığı bir başka çalışmada da cinsiyetler ile bağımlı gruplar arasında fark görülmemiştir (108). Örsel ve ark.nın yaptığı bir çalışmada başvuranların %10 (n=56 kişi)’u hafif, %57 (n=320 kişi)’si orta, %33 (n=185 kişi)’ü ise ağır düzeyde nikotin bağımlılığı gruplarında yer almaktaydı. Bu çalışmada istatistiksel olarak erkekler daha sıklıkla orta ve ağır derece nikotin bağımlısı gruplarında yer almıştır. Buna karşılık kadınlar daha çok hafif ve orta derece nikotin bağımlılığı gruplarındaydılar ($p=0,004$)(35). 2009 yılında Aslan . tarafından Yüzüncü yıl Üniversitesi’nde yapılan bir araştırmada ise vakaların %41’i çok düşük düzeyde, %26’sı düşük düzeyde, %5’i ise çok yüksek düzeyde bağımlı grupta bulunmaktadır. Bu çalışmada belirgin olarak ağır bağımlı hasta sayısı azdı (106).

Vakalarımızın şimdiye kadar kullandığı kullandıkları tütün miktarını belirleyen ölçüt olan paket/yıl değerlendirildiğinde ise vakalarımızı şimdiye kadar ortalama $24,1 \pm 18,7$ paket/yıl sigara kullandıkları bulunmuştur. Bu değer diğer yurt içi ve dışı çalışmalarla karşılaştırıldığında yüksek seyrettiği izlenebilir. Bock ve ark. ABD’de sağlanan sosyal destekle sigara bırakma arasındaki ilişkiyi irdeledikleri bir çalışmada ise vakaların paket/yıl değerleri ortalama $19,2 \pm 10,1$ idi (107). Demir ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise

vakaların paket/yıl ortalamaları $32,86 \pm 26,74$ olarak bulunmuştur. Bu değer çalışmamızdan oldukça yüksektir (99).

Çalışmamıza katılan erkeklerin paket/yıl ortalaması $26,7 \pm 20,6$ iken kadınların paket/yıl ortalaması $19,9 \pm 14,4$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre erkeklerin kadınlara göre ortalama 7 paket/yıl daha fazla sigara içtiği gözlenmiş ve her iki cinsiyet açısından erkeklerin anlamlı düzeyde şimdiye kadar daha fazla sigara tükettikleri gözlenmiştir ($p < 0,001$). Dohnke ve ark. yaptığı çalışmada kadınlar ($12,56 \pm 11,88$) erkeklerden ($20,42 \pm 20,05$) günlük yedi dal sigara daha az sigara içmişlerdir. ($p < 0,001$) (108). Ward ve ark ise erkeklerin paket/yıl ortalamaları kadınlardan yaklaşık iki kat daha fazla olarak bulunmuştur (103).

Erkeklerin daha ağır sigara bağımlısı oldukları ve daha fazla sigara tükettikleri 1996 yılında Fagerstrom ve ark. tarafından yapılan çalışmadan beri bilinmektedir (109). Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması erkeklerden daha fazla olmasına rağmen erkeklerin paket/yılları kadınlardan daha fazla bulunmuş olması ilginçtir. Bu durumu açıklayabilecek iki önemli neden olabilir. İlk olarak kadınların erkeklere nazaran daha geç sigaraya başlamış olabilecekleri ikincisi de daha yoğun oranda sigara kullanmış olmalarıdır. Bu durumu destekleyen bulgu her iki cinsiyette paket/yıl ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmasına karşılık erkeklerdeki korelasyon değerinin kadınlara göre çok daha anlamlı olmasıdır ($r = 0,734$ ve $r = 0,544$). Bu analize erkeklerin kadınlara göre paket/yıl ile yaşları arasında daha önemli bir ilişki olduğu saptandı.

Katılımcılarımızdan 306 (% 60,7) kişinin evinde kendinden başka en az bir kişi sigara içmektedir. Bu durum bilindiği üzere sigara bırakmada oldukça dezavantaj yaratmaktadır. Hastalar hem doğrudan sigara dumanına maruz kalmakta hem de halen sigara içen kişiler sigara bırakma konusundaki motivasyonu üzerinde olumsuz etki gösterebilmektedir. Şahbaz ve ark. yaptığı çalışmada aile bireylerinin sigara içme durumu incelendiğinde, vakaların % 90,9'unun ($n = 149$) evinde bir yada birkaç aile büyüğünün sigara içtiği izlenmiş olup, aile bireyleri arasında da % 35,4'le ($n = 58$) babaların ilk sırada yer aldığı belirlendi (98). Çalışmamıza katılan vakaların % 26,8'inin ($n = 44$) ailesinde anne ve baba birlikte sigara içiyordu. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da sigara bırakan kişilerin evinde kendilerinden başka sigara içen kişiler olduğu izlenmiştir. İnancı ve ark. yaptığı bir çalışmada ise öğrencilerden, 13 kişi annesinin, 51 kişi babasının ve 46 kişi kardeşinin sigara içtiğini bildirmiştir. (110). Kutlu ve ark. yaptığı çalışmada da sigara içenlerin ailelerinde de sigara içme durumu önemli ölçüde yüksekti ($p < 0,05$) (1). Koca ve ark. yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %7,7'si annesinin, %41,1'i babasının, %30,6'sı kardeşinin sigara içtiğini belirtmiştir (111). Yurtdışı yapılan bazı çalışmalarda da sigarayı içen hastaların evlerinde

yoğun miktarda sigara içildiği izlenmektedir. Bock ve ark. Amerika da sosyal destekle ilgili yaptıkları bir çalışmada vakaların %88 i aile üyelerinden en az birisinin sigara içtiğini bildirmişlerdir(107). Wagner ve ark. yaptığı çalışmada ise vakaların %39 u evlerinde en az bir kişinin sigara içtiğini bildirmiştir (101). Aile bireylerinin çocuğa sigara içme konusunda rol model olması bir yana sigara bırakılması esnasındaki ana stratejilerden biriside sigara içen kişinin ikinci el sigara dumanından korunmasıdır. Bu açıdan yaşadığı evde kendisinden başka sigara içen bir kişi olan kişilerin sigara bırakma konusunda dezavantajlı olduğu düşünülebilir. Sigara bırakan kişilerde mümkün olduğu kadar kendisine yakın kişilerinde sigara bırakması için motive edilmesi oldukça faydalı sonuçlar verebilir. Bu hipotezleri destekler şekilde çalışmamızda sigara içme durumu ile evde sigara içen birilerinin olması istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur. Argüder ve ark. çalışmasında evlerinde başka sigara içenlerin varlığının yine bırakıp bırakamamaya etkisi ise gösterilememiştir (105).

