

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANSER TANISI ALAN HASTALARIN BİRİNCİ
DERECEDEN YAKINLARINDA SİGARA BIRAKMA
DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Beril HÜSEYİN

**Kanser Epidemiyolojisi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2018**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANSER TANISI ALAN HASTALARIN BİRİNCİ
DERECEDEN YAKINLARINDA SİGARA BIRAKMA
DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Beril HÜSEYİN

**Kanser Epidemiyolojisi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ömer DİZDAR**

**İkinci Danışman
Prof. Dr. Mutlu HAYRAN**

**ANKARA
2018**

ONAY

**KANSER TANISI ALAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECEDEDEN YAKINLARINDA
SİGARA BIRAKMA DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Öğrenci: Beril HÜSEYİN

Danışman: Prof. Dr. Ömer Dizdar

İkinci Danışman: Prof. Dr. K. Mutlu Hayran

Bu tez çalışması 08/05/2018 tarihinde jürimiz tarafından "Kanser Epidemiyolojisi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. İsmail Çelik*
(HÜ Kanser Enstitüsü)

Tez Danışmanı: *Prof. Dr. Ömer Dizdar*
(HÜ Kanser Enstitüsü)

Üye: *Prof. Dr. Mustafa Erman*
(HÜ Kanser Enstitüsü)

Üye: *Prof. Dr. Saadettin Kılıçkan*
(HÜ Kanser Enstitüsü)

Üye: *Doç. Dr. Mehmet Ali Nahit Şendur*
(Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

17 Mayıs 2018

Diclehan Orhan
Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

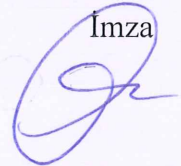
Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversite'ye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversite'ye teslim etmeyi taahhüt ederim.

⊗ Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenikle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

22/05/2018

Imza



ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof. Dr. Ömer DİZDAR, Prof. Dr. Mutlu HAYRAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Beril HÜSEYİN



İmza

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasının her aşamasında ve yüksek lisans eğitimim boyunca tüm deneyim ve bilgilerini benimle paylaşarak desteğini esirgemeyen Dr. Deniz Yüce'ye, bilimsel bilgileri en iyi şekilde veren tez danışmanım Prof. Dr. Ömer Dizdar'a, tez dönemim boyunca desteklerini benden esirgemeyen Prof. Dr. Mutlu Hayran'a, Prof. Dr. İsmail Çelik'e, değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa Erman, Prof. Dr. Saadettin Kılıçkap'a ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

ÖZET

Hüseyin B. Kanser Tanısı Alan Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Sigara Bırakma Davranışının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kanser Epidemiyolojisi Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2018. Tütün kullanımı en önemli morbidite ve mortalite nedenlerindedir. Bu nedenle sigara bıraktırma, hastalıkların primer korunmasında temel hedeflerden biridir. Sigara içen kişiye veya bir yakınına kanser tanısı konması, sigarayı bırakma konusunda motivasyon artışına neden olabilmektedir. Bu çalışmada kanser tanısı alan hastaların birinci derece yakınlarının bu süreçte sigara bırakma niyet ve davranışları incelenmiş ve tanı sonrası sigara bırakma oranlarının hastaya asıl bakım veren yakını ile diğer birinci derece yakınları arasında farklılık gösterip göstermediğinin araştırılması planlanmıştır. Çalışmaya Temmuz 2017 - Aralık 2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Medikal Onkoloji Polikliniği'ne başvuran kanser hastalarının yakınlarından 176 kişi dahil edildi. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $42,4 \pm 11,6$ yıl, 54'ü (%30,7) kadın, 122'si (%69,3) erkek cinsiyette idi. Katılımcıların başlangıç görüşmesinden sonraki 30. gün yapılan telefon görüşmelerinde 134'ünün (%76,1) sigara içmeye devam ettiği, 42'sinin (%23,9) ise sigarayı bıraktığı tespit edildi. Katılımcıların 30. gün sigara bırakma durumları demografik gruplar arasında karşılaştırıldığında kadınların sigara bırakma oranlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p=0,006$) görüldü. Hastaya asıl bakım veren hasta yakınlarında sigarayı bırakma oranları, diğer hasta yakınlarından daha yüksek bulundu (%27 vs %17, $p=0,08$) ancak aradaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Yakınlarına akciğer kanseri tanısı konan katılımcıların sigara bırakma oranlarının (%40,4) diğer kanser türlerine göre (%16,9) anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,001$) tespit edildi. Sonuç olarak sigara içen kişilerin yakınlarında kanser gibi ciddi bir hastalık ortaya çıktığı durumlarda sigara bırakma konusunu daha motive oldukları görülmüştür. Bu kişilere gerekli destek sağlandığında daha yüksek sigara bırakma oranları sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Tütün kontrolü, sigara bırakma, kanser hastası yakını

ABSTRACT

Hüseyin B. Evaluation Of Quitting Behavior In The Primary Relatives Of Patients Diagnosed With Cancer. Hacettepe University Institute Of Health Science, Cancer Epidemiology Program Master Of Science Thesis. Ankara, 2018. Tobacco use is one of the most important causes of morbidity and mortality. As a consequence, quitting smoking is a fundamental aim of primary prevention of diseases. Diagnosing a smoker or his/her relative with cancer may result in increased motivation for quitting. This study aimed to evaluate the quitting wills and behaviors of first degree relatives of patients diagnosed with cancer, and also to assess whether the quit rates are different between primary caregivers and other first-degree relatives. A total of 176 relatives of patients diagnosed with cancer between July 2017-December 2017 at Hacettepe University Medical Oncology Outpatient Unit were recruited for the study. Mean age of the participants was 42.4 ± 11.6 years, 54 were females (30.7%), and 122 were males (69.3%). The evaluations on the 30th day after first interview revealed that 134 (76.1%) continued smoking, and 42 (23.9%) have quit. Comparisons of 30th day smoking status between groups revealed that quitting rates were higher in females ($p=0.006$). Quitting rates were higher in primary caregivers than others (27% vs 17%, $p=0.08$), but this difference was not statistically significant. Quitting rate was higher in relatives of lung cancer patients (40.4%) than those with other cancers (16.9%) ($p=0.001$). In conclusion, we have observed that smokers were more motivated for quitting if one of their relatives are diagnosed with a serious illness. Higher quit rates might be achieved if these individuals are supported adequately.