Sigara bıraktırma polikliniğimizde hastalara sigara bırakmaları ile ilgili bireysel bir tedavi planı üç ana perspektif üzerinden değerlendirilmektedir. Hastaların bize başvurdukları sırada sahip oldukları FNBT skorları ve daha önceki bağımlılık hikâyeleri, kanıta dayalı bilgiler ve kişisel tercihleri ışığında tedavi planları belirlenmektedir. Başvuran her hastadan çeşitli yaşam değişiklikleri (YTD) ile beraber MG gerçekleştirilmektedir. Gerektiği takdirde NRT ve Farmakoterapi ya kombinasyon ya da birbirinden ayrı şekilde uygulanabilir. Hastalarımızın %25'i sadece MG ile beraber YTD uygulanırken, %37,8'ine MG, YTD ve NRT beraber uygulanmıştır. Vakaların % 36,7'i hiçbir ilaç kullanmazken kalan %20,6'sına Vareniklin ve %42,7'sine ise Bupropion verilmiştir. Yılmaz ve ark. yaptığı bir çalışmada vakaların %49,2'sinde farmakoterapi tercih edilmiştir. Bunların %5,7'si sadece NRT, %16,7'sine Vareniklin, %24,9'una Bupropion başlanmıştır. Kalan hastaların %45,1'i kendilerine farmakolojik tedavi başlanmış olmasına rağmen çeşitli nedenlerle tedavilerine devam etmemişlerdir(100) Örsel ve ark. ise yaptıkları bir çalışmada vakalarının %66,8'i (S=375) NRT ve YTD uygulamışlardır. Geriye kalan vakaların %33,2'sine (S= 186) sadece değişik sebeplerden dolayı sadece YTD (Hastanın ilacı satın almak istememesi, FNBT skoru<6 puan olması ve tıbbi kontraendikasyonun bulunması vb.) uygulanabilmiştir (35). Şahbaz ve ark. yaptığı çalışmada ise anket yaptıkları 230 hastanın 212'sine farmakolojik tedavi, 18'ine ise eğitim sonrası ilaçsız takip planladıklarını rapor etmişlerdir. Aynı çalışmada tedavi önerilen 212 kişinin 152'sinin önerilen farmakolojik tedaviye uyum sağladığı izlenmiştir(98) Demir ve ark. ise gerçekleştirdikleri çalışmada hasta gruplarında tedaviyi kabul eden 297 (%46,8) olguya NRT başlarken kalan 337 (%53,2) olguya ise NRT

uygulanamamıştır(99) Çalışmamızda ise 209 (%63,3) vakada ilaç kullanılmışken, 121 (%36,6) vakaya NRT+MG veya tek başına MG uygulanmıştır. Bu durum polikliniğimizde kullanılan kanıta dayalı sigara bırakma yaklaşımlarından kaynaklanmaktadır. Hastaların ilk başvurularında almış oldukları FNBT skorları (≥ 7 puan) ilk ilaç kullanma kistası olsa da hekimin ilaç başlama kararını etkileyen birçok neden bulunmaktadır. Hastanın birçok başarısız sigara bırakma girişiminde bulunması, daha önce diğer sigara bırakma yöntemlerinin sık olarak kullanılması gibi hekimin klinik tecrübesi ile ilaç başladığı pek çok vaka bulunmaktadır. Bunun yanında sigara bırakmak için ücretsiz ilaç kullanmak fikri pek çok hasta için oldukça çekici gelen bir fikirdir. Son zamanlarda özellikle KETEM, göğüs hastalıkları hastaneleri ve diğer sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastaları motive eden nedenlerden birisi de buradan ücretsiz ilaç teminidir. Bu merkezler dışında kendiliğinden eczaneden satın alarak ortalama 3 ay Vareniklin kullanacak bir hasta en az 500 TL, Bupropion kullanacak ise en az 150 TL 'lik bir ücreti gözden çıkartmak zorundadır. Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu bu ilaçların giderini karşılamadığı gibi NRT'yi de kapsam dışı tutmakta hastaların kendi tedavi masraflarını kendilerinin ödemesini istemektedir. Bu nedenle ülkemizde son dönemde sigara bırakmada kullanılan ilaçların kullanım sıklığının artışı bu fenomenle açıklanabilir.

Polikliniğimizde hastalarımızın en az üç ay izlenmesine gayret gösterilmektedir. İlk hasta kabulünde bu süre özellikle hastalara belirtilmektedir. Doğal olarak sigarayı bırakmaya hazır olan vakalarda dâhil olmak üzere, hastanın tedaviye inancını kaybetmesi veya özel sektörde çalışan bireylerin işten izin alamaması gibi bazı faktörler nedeniyle hastalar daha az polikliniğe gelmektedir. Bunun yanında erken dönemde sigarayı bırakıp bir daha görüşmeye gelmeye ihtiyacı olmayan hastalar olduğu gibi relaps göstereceğinden korkulduğu için çok uzun süre izlenen bazı vakalarda mevcuttu. Çalışmamızda tedavi süresi açısından cinsiyetler arasında bir fark izlenmemiştir. Bizim çalışmamızda kadar sigarayı bırakanlar en az bir kez daha sigarayı bırakmayanlardan daha fazla polikliniğimize vizite gelmişlerdir bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tüm vakalarımız ortalama 10 hafta tedavi almışlardır ($9,6\pm 7,2$ hafta). İlginç olan nokta çalışma yapıldığı esnada sigarayı bırakmış olan hastaların, bırakmamışlara göre daha uzun süre izlendiğidir ($12,89\pm 8,6'$ e karşılık $8,47\pm 6,3$). Şahbaz ve ark. ise yaptıkları çalışmada sigara bırakmayan hastaları ortalama $4,71\pm 6,3$ hafta (en az=1, en çok=60) ve sigarayı bırakanları $6,64\pm 3,14$ hafta (en az=1, en çok=16) izlemişlerdi. Aradaki farklılık anlamlı bulundu.($p=0,027$). Bizim çalışmamızda olduğu gibi bu iki süre arasındaki fark anlamlıydı (98).

Çalışmamızın en önemli verilerinden birisi sigara bırakma konusundaki başarı yüzdesidir. Çalışmamızın yürütülmesi esnasında ulaşılan hastalar arasında da 85 kişi (%25,8) sigarayı bırakmış, 117 kişi (%35,5) sigarayı içiyorken 128 kişi (%38,8) ise sigarayı bir ara bırakıp yeniden başlamıştır. Erkekler ve kadınlar arasında sigara bırakma, içme ve yeniden başlama arasında bir fark oluşmamıştır. Argüder ve ark. yaptığı çalışmada sigara bırakma polikliniklerinde üçüncü ayın sonunda sigara bırakma başarısının %36,5'e ulaştığını bildirmişlerdir (105). Demir ve ark. sigara bırakma başarısı 15. gün sonunda %29,1 iken bir yıl sonunda %21,6 idi (99). Nevruzun Marmara Üniversitesinde yaptığı çalışmada 6. aydaki sigara bırakma başarısı %26,2 olup cinsiyetle sigara bırakma durumu arasında fark yoktu (112).

Bazı çalışmalarda cinsiyet sigara bırakma tedavisinin başarısını etkileyen belirleyici bir faktör olarak tanımlanmış olsa da çalışmamızda cinsiyetler arasında böyle bir fark oluşmamıştır. (113). Benzer şekilde Şahbaz ve ark. ayrıca . Örsel ve ark. yaptıkları çalışmada da yaş ve cinsiyetin sigara bırakma üzerine bir etkisi saptanmamıştır (35,98). Argüder ve ark. yaptığı çalışmada yine cinsiyeti sigara bırakma için belirleyici bir faktör olarak bulmazken sigarayı bırakan olguların yaş ortalamalarının diğerlerinden anlamlı olarak yüksek olduğunu bulmuştur.(105). Yurtdışı yapılan bazı çalışmalarda ise yaş ve cinsiyet sigara bırakmaya etkili faktörler arasında tanımlanmıştır. Monso ve ark. yaş ve cinsiyetin sigara bırakmaya etkili faktörler arasında yer aldığını rapor etmişlerdir (114). Ward ve ark. yaptığı çalışmada da kadınlar yardımsız bırakma girişiminin ardından uzun dönemde erkeklere göre 3 kat daha az bırakma girişimini sürdürdüğü gösterilmiştir(103).

Bizim çalışmamızda sigara bırakma durumları ile hastaların paket/yılları arasında fark gözlenmemiştir ($F=1,408$, $p=0,216$). Benzer şekilde Şahbaz ve ark. yaptığı çalışmada sigarayı bırakan ve bırakmayan gruplar arasında paket/yılları arasında fark gözlenmemiştir(98). Argüder ve ark. yaptığı çalışmada ise sigarayı bırakamayan grupta günlük içilen sigara sayısı daha fazlaydı ($p<0,05$)(105). Demir ve ark. yaptığı çalışmada sigara bırakma girişiminden sonraki birinci yıl sonunda sigara içmeye devam edenlerin başlangıç değerlendirmesindeki toplam sigara içme miktarı $31,9 \pm 26,4$ paket/yıl iken, sigarayı bırakmayı başaranlarda ise bu rakam $38,3 \pm 25,4$ paket/yıl idi ancak arada fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (99).

Bizim çalışmamızda sigara bırakma durumları ile FNBT skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan fark gözlenmiştir ($F=4,235$, $p=0,015$). Sigarayı bırakamayanların FNBT skorları bırakmayanlarla kıyaslandığında belirgin olarak daha yüksekti. Çalışmamızda

cinsiyetler arasındaki FNBT skorları arasında belirgin bir fark oluşmamıştı. Erkeklerde ve kadınlarda sigara içme durumlarına göre (içen, bırakmış ve yeniden başlamış) FNBT skorları arasında bir fark oluşmamıştı. Argüder ve ark. yaptığı çalışmada Fagerstrom skorları da gruplar arasında farklılık göstermekteydi (105). Ancak Nevruz ve Şahbaz ve ark. bırakma başarısı ile FNBT skorları arasında bir fark bulamamıştır(98,112).

Çalışmamızda medeni durum ile sigarayı bırakma arasında bir ilişki izlenememiştir. Bizim çalışmamızda sigarayı bırakanların %90,9 u evli idi ve evli olmanın sigara başarısı üzerinde etkili olduğunu gösteren bazı çalışmalar mevcuttur. Şahbaz ve ark. yaptığı çalışmada sigarayı bırakanlarda evli olma durumu, bırakmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla idi (98). Ancak bizim sonuçlarımıza benzer şekilde Nevruz'un . çalışmasında bırakma başarısı ile evli olup olmama arasında bir fark bulamamıştır (112).

Çalışmamıza katılan vakaların relaps durumları incelendiğinde ulaştığımız hastalardan 128 kişinin (%38,8) sigarayı bırakıp yeniden başladığı izlenmiştir. Bu kişiler ortalama 185 ± 228 gün (en az=4, en çok=1278) sigarayı bırakmışlardır. Bu süre bize sigara danışmanlık hizmetlerinin uzun dönemde de devam etmesi gerektiğini göstermektedir. Hastaları ortalama başvuru tarihlerinden sonra altı ay sonra da bir kez değerlendirmek son derece yararlı olabilir. Vakalarımız arasında sigarayı bırakıp yeniden başlayanların cinsiyetleriyle bırakma süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştı ($t=1.472, p=0,144$). Vakalarımızın ortalama bırakma gün sayısı literatürdeki diğer yayınlardan daha uzundur. Ward ve ark. gerçekleştirdiği çalışmada ise sigarayı bırakıp yeniden başlama gün sayısı erkeklerde ortalama 105 gün, kadınlarda ise 120 gündü. Benzer şekilde bırakma gün sayısı açısından cinsiyetler arasında farklılık yoktu. Bırakıp yeniden başlama ile cinsiyetler arasında da anlamlı fark yoktu(103).

Sigarayı bırakıp yeniden başlayan hastalar sigaraya başlamaları ile ilgili çeşitli nedenleri öne sürmüşlerdir. Hastaların %39,8 i (s=51) tekrar başlama sebebini bilmediklerini, %20,3'ü (s=26) aileden ve arkadaşlarından etkilenerek tekrar sigaraya başladıklarını belirtmiştir. Geri kalan 25 kişi (%19,5) psikolojik nedenlerle, 5 kişi (%3,9) medikal nedenlerle, 21 kişi ise (%16,4) uzun vadede sigara içme isteği nedeniyle tekrar sigara içmeye başlamışlardır.

Çalışmamızda sigara bırakma durumu ile ilaç kullanma durumlarını incelediğimizde sigarayı bırakanların %23,5'ine sadece MG gerçekleştirilmiş, hiçbir ilaç ve/veya NRT verilmemiştir. Vakalarımızın %27'si en az bir ilaç ve beraberinde NRT kullanmış, %12,9'u ise sadece NRT kullanmıştır. Geri kalan vakalarımızın %11,7'si sadece Vareniklin ve %24,7'si ise sadece Bupropion kullanmıştır. Çalışmamızda sigara bırakmak için ister NRT

eklenmiş veya eklenmemiş olsun ilaç (Vareniklin/Bupropion) tedavisi alan toplam 209 vakanın %25,8'i (n=54) sigarayı bırakmıştır. NRT alan 125 vakadan %25,8'i, kombine tedavi alan 87 vakanın ise %26,4 ü, sadece MG ile beraber YTD alanların ise %24'ü sigarayı bırakmıştır. Aynı oranlar Şahbaz ve ark. yaptığı çalışmada Bupropion kullananlarda %48.6, NRT kullananlarda %35.9, kombine tedavi kullananlarda ise %44.4 idi. Bu vakalardan sadece eğitim seminerine katılan 17 kişinin %17.6'ı sigara içmeyi bırakmıştı (98). Örsel ve ark. ise yaptıkları çalışmada sigara bırakmak isteyen 375 kişiye NRT ve MG, geriye kalan 186 kişiyle ise sadece MG gerçekleştirmişlerdir. NRT uygulananların %17,8'i ve sadece MG uygulananlardan %51,6 sı sigarayı bırakmıştır (35). Sigara bırakmada NRT'lerin etkinliğiyle ilgili yapılan bir meta-analizde, NRT kullanan ve en az altı aylık bir yoksunluk dönemi bildiren çalışmalarda bırakma oranlarının daha yüksek olduğu, nikotin bağımlılık düzeyinin ve ek olarak kullanılan diğer yöntemlerin bırakma oranlarını etkilemediği bildirilmiştir (51,115). Farklı nikotin yerine koyma yöntemlerini karşılaştıran çalışmalar, %17-35 arasında başarı oranları bildirirken, nikotin bant ve plasebo yöntemlerini karşılaştıran bir çalışmada istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı (Bir yıl sonra sırasıyla %21 ve %14) bildirilmişti (35). Bilindiği üzere her ikisinde nikotinik resöptörler üzerinden etki gösterdiği için rutin olarak Vareniklin ile NRT kullanımı çok tavsiye edilmese de 2015 yılında Vareniklin ile beraber NRT ve sadece Vareniklin tedavisi verilen hastaların sigara bırakma oranlarının karşılaştırıldığı bir metaanalizde kombine tedavi verilen vakaların sigara bırakma oranının sadece Vareniklin verilen vakaların sigara bırakma oranından daha fazla olduğu gösterilmiştir (116).