Keywords: Tobacco control, quit smoking, relative of cancer patient

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	x
TABLolar	xi
ŞEKİLLER	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tütün bitkisi	3
2.2. Tütün kullanımının tarihçesi	3
2.3. Tütün kullanımının ekonomik boyutu	4
2.4. Dünyada ve Türkiye’de tütün kontrolü	5
2.5. Nikotinin farmakolojik özellikleri ve nikotin bağımlılığı	6
2.6. Tütün mamullerinin sağlık etkileri	8
2.6.1. Sigaranın solunum sistemi üzerine etkileri	9
2.6.2. Sigaranın kardiyovasküler sistem üzerine etkileri	10
2.6.3. Sigara kanser ilişkisi	10
2.7. Sigara bırakma yöntemleri	11
2.7.1. Sigara bırakmada bilişsel davranışsal müdahaleler	11
2.8. Sigara bırakma sürecinde değişim aşamaları	12
2.8.1. Sigara bırakmada 5A yöntemi	13
2.8.2. Sigara bırakmada 5R yöntemi	15
2.8.3. Sigara bırakma farmakoterapisi	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. İstatistiksel Yöntemler	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	48
8. EKLER	
EK-1: Araştırma İçin Alınan Etik Kurul	
EK-2: Veri Toplama Formu	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HDL	Yüksek dansiteli lipoprotein
KOAH	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
LDL	Düşük dansiteli lipoprotein
HDL	Yüksek dansiteli lipoprotein
MAO	Monoamin oksidaz
MPOWER	(M)onitor tobacco use and and prevention policies; (P)rotect people from tobacco smoke; (O)ffer help to quit tobacco use; (W)arn about the dangers of tobacco; (E)nforce ban on tobacco advertising, promotion and sponsorship; (R)aise taxes on tobacco
MSS	Merkezi sinir sistemi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKÇS	Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Fagerstrom testi	7
2.2. Sigara dumanında bulunan başlıca kimyasal ajanlar ve toksik etkileri	9
2.3. Sigara bırakma sürecince değişim aşamaları	12
2.4. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan birincil farmakolojik tedavi seçenekleri	19
2.5. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki ve kontrendikasyonları	20
4.1. Çalışma grubunun genel sosyodemografik özellikleri	24
4.2. Birinci derece yakınların genel sosyodemografik özellikleri	25
4.3. Çalışma katılımcılarının kanserli yakınlarının genel özellikleri	27
4.4. Çalışmaya katılanların sigara kullanım alışkanlıkları	28
4.5. Çalışmaya katılanların hasta ile yakınlık durumuna göre sigara bırakma niyetleri	29
4.6. Çalışmaya katılanların hastaya bakım verme durumuna göre sigara bırakma niyetleri	30
4.7. Çalışmaya katılanların hastalarının tanı durumuna göre sigara bırakma niyetleri	30
4.8. Çalışmaya katılanların 30. gün sigara bırakma oranları	32
4.9. Birinci derece yakınların 30. gün sigara bırakma oranları	33
4.10. Sigara kullananların bağımlılık düzeyleri ve sigara kullanım paket-yıl oranları	34
4.11. Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine ve bağımlılık düzeylerine göre 1. ay sonunda sigara bırakma oranları	35
4.12. Hastalarının tanısına göre katılımcıların 30. günde sigarayı bırakma oranları	36
4.13. Yakınları kanser tanısı aldığı anda katılımcıların sigarayı bırakma konusundaki düşünceleri ve 30.günde sigarayı bırakma oranları	37
4.14. Çalışmaya katılanların sigaranın hastalığa etkisi konusundaki düşünceleri ve 30.günde sigarayı bırakma oranları	37
4.15. Hasta yakınının hastasındaki kanser tanısıyla sigarayı ilişkilendirme düzeyi	38
4.16. Çalışmaya katılanların hastalarının tanı durumuna ve hastalarına bakım verme durumlarına göre 1. ay sonunda sigara bırakma oranları	39
4.17. Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine ve hastalarının tanılarına göre 1. ay sonunda sigara bırakma oranları	39
4.18. Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine ve hastalarına bakım verme durumları göre 1. ay sonunda sigara bırakma oranları	40

ŞEKİLLER

Şekil
3.1. Çalışmaya katılım şeması

Sayfa
22



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sigara dünyada en önemli morbidite ve mortalite nedenlerindedir. Aktif sigara kullanımı ve pasif sigara dumanına maruziyet oranları hem gelişmemiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Sigara bağımlılığı, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri içeren bir kronik bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Sigarayı bırakmak, sigara içen bir insanın sağlığıyla ilgili verdiği en önemli kararlardan biridir.

Sigarayla ilişkili hastalıkların sıklığının ve ekonomik kayıpların artması sigarayla mücadele faaliyetlerinin de zaman içinde yoğunlaşarak artışına neden olmuştur. Sigarayla mücadele için tüm dünyada çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. DSÖ tarafından sunulan MPOWER stratejileri ülkemizde de kabul edilmiş ve çeşitli kanunlarla desteklenerek büyük bir adım atılmıştır (1).

Sigaranın solunum sistemi ve kardiyovasküler sistem başta olmak üzere tüm sistemler üzerinde zararlı olduğu bilinmektedir. Akut ve kronik birçok hastalık ile ilişkili olan sigara tüketiminin neden olduğu başlıca sağlık sorunlarından birisi de kanserlerdir.

Sigara içen kişiye veya bir yakınına kanser tanısı konması, sigarayı bırakma konusunda motivasyon artışına neden olabilmektedir. Bu motivasyon artışı kanserden korunma davranışı ile ilişkilidir. Bu kişilerde motivasyonun doğru yönlendirilmesi ve desteklenmesi, kişilerin sigara bırakma şansını artırmaktadır. Kanser tanısı almanın tanıdan sonra sigara bırakma olasılığını artırdığı gösterilmiştir (2, 3). Ayrıca kanserli hastaların yakınlarının hastalık ile ilgili kaygılarının sigara bırakma motivasyonu üzerine olumlu etkisinin olduğu bilinmektedir (4). Sigara içen bir kişinin bir yakınının kanser tanısı alması sigara bırakma denemesi için uygun bir fırsat olabilir. Ancak literatürde bazı çalışmalarda kanser tanısının sigara bırakma sürecinde etkili olmadığı da gösterilmiştir (5). Dolayısıyla kanser tanısı alan kişilerin yakınlarındaki sigara bırakma davranışı hasta ile yakınlık derecesi, bağımlılık düzeyi, risk algısı, sosyokültürel düzey gibi birçok faktörden etkileniyor olabilir ya da farklı toplumlarda bu davranışın niteliği değişebilir. Hastanın esas bakımını sağlayan