Çalışmamızın asıl araştırma sorusu sigara bırakma kararının alınmasında, sigara bırakmada ve bunun idamesinde aile ve sosyal desteğin önemli olup olmadığı idi. Sonuçlarımıza göre her iki cinsiyet açısından değerlendirildiğinde erkekler ve kadınlar arasında sigara bırakma kararının alınmasında, sigara bırakmada ve bunun idamesinde aileden aldıkları destek puanları arasında anlamlı bir fark yoktu. Sosyal destek açısından baktığımızda ise her üç aşamada da kadınlar erkeklerden daha fazla oranda arkadaşlarından destek aldıklarını belirtmişlerdir. Bu açıdan bakıldığı zaman özellikle eşin ve sigara içen kişinin çocuklarının bağımlı kişiye sağlayacakları motivasyonel destek açısından cinsiyetler arası bir fark izlenmemekte idi. Her iki cinsiyetteki bağımlılar oldukça yüksek aile desteği gördüklerini belirtmektedirler.

Genel literatürde sigara bırakma üzerinde aile ve arkadaş etkisi üzerinde oldukça farklı sonuçlar izlenmektedir. Esasen ailenin sigara bırakma konusunda vereceği desteğin

niteliği konusunda aile ve sosyal çevre arasında ciddi fark bulunmaktadır. Kişi vaktinin büyük bölümünü dışarıda geçiriyorsa veya evde sigara içmemeye özen gösteriyorsa sosyal, tam tersi bir durum söz konusu ise aile desteği öne geçmektedir. Aile ve sosyal destek modelleri farklı kültürlerde farklı mekanizmalar etkili olabilir. Birbirinden farklı Ortadoğu, Akdeniz veya Angolosakson kültürlerinde bu destekler birbirlerinden oldukça ayrı yöntemleri kullanıyor olabilirler. Örnek vermek gerekirse Bowes ve ark. herhangi bir eşle yaşayanların, bir eşle yaşamayanlara göre daha fazla oranda sigarayı bıraktığını bildirmişlerdir. Bu çalışma ayrıca ailenin ve sosyal çevrenin sigaraya nasıl baktığının önemini ortaya koymasından değerlidir. Ancak bu çalışmada arkadaşlar veya ailedekilerin sigara içme durumu sorgulanmamıştı. Ayrıca eşlerin nasıl motivasyon sağladığı ile ilgili bir bilgi yoktur. Ortaya şimdiye kadar konan iki hipotez ya eşlerin sigara dumanından aşırı rahatsız olmaları ve kendi sağlıkları için ciddi endişe taşımaları veya kendi eşlerinin sağlığı konusundaki kaygılarıdır (84). Bu iki hipotezle ilgili destekler nitelikteki bilgi 1996 yılında ABD’de Minnesota şehrinde yapılan bir çalışmada ’da izlenmektedir Buna göre sigara bırakmada ilk başarı oranlarının eşinin destekleyici davranışları ile ilişkili iken, uzun dönemde bırakmadaki düşük başarı oranlarının eşinin sigara bırakmaya dair kötü davranışları ile ilişkili olduğu görülmüştür (117).

Cohen ve lichtensteinin yaptığı çalışmada ise sigarayı bırakan katılımcılar bir ay sonra arandığında partnerlerinin (eş, yakın arkadaş, aile üyelerinden birisi vb.) sigara bırakma ile ilgili olumlu ve olumsuz geri bildirimleri alınmıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre katılımcıların aldıkları olumlu geri bildirim puanları olumsuz geri bildirim puanlarından daha fazla puan idi. Kadınlar, erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha fazla olumlu geri bildirim aldıklarını bildirmişlerdir ($t=2,95, p=0,004$). Bu geri bildirimlere bağlı olarak vakaların %10,4 ü sigara bırakmada devam etmişlerdir. İlk, üçüncü, altıncı ve on ikinci aylardaki sigara bırakma oranları ile olumlu destek geri bildirimleri arasında belirgin korelasyon izlenmiştir. Katılımcılar aileden ve sosyal çevrelerinden aldıkları desteğin önemini vurgulasalar da sigara bırakma oranları ile bu fenomen arasında istatistiksel ilişki kurulamamıştı (118). Mermelstein ve ark. yaptıkları bir çalışmada sigara bırakma girişimlerini teşvik eden partnerlerle yaşayan kişilerin ilk, üçüncü ve altıncı aydaki sigara bırakma oranlarının partnerle yaşamayan kişilerden daha fazla olduğu gösterilmiştir. Olumsuz davranışların ise eşlerin sigara bırakma başarısı oranlarını etkilemediği görülmüştür (119). 2001 yılında sigara bırakmada sosyal desteğin önemini araştıran ilk meta analizde çalışmaların bir kısmında sosyal desteğin sigara bırakma oranının arttırdığı bulunurken (Kontrol grubunun altı aylık sigara bırakma oranı 0-

%64, müdahale grubunun sigara bırakma oranı 0-%88,2), kimi çalışmalarda ise sosyal destek alan ile almayan gruplar arasında sigara bırakma oranları açısından fark olmadığı bulunmuştur (120). 2012 yılında yayınlanan bir başka meta analizde ise şimdiye kadar aile ve sosyal desteğin sigara bırakma üzerinde olan etkisinin araştırıldığı toplam 57 randomize kontrollü çalışma incelenmiştir. Araştırma kriterlerine uyan 13 çalışma (>2000 vaka) sonuçlarına göre altı aydan dokuz aya kadar sigara bıraktığını kendisini ifade eden vakaların risk oranları 0,99'dur (%95 güven aralığında 0,84 ile 1,15 arası). Bu çalışmalardan sadece bir tanesinde aile ve sosyal desteğin sigara bırakma üzerinde ciddi etkisi olduğu gösterilmiştir (121).

Bizim çalışmamızın tasarımı bu çalışmalardan oldukça farklıdır. İlk olarak çalışmamız hem ailenin hem de sosyal desteğin etkisini bağımlı perspektifinden incelemektedir. Ayrıca bağımlı hastaların sigara bırakma oranları üç yıl kadar takip edilmektedir.

Bizim çalışmamızda katılımcılar aileden aldıkları desteğe arkadaşlarından aldıkları destekten daha fazla puan vermelerine rağmen sigara bırakma kararını verirken, sigarayı bırakırken ve bu sigara içmeme durumunun devamında sosyal çevrelerinden daha fazla etkilendiklerini bildirmişlerdir. İlginç olarak yurt dışındaki bazı çalışma sonuçları da bizim sonuçlarımızla uyumlu idi. Morgan ve ark. 13 haftalık bırakma oranlarını araştırdığı bir çalışmada arkadaşlarından alınan olumlu desteğin bırakmayı etkilediğini, ama aile üyeleri ya da eşten alınan desteğin bırakmayı etkilemediğini göstermiştir (122). Yazarlar bu sonucu bağımlıların arkadaşlarıyla aileleriyle olduğundan daha fazla vakit geçirmeleri ya da onların görüşlerinden daha fazla etkilenmiş olabileceklerine bağlamışlardır (122). Çalışmamızda sigara bırakmanın tüm aşamalarında kadınların arkadaşlarından aldığı sosyal destek puanı erkeklerden daha fazla olduğu izlendi. Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin sosyal destek düzeyleri ile aileden aldıkları sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığı çalışmada sosyal çevrelerinden aldıkları desteğin belirgin olarak daha yüksek olduğu izlenmiştir (123).

Sonuç olarak eş, partner, arkadaş veya aile davranışlarının sigara üzerindeki etkisi farklı olabilmektedir. Olumlu geri bildirimlerin sigara bırakma oranını artırabildiği konusunda yayınlar olsa da bazı yayınlar bu konudaki desteğin etkisiz olabileceğini de göstermektedir. İlginç olan nokta olumsuz geri bildirimlerin sigaraya tekrar başlama üzerindeki etkisinin olmaması veya şimdiye kadar yeterince araştırılmamış olduğudur. Aile hekimliği uzmanlığının sağlıklı yaşam sürdürülebilirliği konusundaki en önemli problemi olan sigaranın bırakılması konusunda ailenin ve sosyal çevrenin desteğinin kazanılması sadece sigara

bağımlısı kişilerin sigara bırakma başarısını artırabilir. Bu konu ile ilgili iyi planlanmış, uzun vadeli, katılımcı sayısı yüksek çalışmalara ihtiyaç vardır.





6.SONUÇLAR

6.1. Taradığımız dosyalardaki toplam 504 vakanın 311'i (% 61,7) erkek, 193'ü (% 38,3) ise kadındı.

6.2. Taranan dosyalardaki vakaların ortalama yaşı $40,6 \pm 12,5$ yıl idi. Her iki cinsiyet arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. ($t=2,716$, $p=0,007$). Kadınların ($42,5 \pm 11,3$ yıl) erkeklere ($39,4 \pm 13,1$ yıl) göre üç yıl daha yaşlı olduğu gözlemlendi.

6.3. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında; 254 kişi (%80,1) evli, 61 kişi (%19,2) ise bekârdı. Her iki cinsiyetin medeni durumları arasında istatistiksel açıdan fark vardı ($\chi^2=14,677$, $p<0,001$)

6.4. Vakaların büyük çoğunluğunu ev hanımları (%21,5,), işçiler (%20,1) ve memurlar (% 14,8) oluşturmaktadır.

6.5. Çalışma grubunun ortalama FNBT skorunun $5,8 \pm 2,4$ puan (en az=0, en çok=10) olduğu bulunmuştur. Erkeklerin, kadınlara göre 0,5 puan daha bağımlı olduğu gözlenmiştir. ($p=0,047$).

6.6. Bizim çalışmamızdaki vakaların %17,8 i hafif bağımlı iken , % 53,4 ü orta düzeyde bağımlı ,% 28,6 sı ağır düzeyde bağımlı idi.

6.7. Sigara kullanım durumları değerlendirildiğinde vakaların ortalama paket/yıl değeri $24,1 \pm 18,7$ idi (en az=1 en çok=120). Erkeklerle ($26,7 \pm 20,6$) kadınlar ($19,9 \pm 14,4$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($t=3,749$, $p<0,001$) .

6.8. Hastaların total FNBT skorlarının aritmetik ortalamaları ile paket/yıl ortalamaları birbirleri ile karşılaştırıldığı zaman her iki değişken arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu izlendi ($r=0,353$, $p<0,001$).

6.9. Çalışma grubunun yaşlarının ortalamaları ile FNBT skorlarının ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir korelasyon saptanamadı ($p=0,908$).

6.10. Katılımcılarımızdan 306 (%60,7) kişi evinde kendinden başka en az bir kişinin sigara içtiğinin belirtirken ; 189 kişi (%42,6) evinde kendisinden başka sigara içen başka bir kişi olmadığını bildirmiştir.

6.11. Ulaşılan 330 vakanın 85 (%25,8) i sigarayı tamamen bırakmış, 117 kişi (%35,5) polikliniğimize geldikten sonra hiç sigarayı bırakmamış, 128 kişi (%38,8) ise sigarayı bir süre bırakıp yeniden içmeye başlamıştır.

6.12. Sigara bırakma durumlarına göre değerlendirildiğinde; katılımcıların ortalama yaşları ile sigara bırakma durumları arasında fark bulunamamıştır (F=0,541, p=0,583).

6.13. Sigara bırakma durumları ile paket/yılları arasında fark gözlenmemiştir (F=1,408, p=0,216).

6.14. Sigarayı bırakmış olanların ortalama FNBT skorları $5,06 \pm 2,4$, yeniden başlayanların $5,69 \pm 2,3$ ve hiç bırakmamış olanların ise $6,07 \pm 2,3$ puan olarak bulunmuş olup; bırakmış olanlarla yeniden başlamış olan vakaların ortalama FNBT skorları arasında istatistiksel bir fark yokken, bırakmışlarla halen sigara içenler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,235, p=0,015).

6.15. İlaç (chamfix/zyban) tedavisi alan vakaların (n=209) %25,8 i (n=54) sigarayı bırakırken , NRT alanların (n=125) , %25,8 i (n=34) sigarayı bırakmış , kombine tedavi alanların (n=87) ise %26,4 ü , sadece MG+YTD alanların (n= 83) %24ü (n=20) sigarayı bırakmıştır. Sigara bırakma durumu ile tedavi şekilleri arasında anlamlı fark ?

6.16. Sigarayı bırakıp yeniden başlayanların , %20,3 (s=26)ü aileden ve arkadaşlarından etkilenerek tekrar sigaraya başladıklarını , 25 kişi (%19,5) psikolojik nedenlerle , 21 kişi ise (%16,4) uzun vadede sigara içme isteği nedeniyle tekrar sigara içmeye başladığını belirtmiştir.

6.17. Sigarayı hiç bırakmamış olan gruptaki vakaların %65,6 sı (s=59) ve sigarayı bir ara bırakıp tekrar başlayanların %65,4 ü sigara bırakma polikliniğine başvurmayı istediklerini belirtmişlerdir. Gruplar arasında sigarayı hiç bırakmamış ile sigarayı bir ara bırakmış olanlar arasında sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurma isteği arasında bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=0,901$, p=0,509).

6.18. Grubumuz incelendiğinde “Sigara Bırakma Kararı Alırken Ailenizden Ne Kadar Destek Aldınız?” sorusuna verilen cevabın ortalaması 8.5 ± 2.8 (en az=0, en çok=10) idi. Bu puanlar arasında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktu (t=0,952, p=0,342).

6.19. “Sigara Bırakma Kararı Alırken Sosyal Çevrenizden Ne Kadar Destek Aldınız?” sorusuna verilen cevap ortalaması $5,2 \pm 3,7$ (en az=0, en çok=10) idi. Her iki cinsiyet açısından değerlendirdiğimizde kadınların erkeklerden anlamlı oranda arkadaşlarından daha fazla olumlu geri bildirim aldığı gözlenmiştir (t=2,507 , p=0,013).

6.20. Çalışma grubumuzun “Sigara Bırakırken Ailenizden Ne Kadar Destek Aldınız?” sorusuna verdiği cevap ortalaması $8,6 \pm 2,8$ (en az=0, en çok=10) idi. Her iki cinsiyetteki katılımcılarımızın aileden eşit destek aldığı görülmüştür ($t=0,634$ $p=0,527$).

6.21. “Sigara Bırakırken Sosyal Çevrenizden Ne kadar Destek Aldınız?” sorusuna verilen cevabın ortalaması $5,3 \pm 3,9$ puan (en az=0, en çok=10) idi. Kadınların erkeklerden anlamlı oranda daha fazla arkadaş desteği aldıklarını görülmüştür ($t=2,398$, $p=0,017$).

6.22. Grubumuzun “Sigarayı Bıraktıktan Sonra Ailenizden Ne Kadar Destek Aldınız?” sorusuna verdikleri cevap ortalaması $8,7 \pm 2,8$ (en az=0, en çok=10) olup Buna göre ailevi destek her iki cinsiyet açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak yaklaşık aynı bulunmuştur ($t=0,695$, $p=0,488$).