yakınlarında, diğer birinci derece yakınlarına göre farklılık gösterebilir. Yakınlık derecesinin ya da hastayla sürekli birlikte olan ve bakımını sağlayan yakınlarıyla diğer yakınları arasında sigarayı bırakma isteği ve başarılı olma oranları arasında fark olup olmadığını gösteren bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada kanser tanısı alan hastaların birinci derece yakınlarının bu süreçte sigarayı bırakma konusundaki düşünce, bilgi, tutum ve davranışlarının ve tanı sonrası sigara bırakma oranlarının araştırılması planlanmaktadır. Bu parametrelerin hastaya asıl bakım veren yakını ile diğer birinci derece yakınları arasında farklılık gösterip göstermediği de araştırılacaktır. Ayrıca bu bilgi, tutum ve davranışları etkileyebilecek diğer tıbbi ve demografik faktörlerin belirlenmesi hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün bitkisi

Tütün bitkisi solanaceae (patlıcangiller) familyasından gelen nicotiana cinsinden Güney Amerikalı yerlilerin yüzyıllardır kullandıkları tek yıllık otsu bitkidir. Tütün Maya ve Azteklerde dini ritüellerde tütüsü olarak kullanılmış, daha sonra tedavi için yaraların üzerinde ve baş ağrıları tedavisinde kullanılmıştır (6). Kristof Kolomb tarafından Avrupa'ya getirilmiş, 1559'da Portekiz'deki Fransız elçisi Jean Nicot baş ağrıları için Fransız kraliçesine ilaç olarak tütün vermiştir. Bu nedenle tütüne “kraliçe otu” veya “sefir otu” denmiştir. Fransa'dan Avrupa'ya yayılan tütünden 1828 yılında izole edilen alkaloidine Jean Nicot'a ithafen “nikotin” adı verilmiştir (7).

Tütünün 60'dan fazla türü içerisinde Nicotiana tabacum L. Türk veya şark tipi olarak bilinir ve Türkiye'de en fazla yetiştirilen çeşididir. Nicotiana rustica L. ise nargile, pipo, enfıye ve çiğnemelik olarak kullanılan nikotin oranı yüksek tütün çeşididir. Tarlada yetiştirme dönemi iklim şartlarına bağlı olarak 100-110 gün sürmektedir (8).

Tütünü diğer bitkilerden ayıran özelliği yapraklarında organik azotlu bir madde olan nikotin içermesidir. Nikotin keyif verici ve aynı zamanda alışkanlık yapan bir alkaloiddir. Nikotin kökte sentezlenip yapraklarda birikir. Tütün yaprağının kimyası, tütün çeşidine, yetiştirildiği toprak ve iklim şartlarına, kurutulma yöntemlerine göre değişiklik gösterir. Tütünden nikotin elde edilmesinin yanı sıra tütün bitkisinin tohumlarından yağ, selüloz ve pektin, tütün bitkisi çiçeğinden esans ve kolonya, küllerinden potasyum karbonat elde edilir. Ayrıca nikotin asidi ilaç sanayinde kullanılmaktadır (6).

2.2. Tütün kullanımının tarihçesi

Cristopher Columbus tütün yapraklarının sazdan borulardan tütürüldüğünü görüp tütüne bu sazdan borunun adı olan “tobacco” adını vermiştir. Böylece tütün

yapraklarının bir boru içinde yakılması ve borunun diğer tarafından çıkan dumanın çekilmesi tütünün ilk kullanım şeklini ortaya çıkarmıştır. Osmanlı döneminde İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirleriyle İstanbul'a getirilmiştir. İlk tütün tarımı Makedonya, Kırcaali, Yenice ve Ege bölgesinde başlamıştır. Tütün üreticisinin başarısı ve tütünün yüksek kalitesi, tütün ihracatının başlamasına neden olmuştur. 1880 yılında Amerika'da James A. Bonsack ilk sigara makinesi patentini alarak yeni bir sanayi kolunun doğmasına öncülük etmiştir. 19. yüzyılda sigara sarma makinelerinin geliştirilmesiyle sigara üretimi ve tüketimi hızla artmıştır. Tütün tüketiminden elde edilen yüksek gelir nedeniyle devletler tütün tarımı ve ticaretini teşvik etmişler ve çeşitli vergiler alabilmek için tekeller kurulmasını sağlamışlardır (9).

2.3. Tütün kullanımının ekonomik boyutu

Tütünün en yaygın türleri *Nicotiana tabacum* ve *Nicotiana rustica*dır. Tütünün değişik kullanım şekilleri arasında sigara, nargile, puro, pipo, enfiye, tütün çiğneme bulunmaktadır. Günümüzde en yaygın kullanım şekli sigaradır. Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı dünyada önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (10).

Tütün kullanımı dünya çapında önemli bir sağlık ve ekonomik yük getirmektedir. Yapılan araştırmalar sigaranın yol açtığı hastalıkların sağlık harcamalarında yılda 422 milyar ABD doları olduğunu ve bu da küresel sağlık harcamalarının yaklaşık %6'sını temsil ettiğini göstermektedir. Sigara yılda yaklaşık 6 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır (11).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) raporuna göre Türkiye'de tütün kullanan kişi sayısı 14,8 milyon (%27,1) olarak hesaplanmıştır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%47,9) kadınlara göre (%15,2) daha yüksek olarak bulunmuştur (12). Dünyada tütün kullanımının giderek artması ve insan sağlığını tehdit etmesi nedeniyle tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)" 21 Mayıs 2003 yılında Cenevre'de Dünya Sağlık Örgütü'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir. Türkiye bu anlaşmayı 28 Nisan 2004'te imzalamış, 25 Kasım'da Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul

edilerek 30 Kasım 2004 tarihli, 25656 sayılı Resmi Gazete 'de 5261 kanun numarası ile yayımlanarak Türkiye'de yürürlüğe girmiştir (13).

2.4. Dünyada ve Türkiye'de tütün kontrolü

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 yılındaki genel kurul toplantısında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, üye ülkelerin oy birliği ile kabul edilmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi tütün kullanımını azaltmaya yönelik düzenlemeleri içermektedir. 2004 yılında Türkiye de Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini onaylamış ve DSÖ tarafından yol gösterici rehber olan MPOWER stratejilerini uygulayarak dünyada tütün kontrolü konusunda örnek bir ülke haline gelmiştir (14).

MPOWER paketinde tütün kontrol politikası olarak, tütün kullanımını azalttığı kanıtlanmış en etkili altı politika ele alınmaktadır (14):

Monitor tobacco use and prevention policies: Tütün kullanımı ve koruyucu politikaların izlenmesi

Protect people from tobacco smoke: Toplumun tütün dumanından pasif etkileniminin önlenmesi

Offer help to quit tobacco use: Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi

Warn about the dangers of tobacco: Bireylerin tütünün zararları konusunda uyarılması

Enforce ban on tobacco advertising, promotion and sponsorship: Tütün reklamları, tanıtımı, sponsorlukların yasaklanması ve yasaların güçlendirilmesi

Raise taxes on tobacco: Tütüne uygulanan vergi miktarının ve sigara fiyatının artırılması

Tütün kontrolü çalışmalarının sonuçları, tütün kullanımının tehlikelerinin sosyoekonomik sınır tanımadığını, tütün salgınının düşük gelirli toplumlarda ve ülkelerde daha çok zarar verdiğini göstermektedir. Ülkelerin bu konudaki uygulamaların güçlendirilmesi için güçlü bir ulusal tütün kontrolü programına gereksinim vardır. Küresel düzeyde tütün kontrolü programları ivme kazanmaktadır (14).

Türkiye’de tütün kontrolü konusundaki ilk yasal düzenleme, uzunca süren çaba sonucunda 1996 yılında TBMM tarafından kabul edilmiş olan 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesi Hakkında Kanun”dur. 2008 yılında kanun yenilenmiş ve kapsamı genişletilmiştir. İki temel farklılık içermektedir. Birincisi tütün ürünü tüketilmesinin yasaklandığı yerler genişletilmiş ve “bütün kamusal kapalı alanlar” yasak kapsamına alınmıştır. Bu şekilde Türkiye, İrlanda ve İngiltere’nin ardından Dünyada “tam dumansız” (%100 smoke-free) üçüncü ülke olmuştur. İkincisi ise, yasadaki ceza maddesinin netleştirilmiş olmasıdır. Yeni yasada cezanın uygulanması tarif edilmiştir. Sonuç olarak 4207 sayılı Kanun’da 2008 yılında yapılan değişiklik sonucunda Türkiye Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’nin bütün maddeleri ile uyumlu bir yasaya sahip olmuştur (32).

2.5. Nikotinin farmakolojik özellikleri ve nikotin bağımlılığı

Nikotin tütün bitkisi yapraklarından elde edilen renksiz, uçucu bir sıvıdır. Sigara dumanındaki nikotin partikülleri akciğere ve sonra hızla sistemik dolaşıma katılarak beyine ulaşır (15). Nikotinin plazma yarı ömrü iki saattir. Nikotin karaciğerde CYP2A6 enzimi tarafından kotinine metabolize edilir. Kotininin yarı ömrü 16 saattir ve kan, tükürük veya idrarda ölçülebilir. CYP2A6 genetik polimorfizmi, nikotin metabolizma hızındaki bireysel ve ırksal farklılıklarıyla ilişkilidir. Ayrıca cinsiyet hormonları da CYP2A6 aktivitesini etkiler (16).

Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirmesinde en sık kullanılan psikometrik test Fagerstrom nikotin bağımlılık testidir (17). 2004 yılında Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır (18).

Tablo 2.1. Fagerstrom testi

1- İlk sigaranızı sabah uandıktan ne kadar sonra içersiniz?	
a. Uandıktan sonraki ilk beş dakika içinde	(3)
b. 6-30 dakika içinde	(2)
c. 31-60 dakika	(1)
d. Bir saatten fazla	(0)
2- Sigara içmenin yasak olduğu örneğın; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağı uymakta zorlanıyor musunuz?	
a. Evet	(1)
b. Hayır	(0)
3- İçmeden duramayacağınız, diğeri bir deyişle vazgeçemeyeceğınız sigara hangisidir?	
a. Sabah içtiğim ilk sigara	(1)
b. Diğeri herhangi biri	(0)
4- Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	
a. 10 adet veya daha az	(0)
b. 11-20	(1)
c. 21-30	(2)
d. 31 veya daha fazlası	(3)
5- Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğeri saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?	
a. Evet	(1)
b. Hayır	(0)
6- Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?	
a. Evet	(1)
b. Hayır	(0)

Toplam Skor: 0-2: Çok az bağımlılık, 3-4: Az bağımlılık, 5: Orta derecede bağımlılık, 6-7: Yüksek bağımlılık, 8-10: Çok yüksek bağımlılık

2.6. Tütün mamullerinin sağlık etkileri

Tütünün sağliğa zararları ile ilgili ilk kaynak 1602 yılında kraliçe Elizabeth'in doktoru tarafından yazılan "Work for Chimney-Sweepers or Warning for Tobacconists" başlıklı kitapçıktır (19). Tütün ve kanser arasında bir ilişki olduğunu gösteren ilk yazı ise İngiliz doktor John Hill tarafından 1761 yılında "Cautions Against the Immoderate Use of Snuff" adıyla yayınlanmıştır (20). 1844 yılında patolog Walter Walshe, yayınladığı kitabında sigara içmeyi neoplazi nedenleri arasında göstermiştir (21).

Tütünün kullanımının sağliğa zararlarını gösteren çalışma Richard Doll ve arkadaşları tarafından 1951-1991 yıllarında 4000 doktor üzerinde yapılan araştırmadır. Bu çalışma sigaranın farklı hastalıklara neden olduğunu ve düzenli sigara içenlerin yarısının sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle erken öldüğü gerçeğini ortaya çıkarmıştır (22).