6.23. “Sigarayı Bıraktıktan Sonra Sosyal Çevrenizden Ne Kadar Destek Aldınız” sorusuna verilen cevabın ortalaması $5,4 \pm 3,9$ (en az=0, en çok=10) olarak bulunmuş olup. kadınların erkeklerden anlamlı oranda arkadaşlarından daha fazla destek aldıkları görülmüştür ($t=2,448$, $p=0,015$).

6.24. Erkeklerde sigara bırakma kararını verme aşamasında ($F=0,851$, $p=0,429$) , sigarayı bırakırken ($F=0,885$, $p=0,415$). ve sigara bırakma kararının devamı aşamasında ($F=1,093$, $p=0,338$) sigarayı bırakanlardaki aile desteği ile sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar ve sigarayı içmeye devam edenlerin belirttikleri ailevi destek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

6.25. Erkeklerde sigara bırakma kararını verme aşamasında ($F=11,050$, $p<0,001$) , sigarayı bırakırken ($F=10,433$, $p<0,001$) ve sigara bırakma kararının devamı aşamasında ($F=10,402$, $p<0,001$) sigarayı bırakanlardaki aile desteği ile sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar ve sigarayı içmeye devam edenlerin belirttikleri arkadaş destek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır.

6.26. Kadınlarda sigara bırakma kararını verme aşamasında ($F=1,732$, $p=0,181$) , sigarayı bırakırken ($F=1,573$, $p=0,213$). ve sigara bırakma kararının devamı aşamasında ($F=1,573$, $p=0,213$) ,sigarayı bırakanlardaki aile desteği ile sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar ve sigarayı içmeye devam edenlerin belirttikleri ailevi destek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.

6.27. Kadınlarda sigara bırakma kararını verme aşamasında ($F=3,154, p=0,046$) , sigarayı bırakanlardaki sosyal destek ile sigarayı bırakıp yeniden başlayanlar ve sigarayı içmeye devam edenlerin belirttikleri sosyal destek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmışken sigarayı bırakırken ($F=1,766, p=0,177$) ve sigara bırakma kararının devamı aşamasında ($F=1,837, p=0,165$) bu fark saptanmamıştır.

6.28. 3. yıl sonundaki sigarayı bırakanlarla sigara içmeye devam edenler arasında sigara bırakma kararını verirken ($t= 1,870, p=0,062$), sigarayı bırakırken ($t= 1,640, p=0,102$) ve sigara bırakma kararının devamı aşamasında ailevi destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

6.29. 3. yıl sonundaki sigarayı bırakanlarla sigara içmeye devam edenler arasında sigara bırakma kararını verirken ($t= 5,349, p<0,001$), sigarayı bırakırken , sigara bırakma kararının devamı aşamasında sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı.

6.30. Tüm destek skorları toplandığında erkeklerin ortalama $41,32\pm 15,28$ puan, kadınların ise $44,36\pm 15,98$ puan aldıkları izlenmiştir. Her iki cinsiyetin aldığı toplam puan birbirinden istatistiksel olarak anlamlı değildi ($t=1,495, p=0,136$).

6.31. Sigara bırakma durumuna göre değerlendirildiğinde sigarayı bırakmış olan bireylerin almış olduğu toplam destek puanı ($48,50\pm 15,60$), sigarayı bir ara bırakmış olanlardan ($39,79\pm 14,93$) ve hiç bırakmamışlardan ($39,09\pm 14,57$) daha yüksekti ($F=9,460, p<0,001$).

6.32. Korelasyonel matrix modeline göre sigara bırakma üzerinde toplam sosyal ve ailesel destek puanı ($OR=1,042, alt=1,019, üst=1,065, \%95$ Güven Aralığında), FNBT skoru ($OR=0,862, alt=0,743, üst=0,999, \%95$ Güven Aralığında) ve toplam tedavi süresi ($OR=1,064, alt=1,022, üst=1,073, \%95$ Güven Aralığında) bağımsız etkili faktördür.

7.KAYNAKLAR

1. Kutlu, R., Marakoğlu, K., & Çivi, S. (2005). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 29-34.
2. Dedeoğlu N, Dönmez L, Aktekin M. Antalya’da sağlık personelinde tütün kullanımı. Sağlık için Sigara Alarmı 1994
3. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı. *Journal of Turgut Özal Medical Center* 1997; 4 (4):407-11. 1:7-11.
4. ÖZTUNA, F. (2005). Sigara bırakma polikliniklerinde tedavi ve izlem. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25(4), 546-550.
5. Uzaslan, E. (2002). Sigarayı Bırakma Yöntemleri. *Sigara ve Sağlık*, 441-463.
6. Aslan, D., Bilir, N., Dilbaz, N., Kılınç, O., Örsel, O., Özcebe, H., ... & Uzaslan, E. (2010). Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı-Hekimler İçin Sağlık Bakanlığı Yayınları (nb. 796).
7. Tütün ,Grand Master Genel Kültür Ansiklopedisi 1992,Cilt-6.s1484
8. Karadağ F, Nikotin Bağımlılığı ve Tedavisi,Solunum Hastalıkları 1997;8(1):129-138).
9. Tütün ,Meydan Larousse,1992,cilt12,s54.
10. Nafiz Z. Tütün ziraati ve hastalıkları.1. baskı. İstanbul: Cezri matbaa, 1932: 3-10).
11. Tütün Eksperleri Yüksek Okulu. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını, 1978: 9-18)
12. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic (MPOWER), 2008, WHO, Geneva (Türkçe çeviri; MPOWER; DSO Küresel Tütün Salgını Raporu, Çev. Bilir N, Ozcebe H, Aslan D, Ergüder T).
13. Aytemur A Z. ve ark ,Tütün ve Tütün kontrolü Türk Toraks Derneği Toraks Kitapları sayı 10,2010
14. Elmas IH. Market shares (2001-2005). “2003/2004/2005 Yılları Mamul Tütün Satışları.” Tütün Eksperleri Derneği Bülteni. Yayın No. 76.
15. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2014 Ertem M. ve Ark.

16. Wikipedia özgür ansiklopedi. <https://tr.wikipedia.org/wiki/T%C3%BCt%C3%BCn> ulaşım tarihi. 03.03.2016
17. Otan H, Apti R. Tütünün Sistematikteki Yeri ve Özellikleri. T.C. Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı, Menemen, İzmir, 1989, yayın no:83, sh:10.)
18. Aksu S. Tütün Kimya ve Teknolojisi. Tekel Enstitüsü Yayınları, İstanbul 1967; 11:2.)
19. Demir T, İkitimur HD. Sigaranın İçeriği. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hst ABD Dizisi-5, İstanbul 2005; sh:17-21.
20. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Tobacco Smoke and Involuntary Smoking Volume 83, World Health Organization International Agency for Research on Cancer, 2004
21. Hymowitz N. Tobacco. Clinical Textbook of Addictive Disorders (içinde), Frances RJ, Miller SI, Mack AH (eds).
22. Hecht SS. Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. J Nat Cancer Ins 1999;91:1194-210
23. Öztuna M. Sigara Bağımlılığı ve Kadın. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak Sürekli Tıp eğitimi etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No: 62, 2008; sh:127-42
- 24.T.C.Sağlık Bakanlığı mpower tütün salgınına önlemeye yönelik politika paketi <http://sbp.thsk.gov.tr/mod/folder/view.php?id=2> erişim tarihi:10.10.2015
- 25.Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 2006, 3(11):e442.
- 26.http://www.yesilay.org.tr/yesilaydergisi/Mayis_2014/files/assets/basichtml/page36.html erişim tarihi:10.1.2016
27. Picciotto MR. Nicotine as a modulator of behavior: beyond the inverted U. Trends Pharmacol Sci 2003; 24:493-9.
28. Wonnacott S, Sidhpura N, Balfour DJ. "Nicotine: from molecular mechanisms to behaviour." Curr Opin Pharmacol 2005; 5:53-9.
29. Balfour DJK. The neurobiyoloji of tobacco dependence: a preclinical perspective on Role of Nucleus accumbens. Nic Tob Res 2004; 6:899-912.
30. Fowler JS, Logan J, Wang Gj, Vokov ND. Monoamino oxidase and cigarette smoking. Neurotoxicology 2003; 24:75-82.