Tütün ürünlerinin en yaygın tüketimi, tütünün yanması sonucu oluşan dumanın inhale edilmesi şeklinedir. Sigara dumanının bileşimi, kullanılan tütünün türüne, sigaranın gevşek veya sıkı yapılmasına, içiş tarzına ve sigara içme tekniğine göre değişmektedir. Sigara dumanı içerisinde katran, arsenik, benzen, kadmiyum, formaldehit, polonyum-210, krom, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, nitrozaminler, akrolein, asetaldehit, hidrazin, nikel, kurşun, kobalt ve berilyum gibi 4000'den fazla toksik madde bulunmaktadır. Ayrıca sigara Polonyum-210 ve kurşun-210 gibi alfa yayınlayıcısı radyoaktif ürünler de içermektedir. Bu radyoaktif maddeler duman yolu ile akciğerde toplanmakta, oradan kan yoluyla diğer organlara dağılmaktadır (23). Tütün bağımlılığının asıl sebebi psikoaktif madde olan nikotindir (24).

Tablo 2.2. Sigara Dumanında Bulunan Başlıca Kimyasal Ajanlar ve Toksik Etkileri

Kimyasal ajan	Konsantrasyon	Toksik Etki
Karbon monoksit	10-23 mg	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Amonyak	10-130 µg	İrritan, pro-inflamatuar, sitotoksik
Nitrojen oksit	100-600 µg	İrritan, pro-inflamatuar, sitotoksik
Hidrojen siyanür	400-500 µg	İrritan, pro-inflamatuar, sitotoksik
Hidrojen sülfid	10-90 µg	İrritan
Akrolein	60-140 µg	İrritan, sitotoksik
Metanol	100-250 µg	İrritan, sitotoksik
Piridin	16-40 µg	İrritan
Nikotin	1.0-3.0 mg	Doza bağımlı uyarıcı veya parasempatik N-kolinerjik reseptörler üzerine depresör
Fenol	80-160 µg	İrritan, Mutajenik/ karsinojenik
Katekol	200-400 µg	Mutajenik/ karsinojenik
Anilin	360-655 µg	Methemoglobin oluşumu
Benzo(a)piren	20-40 ng	Mutajenik/ karsinojenik
Vinil klorid	11-15 ng	Mutajenik/ karsinojenik
Maleik hidrazin	1.16 µg	Mutajenik/ karsinojenik

2.6.1. Sigaranın solunum sistemi üzerine etkileri

Sigara alt solunum yollarında patofizyolojik değişikliklere neden olmaktadır. Sigara kullanan kişilerde solunum yolu florasında değişiklikler, hava yollarında goblet hücre sayısında artış, siliya sayısında azalma, mukus sekresyonunda artış, ve alveolar makrofajların yapısında bozulma sonucunda daha sık solunum yolu enfeksiyonu görülmektedir. Solunum yollarında gelişen sık inflamasyon kalıcı değişikliklere neden olur. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) riski içilen sigara miktarı ve süresi ile orantılıdır. Ayrıca sigara içenlerde kronik öksürük, balgam, dispne vs gibi solunum sistemi ile ilgili semptomlar artmıştır (25).

2.6.2. Sigaranın kardiyovasküler sistem üzerine etkileri

Sigara kullanımı endotel hasarı oluşturarak ateroskleroz gelişimine neden olmaktadır. Aynı zamanda koroner vazooklüzif faktörlerden trombosit agregasyonunu, vazomotor aktiviteyi, protrombotik durumu, karbonmonoksit üretimini, plazma viskozitesini ve fibrinojen seviyesini artırmaktadır (26).

Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine neden olur. Oksijen ihtiyacını artırarak veya kan akımını azaltarak oksijen sunumunun azalmasına ve bu da miyokard iskemisine yolaçar. Bu değişiklikler koroner arter spazmı, platelet agregasyonu ve adhezyonu ile sonuçlanabilir. Ayrıca disritmilerin eşiğini azaltarak ani ölüme yol açabilir. Kronik olarak endotel hasarına yol açarak koroner ateroskleroza zemin hazırlar. Ayrıca sigara içmek LDL kolesterolü artırırken HDL kolesterolü azaltır (25).

Meta analiz çalışmasında koroner kalp hastalığı ve felç riskinin büyük bir kısmının birkaç sigara içme ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Günde bir sigara içilmesi %40-50 koroner kalp hastalığı riski taşır. Kardiyovasküler hastalık için güvenli bir sigara içme seviyesi yoktur (27).

2.6.3. Sigara kanser ilişkisi

1964 yılında ilk kez sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisi bildirilmiştir (28). Bundan sonra yapılan çalışmalarda da inkar edilemeyecek şekilde sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için hem erkekte, hem kadında başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır. Akciğer kanseri riski sigara içicisinin içtiği sigara miktarına, içtiği süreye ve sigaraya başlama yaşına bağlıdır (25).

Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks) ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca sigara içenlerde sigara ile ilişkili bir kanser ortaya çıktığında sigara ile ilişkili ikincil bir kanser çıkma riski daha fazladır (25).

Kanser hastaları yaşam kalitelerini olumsuz etkilemesine rağmen tanı konulmadan önce sigara içen hastaların üçte biri tanıdan sonra sigara içmeye devam eder. Sigara içmeye devam edenlerin tedavilerinin etkinliği azalır ve daha sık komplikasyonlar görülür. Ayrıca ikinci primer tümör riski artar ve sağkalım süresi kısalmır (29, 30).

2.7. Sigara bırakma yöntemleri

2.7.1.1. Sigara bırakmada bilişsel davranışsal müdahaleler

Bilişsel davranışçı müdahaleler, bilişsel tekniklerle davranışsal becerileri bir araya getirerek beklenen davranış değişikliği oluşturmayı ve sürdürülmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Davranışsal müdahale, diğer bilişsel/davranışsal modellerden türetilen bir beceri eğitimi yaklaşımını temel alır (31). Sigara bırakma müdahalelerinde bilişsel davranışsal teknikler bireysel ve grup temelli olarak uygulanır (31). Bireysel danışmanlık, grup ve telefon danışmanlığı sigara bırakma girişiminde başarıyı artıran etmenlerdir (32).

Psikoeğitim davranışsal ve psikoterapi müdahalelerine dayanır. Bu müdahalenin konuları bilgi verme, başa çıkma becerileri kazandırma, sosyal destek sağlama, psikoterapi ve eğitimidir (33, 34). Sigara bağımlılığında psikoeğitim grupları özellikle sık nüks yaşamış bireyleri motive ederek sorunlarıyla yüzleşmesini ve sorunların farkına varması ve sorumluluk alması sağlar (35).

Sigara bırakmada klinik girişime psikodrama eklenmesi ve bırakma sonuçlarına etkisi araştırıldığında standart yaklaşımlara göre daha etkili olduğu gösterilmiştir (36). Psikoeğitimde grup formatında yürütülen programlar etkileşim, sosyal öğrenme ve sosyal destek açısından yararlı olmaktadır (37). Sigara bırakma konusunda eğitilmiş sağlık çalışanlarının yaptığı grup danışmanlığı sigara bırakma başarısını artırmaktadır (38).

2.8. Sigara bırakma sürecinde değişim aşamaları

Prochaska ve Diclemente tarafından geliştirilen transteorik model uluslararası kabul görmüş davranış modelidir. Transteorik modelde yer alan davranış değişimi aşamaları, bireyin niyet, tutum ve davranış değişikliğinin zamanını, aynı zamanda değişime olan ilgi ve motivasyonunu da açıklar. Davranış değişimi, düşünme öncesi (düşünmeme), düşünme, hazırlık, harekete geçme ve sürdürme olmak üzere beş aşamadan oluşur (39, 40).

Tablo2.3. Sigara bırakma sürecince değişim aşamaları

Bırakmayı düşünmeme (pre-contemplation)	Birey sigarayı bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir. Daha önce başarısız denemeleri varsa bırakma konusunda isteği ve kendine güveni yoktur.
Bırakmayı düşünme (contemplation)	Birey henüz bırakmaya karar vermemiştir fakat problemin farkındadır. 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. 1 ay içerisinde sigarayı bırakmayı planlar.
Bırakmayı deneme (action)	Birey eyleme geçmiş sigarayı bırakmıştır, henüz 6 ayı tamamlamamıştır.
Bırakmayı sürdürme (maintenance)	Birey sigarayı bırakmıştır. 6 aydan uzun süredir sigara içmemektedir. Kendine güveni artmıştır. Nüksden kaçınmaya çalışır.

2.8.1. Sigara bırakmada 5A yöntemi

Bireyin evresine göre klinik değerlendirilmesi yapılarak tedavisi planlanır. Bırakmayı düşünen birey için öneriler 5A yöntemiyle açıklanır.

Ask (öğren):

Bireyin tütün kullanım durumu sorgulanmalıdır; ne zaman sigaraya başladığı, kaç yıldır içtiği, bir günde içilen sigara sayısı sorulmalı, paket/yıl olarak içilen sigara miktarı hesaplanmalıdır. Sigara dışındaki tütün ürünlerini (pipo, nargile, puro vs.) kullanıp kullanmadığı sorgulayarak kaydedilmelidir (40-42).

Advise (öner):

Her sigara kullanıcısına mutlaka sigarayı bırakması önerilmelidir. Bu öneri açık, güçlü ve kişiye özel olmalıdır. Bireyin sağlık durumu, sigaranın ekonomik yükü, çocuklarını ve ailesini sigara dumanına maruz bırakarak verdiği zararlar anlatılmalıdır. Sigarayı bıraktınca sağlığında oluşacak değişiklikler ile ilgili bilgiler verilmelidir (40-42).

Assess (ölç):

Her hastanın sigarayı bırakmak isteyip istemediği sorgulanmalı, bırakma isteme nedenleri ve kararlılık durumu değerlendirilmelidir. Daha önce bırakma deneyimi varsa bu dönemde yaşananlar, karşılaşılan güçlükler, en uzun bırakılan süre, tedavi kullanılıp kullanılmadığı gözden geçirilmelidir (40-42).

Assist (önderlik et):

Sigara kullanan bireyle birlikte bir bırakma planı hazırlanmalıdır. Bireyin motivasyonunu artıracığından bırakma günü belirlenmelidir. Bırakma gününün görüşmeden sonraki 2 hafta içerisinde olması idealdir. Bırakma kararı aile, arkadaş ve işyerinde paylaşılmalı ve destek alınmalıdır. Ev, işyeri ve araba gibi kişinin yaşadığı çevreden sigarayı hatırlatacak eşyaların uzaklaştırılması önerilmelidir. İlk birkaç hafta içerisinde yoğun nikotin yoksunluk belirtilerinin yaşanabileceği anlatılmalı ve bunlarla nasıl başa çıkacağı konusunda katılımcı bilgilendirilmelidir. Bırakma döneminde mücadele gücünü artıracak yeni günlük aktiviteler geliştirilmelidir. Yaşa uygun egzersiz, yürüyüş, çeşitli hobilere zaman ayrılması önerilmelidir. Bireyin bağımlılık düzeyi, eşlik eden hastalıkları, kişisel tercihi, tedavi uyum gösterme olasılığı göz önüne alınarak uygun farmakolojik tedavi seçimi yapılmalıdır. İlaçların kullanım şekli, etkinlik ve olası yan etkiler konusunda bilgilendirilmelidir (40-42).

Arrange (örgütle):

Sigara içen bireyler yüz yüze ya da telefon görüşmeleri ile izlenmelidir. İlk izlem bırakma tarihinden sonraki ilk hafta içinde, ikinci görüşme ilk bir ay içerisinde yapılmalıdır. Daha sonraki görüşmeler kişinin durumuna göre planlanabilir. Bu görüşmelerde karşılaşılan güçlükler gözden geçirilir ve çözüm yolları önerilir. Yaşadığı sorunlar ve bunlarla başa çıkma yolları anlatılmalıdır. Farmakoterapi etkinliği değerlendirilmelidir. Eğer katılımcı daha önceden belirlenen tarihte sigarayı bırakamamış ise sebepleri hakkında konuşarak yeni bir gün belirlenmeye çalışılmalıdır. Takiplerdeki hekim yaklaşımı çok önemlidir. Yargılayıcı ve sabırsız tavır, hastanın tekrar başa dönmesine hatta vazgeçmesine sebep olacaktır. Kaçak olmuş ise nedenleri araştırılmalı ve hastanın hatasından ders alması sağlanmalıdır (40-42).

2.8.2. Sigara bırakmada 5R yöntemi

Sigara bırakma konusunda hazır olmayan ve motivasyonu düşük olan bireylerde başarıya ulaşmak zor olur. Sigara bırakma motivasyonlarını artırmak için 5R yaklaşımı önerilmektedir:

Relevance (ilişki):

Sigaranın zararları kişinin içinde bulunduğu durumla ilişkilendirilerek bırakmak için cesaretlendirilmelidir. Bireyin hastalık durumu, aile, çocuk, ekonomik durum, yaş, cinsiyet, ileride hastalanma endişesi üzerinde durulmalıdır. Daha önce bırakma deneyimi varsa bu deneyimdeki zorluklar değerlendirilmelidir (40-42).