31. Talhout R, Opperhuizen A, van Amsterdam JG. Role of acetaldehyde in tobacco smoke addiction. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17:627-36.
32. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991;
33. Payne JP, Smith PO, McCracken LM, et al. Assessing nicotine dependence: a comparison of the Fagerström tolerance questionnaire (FTQ) with the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) in a clinical sample. *Addict Behav* 1994; 19: 307-17.
34. Moolchan ET, Radzius A, Epstein Dh, et al. Fagerström test for nicotine dependence and the diagnostic interview schedules: do they diagnose the same smokers? *Addict Behav* 2002; 27: 101-3
35. Örsel O, Örsel S, Alpar S, et al. Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. *Solunum Hastalıkları* 2005; 16: 112-18.
36. Uysal A. Sigara bağımlılığı ve değerlendirilmesi. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hast ABD Dizisi -5*, İstanbul 2005; s: 130-48.
37. Etter J, Duc TV, Pergener TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction* 1999; 94: 269-81
38. Rustin TA. Assessing nicotine dependence. *Am Fam Physician* 2000, 62: 579-84. İgna, Casterbi
39. Prochaska JO, DiClemente CC, Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1982; 19: 276-88.
40. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991; 12: 727-36
41. Özge C ve ark. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu, Türk Toraks Derneği, Ankara 2014.
42. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ at all. Treating Tobacco Use and Dependence: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. *Chest* 2002;121;932-941
43. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine

Başvuran Hastaya Yaklaşım. Akciğer Arşivi 2003; 4:225-234

44. Jaén, C. R., Benowitz, N. L., Curry, S. J., Parsippany, N. J., Kottke, T. E., Mermelstein, R. J., ... & Wewers, M. E. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Am J Prev Med*, 35(2), 158-176.

45. Er M., Karalezli A., Hasanoğlu C., Sigara bırakma yöntemleri : derleme, Turkish Medical Journal 2009;3(3):167-80

46. Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi; Sigara bırakma tedavisi; Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu: 1-18. Editörler Metintaş, M. Süerdem, M.

47. Rennard SI, Daughton DM. Smoking cessation. *Chest* 2000; 117: 360-364.

48. Şahbaz, S., & Kılınc, O. (2005). Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri. *Sted*, 14(5), 98-102.

49. Elbert DG, Penny NG, Mikael F, Rollyn S. A Comparison of a nicotine sublingual tablet and placebo for smoking cessation. *Nicotine and Tobacco Research* 2002; 4: 441-50.)

50. Hurt, RD, Sachs, DPL, Glover, ED, et al. A Comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195

51. Jorenby, DE, Leischow, SJ, Nides, MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340:685-

52. Simon, JA, Duncan, C, Carmody, TP, Hudes, ES. Bupropion for smoking cessation: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2004; 164:1797

53. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD000031

54. Hausteil KO. Pharmacotherapy of nicotine dependence. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2000, 38: 273-90.

55. Ellin R. Bupropion and other non nicotine pharmacotherapies. *BMJ*; 2004: 509-11

56. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guideline for health professionals: an update: *Thorax* 2000; 55: 987-99.

57. Dale LC, Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD. Treatment of nicotine dependence. *Mayo Clin Proc* 2000; 75: 1311-

58. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, Watsky EJ, Gong J, Williams KE, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 . 5;296(1):47-55
59. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR; 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: 5;296(1):56-63
60. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, Reeves KR. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med*. 2006 Aug 14-28;166(15):1561-8
61. YALÇIN, D., ŞAHİN, D. E., & ÖZER, D. C. (2009). Birinci Basamakta Sigara Bırakma Danışmanlığı: Derleme. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 21(3).
62. Yorgancıoğlu, A., & Esen, A. (2000). Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Dergisi*, 1(1), 90.
63. Chapman S. Tobacco Control. *BMJ* 1996;313:97-100
64. Tür A. Sigarayı bırakma yöntemleri Tür A (ed) Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri'nde Samsun Logos Yayıncılık Tic A.½. 1995:194-209
65. Schwartz JL. Methods of smoking cessation *Med. Clin. North America* 1992;76:451 -75.
66. Fisher EB, Rost K: Smoking cessation: a practical guide for the physicians. *Clin Chest Med* 1986;7:551-65
67. Goldstein MG, Niaura R, Willey LC et al. Physicians counseling smokers A population-based survey of patients' perceptions of health care provider-delivered smoking cessation interventions. *Arch Intern Med* 997;157:1313-9
68. Saywell RM, Ray SJ, Lukas PJ et al. Indiana family physician attitudes and practices concerning smoking cessation. *Indiana Med* 1996; 89:149-56.

69. Gilpin EA, Pierce JP, Johnson M et al. Physicians advice to quit smoking: results from the 1990 California Tobacco Survey. *J Gen Intern Med* 1993; 8:549-53.
70. Kviz FJ, Clark MA, Hope H et al. Patients' perceptions of their physicians's role in smoking cessation by age and readiness to stop smoking *Prev Med* 1997;26:340-9
71. Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline.
72. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services (http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.)
73. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London, Royal College of Physicians of London, 2000
74. Nardini S, Bertolotti R, Rastelli V, Donner CF. The influence of personal tobacco smoking on the clinical practice of Italian chest physicians. *Eur Respir J* 1988; 12:1450-3.
75. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking habits among physicians in Istanbul and their attitudes regarding anti-smoking legislation. *Tuberk Toraks* 2007; 55:350-5.
76. WHO Tobacco Free Initiative. World No Tobacco Day May 31 2005. The role of health professionals in tobacco control. France 2005.
77. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporları. TTB yayınları, Ankara 2008; sh:16-7.
78. YILDIRIM, İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(13).
79. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994
80. Hoffman BR et al. Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive Behaviours*, 2007, 32: 1546-1554.
81. Pollay RW et al. The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youths and adults, 1979-1993. *Journal of Marketing*, 1996,60:1-16.

- 82.Özcebe H. Gençler ve Sigara. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Şubat 2008, Ankara
83. Uğur M.Medikal psikoloji 1. baskı İstanbul :Sahaflar kitabevi;1994
- 84.Bowes, L., Chollet, A., Fombonne, E., & Melchior, M. (2015). Psychological, social and familial factors associated with tobacco cessation among young adults. *European addiction research*, 21(3), 153-159.
- 85.** Benowitz NL, Brunetta PG. Smoking hazards and cessation. In: Mason RJ, Broaddus C, Murray JF, Nadel JA; eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005:2453-68.
86. TC Sağlık Bakanlığı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye raporu, 2012
87. Daniell HW. Smoker's wrinkles. A study in the epidemiology of "crow's feet". *Ann Intern Med* 1971; 75:873-80
88. Ernster VL, Grady D, Miike R, et al. Facial wrinkling in men and women, by smoking status. *Am J Public Health* 1995; 85:78-82.
89. Tønnesen 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
90. Kocabaş A. KOAH'ta doğal gelişim. In: Umut S, Yıldırım N; eds. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). İstanbul: Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş., 2005:10-27.
91. Pelkonen M, Notkola I-L, Tukiainen H, et al. Smoking cessation, decline in pulmonary function and total mortality: a 30 year follow up study among the Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Thorax* 2001; 56:703-7.
- 92.Lakier JB. Smoking and cardiovascular disease. *Am J Med* 1992; 93(1A): 8-12.)
- 93.Yıldız, I., & Kılıç, H. (2000). Sigaranın klinik ve biyokimyasal etkileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 20(5), 306-312.
94. Kahrilas PJ. Cigarette smoking and gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis* 1992;10:61-71.