Risks (riskler):

Bireye sigara içmeye devam etmesi durumunda kısa ve uzun vadeli riskler anlatılmalıdır. Sigara içmenin kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri belirtmesi istenip katılımcı ile ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmelidir (40-42).

Rewards (ödülleri):

Bireye sigarayı bıraktığı takdirde potansiyel yararlar anlatılmalıdır. Bu yararlar hem kısa zamanda farkında olacağı yararlar, hem de uzun dönemde korunabileceği riskler anlatılmalıdır (40-42).

Roadblocks (engeller):

Sigarayı bırakmanın önündeki olası engeller belirlenmeli ve kişiye bu engelleri aşabilecek çözüm önerileri sunulmalıdır. Özellikle yoksunluk belirtileri ile

başa çıkamama, kilo alımı, etkin tedavilerin varlığından haberdar olmama gibi engeller konusunda bilgilendirilmelidir (40-42).

Repetition (tekrar):

Sigara bırakmada isteksiz hastaların her başvurularında motivasyonel desteğin tekrar tekrar verilmesi gerekir. Daha önce defalarca denemiş ve başarılı olamamış bireylere bunun bir sonraki denemesinde başarısız olacağı anlamına gelmediği, bırakmanın birkaç denemeden sonra olabileceği anlatılmalıdır (40-42).

2.8.3. Sigara bırakma farmakoterapisi

2.8.3.1. Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin içeren ve nikotin bağımlılığı ve yoksunluk tedavisinde kullanılan farmakoterapi seçeneğidir. Türkiye’de transdermal bant ve sakız formları mevcuttur. Nikotin bantları deri üzerine uygulanır ve sabit oranda nikotin emilimi sağlar. Bantlar farklı dozlarda olup bağımlılık seviyeleriyle orantılı olarak tedaviye karar verilir. Bantların avantajı uyumun kolay olmasıdır (14).

Nikotin bandı vücuda saatte 1 mg nikotinin kontrollü olarak verilmesini sağlar. 16 saat ve 24 saatlik olan bantların ülkemizde 24 saatlik formu bulunmaktadır. Bantların 21 mg, 14 mg ve 7 mg olmak üzere 3 farklı boyutu vardır. 2-4 haftada bir bandın dozu azaltılır ve tedavi 8-12 haftada sonlandırılır. Bir paketten daha az sigara içenlerde tedaviye daha düşük dozlarda başlanır. Transdermal bant sabahleyin kuru, temiz ve kılsız deriye yapıştırılır. Bantların yan etkileri genellikle hafif ve geçicidir, nadiren tedavinin kesilmesine neden olur. Uygulama yerinde oluşabilecek deri reaksiyonlarının yanı sıra, ürtiker, baş ağrısı, aritmi, taşikardi, bulantı, kas ağrıları, uykusuzluk, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, bulantı, nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık ya da diyare, eklem ve sırt ağrısı ortaya çıkabilir (14).

Nikotin sakızlarının 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Günde 25 adetten daha az sigara içenlerde 2 mg, 25 adetten fazla sigara içenlerde 4 mg'lık form günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilmektedir. Tedavi süresi 8-12 haftadır. Nikotin sakızı sürekli çiğnenmeyip aralıklı olarak yer değiştirilerek yanak mukozasında 30 dakika bekletilir. Çiğneme esnasında herhangi bir şey yenilip içilmemelidir. Nikotin sakızlarının yan etkileri, baş ağrısı, sindirim sistemi bozuklukları, bulantı, hıçkırık, ağız ve boğazda tahriş, sersemlik ve kusmadır (14).

2.8.3.2. Bupropion

Bupropion; non trisiklik antidepresif bir ajandır. Noradrenalin ve dopamin geri alımının inhibisyonu yoluyla etki eder ve aynı zamanda nikotinik asetilkolin reseptör antagonistidir. Nikotin yoksunluk belirtilerini önleyerek sigara bırakmaya destek olur. Bupropionun 150 mg'lık tabletleri vardır. Tedavi bupropion 300 mg/gün dozunda kullanılarak 8 hafta sürer ancak 6 aya kadar sürdürülebileceği bildirilmektedir. 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. En sık görülen yan etkiler uykusuzluk, ağız kuruluğu, bulantı ve baş ağrısıdır. Bupropion kullanımının kontrendike olduğu durumlar; konvülziyon ve konvülziyon eşliğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı veya merkezi sinir sistemi (MSS) travması öyküsü veren olgularda, kontrolsüz hipertansiyonu, ağır hepatik nekrozu, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve monoamin oksidaz (MAO) inhibitörü kullanma öyküsü olanlarda, 18 yaş altı sigara içenlerde, hamilelerde, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlarda, santral sinir sistemi tümörü olanlarda, bipolar hastalığı olanlarda, çok ağır siroz olgularında kontrendikedir (14).

2.8.3.3. Vareniklin

Vareniklin; $\alpha 4$, $\beta 2$ subüniteleri içeren nöronal nikotinic reseptörlerin parsiyel agonistidir. Yarışmalı olarak bu reseptörleri bloke ederken bir miktar da reseptör aktivasyonuna neden olmaktadır. Vareniklin $\alpha 4$ $\beta 2$ reseptörleri uyararak nikotinic agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar, vareniklin kullanırken kişi sigara içerek nikotin inhale etse dahi dopamin salınımında antagonist etki nedeniyle artış olmaz. Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller. Vareniklin kullanan olgular sigara içmeye devam ederken tedaviye ilk üç gün günde 0.5 mg bir kez kullanarak başlarlar, takiben 4-7. günler arası 0.5 mg günde 2 kez, 8-14. günler arası 1 mg günde 2 kez dozu ile devam edilir. Başlangıçta ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden olgunun 8-14. günler arasında sigarayı bırakması amaçlanır. Tedavi günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak 12 haftaya tamamlanır. İlacın en sık bildirilen yan etkisi bulantıdır. Diğer yan etkiler uykusuzluk, anormal düşler, baş ağrısı ve gastrointestinal yakınmalardır. Bu yan etkilerinin görülme sıklığını azaltmak amacı ile ilaç ilk hafta düşük dozda başlanıp titre edilerek doz arttırılır. Vareniklinin %80'i idrar ile değişmeden atılır, bu nedenle karaciğer yetmezliği olanlarda doz değişikliği yapmaya gerek yoktur. Ağır renal yetmezliği olan olgularda ise günlük dozun 0,5 mg'a düşürülmesi önerilir. Yaşlılarda veya farklı ek hastalıkları olan olgularda doz değişikliğine gerek yoktur. Diğer ilaçlarla etkileşim bildirilmemiştir (14).