95. Smit CF, Copper MP, van Leeuwen JA, et al. Effect of cigarette smoking on gastropharyngeal and gastroesophageal reflux. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110:190-3
96. Soares SR, Melo MA. Cigarette smoking and reproductive function. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008; 20:281-91.
97. Bozdemir N, Tuncer I, Burgut R. Sigara ve sağlık. Türkiye’de Kanser Sıklığı, Çukurova Üniversitesi Basımevi, Adana 1994; 178-85.
98. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. *Türk Toraks Dergisi* 2007;8:110-4.
99. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks* 2004;52:63-8
100. Yılmaz A , Turan A Sigara bırakma tedavisindeki hastalarımızın genel özellikleri ve tedavi başarısını etkileyen faktörler. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2015 29:3 .145-9.
101. Wagner, J., Burg, M., & Sirois, B. (2004). Social support and the transtheoretical model: Relationship of social support to smoking cessation stage, decisional balance, process use, and temptation. *Addictive behaviors*, 29(5), 1039-1043.
102. Pisinger, C., Vestbo, J., Borch-Johnsen, K., & Jørgensen, T. (2005). It is possible to help smokers in early motivational stages to quit: the Inter99 study. *Preventive Medicine*, 40(3), 278-284
103. Ward, K. D., Klesges, R. C., Zbikowski, S. M., Bliss, R. E., & Garvey, A. J. (1997). Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addictive behaviors*, 22(4), 521-533)
104. KAYA, E., DANACI, A. E., ŞAKAR, A., & YORGANCIOĞLU, A. (2005). Sigarayı bırakmada ruhsal etkenlerin etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 245-250.
105. Argüder E, Karezli A, Hezer H, Er M, Hasanoğlu H.C. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi* 2013; 14:81-7
106. Aslan M., *Sigarayı bırakanların sosyodemografik özellikleri ile sigarayı bırakmada etkili faktörler ve bırakma yöntemleri, yüzüncü yıl üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği ana bilim dalı*. van–2009, yüzüncü yıl üniversitesi p. 98 yayınlanmamış uzmanlık tezi
107. Bock, B., Lopes, C. E., van den Berg, J. J., Roberts, M. B., Stein, L. A. R., Martin, R. A., ... & Clarke, J. G. (2013). Social support and smoking abstinence among

incarcerated adults in the United States: a longitudinal study. *BMC public health*, 13(1), 859

108. Dohnke, B., Weiss-Gerlach, E., & Spies, C. D. (2011). Social influences on the motivation to quit smoking: Main and moderating effects of social norms. *Addictive behaviors*, 36(4), 286-293.

109. Fagerstrom KO, Kunze M, Schoberberger R, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: Comparisons among countries and categories of smokers. *Tob Control* 1996;5:1-3

110. İnanç, B.B., Ebelik Bölümü Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanımını Etkileyen Faktörler ve Aile Sosyal Desteği. *Euras J Fam Med* 2015. 4(1): p. 29-35.

111. Bennur Koca1, A. F. O. (2015;). İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol,, Madde Kullanımı,, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 4(2), 4-13.

112. Nevruz, d. m. (istanbul,2003). *sigara içim profilinin nikotin replasman tedavisi üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. marmara üniversitesi.

113. Kenford SL,fiore MC,Jorenby DE,Smith SS.Predicting smoking cessation:Who will quit with and without the nicotine patch.*JAMA* 1994;271;589-94

114. Monso E,campbell J,tonnesen P,gustavsson G. sociodemographic predictors of success in smoking intervention.*Tobacco Control* 2001;10:165-9

115. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994;343:139-42

116. Chang, P. H., Chiang, C. H., Ho, W. C., Wu, P. Z., Tsai, J. S., & Guo, F. R. (2015). Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC public health*, 15(1), 1.

117. Roski, J., Schmid, L. A., & Lando, H. A. (1996). Long-term associations of helpful and harmful spousal behaviors with smoking cessation. *Addictive behaviors*, 21(2), 173-185.

118. Cohen, S., & Lichtenstein, E. (1990). Partner behaviors that support quitting smoking. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(3), 304.

119. Mermelstein, R., Lichtenstein, E., & Mclyntre, K. (1983) Partner support and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 456-466.
120. Park, E. W., Schultz, J. K., Tudiver, F., Campbell, T., & Becker, L. (2001). Enhancing partner support to improve smoking cessation. *The Cochrane Library*.
121. Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No.: CD002928.
122. Morgan, G. D., Ashenberg, Z. S., & Fisher, E. B. (1988). Abstinence from smoking and the social environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 298.
123. Kozaklı, H. (2006). Üniversite öğrencilerinde yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin*.

EK-1

VAKA No.:

Tel No: 5428409044

1. Adı Soyadı: 10. Cinsiyeti: 11.Yaşı:38
2. Mesleği: 12. Fagestrom skoru:
3. Evde sigara için başka biri var mı: evet / hayır (kimler.....)
4. Paket/yıl: 13. Kullandığı metodlar
 - a. : Psikoterapi:
 - b. : Nikotin replasman tedavisi:
sakız / bant
 - c. İlaç: champix / zyaban /
wellbütrin:
5. Tedavi süresi:
6. Sigara içme durumu: içiyor/ yeniden başlamış / bırakmış:
7. En uzun bırakma süresi:
8. Tekrar içmeye başladı ise sebebi:
9. tekrar gelmek ister mi

AİLEVİ ve SOSYAL DESTEK

- 1.Sigara bırakma kararınızı almanızda aileniz ne kadar destek oldu?(
2. Sigara bırakma kararınızı almanızda sosyal çevreniz ,iş arkadaşlarınız ,komşularınız ne kadar destek oldu?
- 3.Sigara bırakmanızda aileniz ne kadar destek oldu?
4. Sigara bırakmanızda sosyal çevreniz ,iş arkadaşlarınız ,komşularınız ne kadar destek oldu?
- 5.Sigarayı bıraktıktan sonra aileniz ne kadar destek oldu?
6. Sigarayı bıraktıktan sonra sosyal çevreniz ,iş arkadaşlarınız ,komşularınız ne kadar destek oldu?

EK-2

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

ÖZGEÇMİŞ

ADI-SOYADI:Çiğdem AKYÜZ

DOĞUM YERİ:SAMSUN

DOĞUM TARİHİ:24.11.1984

MEDENİ HALİ:EVLİ

BİLDİĞİ YABANCI DİLLER:İNGİLİZCE

**EĞİTİM DURUMU:ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2002-2008**

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ

ANABİLİM DALI 2011-2015

ÇALIŞTIĞI KURUMLAR VE YIL

2008-2009 YOZGAT SORGUN SAĞLIK OCAĞI -PRATİSYEN HEKİM

2010-2010 SAMSUN-KAVAK TSM -PRATİSYEN HEKİM

2012-2016 OMÜ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI-UZMANLIK

ÖĞRENCİSİ

E-posta:cigdem.akyuz omu.edu.tr