Tablo 2.4. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan birincil farmakolojik tedavi seçenekleri (28)

İLAC	DOZ	KULLANIM SÜRE VE ŞEKLİ
Nikotin Sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet Günde maksimum 24 adet
Nikotin bant	21 mg/ 24 saat 14 mg/ 24 saat 7 mg/ 24 saat	4 hafta 2 hafta 2 hafta 10 sigaradan az içiyorsa daha düşük doz ile başlanır
Bupropion	150 mg oral tablet	150 mg/ gün oral tablet günde 1 kez ilk üç gün 150 mg/gün oral tablet günde 2 kez iki ay İki doz arasında en az 8 saat olmalıdır Süre:12 hafta
Vareniklin	0,5 mg/ gün 1 mg/ gün	0,5 mg, sabah, ilk 3 gün. 0,5 mg, sabah ve akşam, 4-7 gün. 1 mg, sabah ve akşam, 8. günden itibaren tedavi bitimine kadar (12 hafta)

Tablo 2.5. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki ve kontrendikasyonları (28)

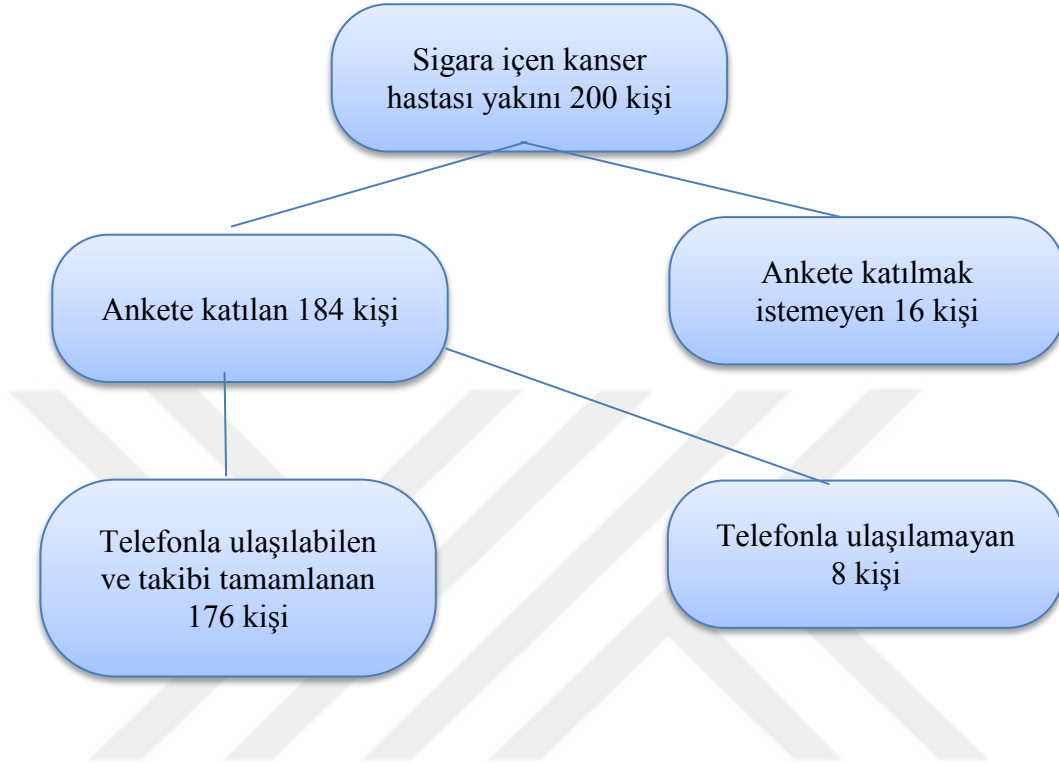
İlaç	Kontrendike olduğu durumlar	Çok yaygın yan etkiler	Yaygın yan etkiler
Nikotin Sakızı	Miyokard infarktüsü Stabil olmayan anjina Ağır kardiyak aritmi	Kötü tat, ağızda irritasyon, hıçkırık, gastrointestinal rahatsızlık, çene ağrısı, ağız diş problemleri	Göğüs ağrısı, terleme, diyare
Nikotin bant	Aktif ya da son bir ay içinde miyokard infarktüsü öyküsü, stabil olmayan anjina ve aritmi, gebeler ve emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, bant allerjisi, yaygın deri hastalığı varlığı	Uygulama yerinde kızarıklık ve kaşıntı	Ödem ve yanma hissi Bulantı, baş ağrısı sersemlik, uyku bozuklukları
Bupropion	Konvülziyon, Konvülziyon eşliğini 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, Baş ağrısı, Baş dönmesi, Ağız kuruluğu, bulantı ve kusmayı içeren mide-barsak sistemi ile ilgili rahatsızlıklar	Titreme, sersemlik, tat alma bozuklukları, Konsantrasyon bozukluğu, Görme bozukluğu ürtiker gibi aşırı duyarlılık reaksiyonları, döküntü, kaşıntı, terleme, İştahsızlık, Karın ağrısı, kabızlık, Ateş, kuvvetsizlik
Vareniklin	Varenikline alerjik durum, son dönem böbrek hastalığı, 18 yaşın altındakiler ve hamileler için veri yeterli değildir	Bulantı, anormal rüyalar, kabızlık, uyku güçlüğü	İştah artışı, tat almada değişiklik, ağız kuruluğu, uyku hali, yorgunluk, baş dönmesi, kusma, kabızlık, ishal, şişkinlik hissi, mide rahatsızlığı, hazımsızlık, mide/bağırsakta gaz

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma kapsamında, Temmuz 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Medikal Onkoloji Polikliniği'ne başvuran kanser hastalarının sigara içme öyküsü olan birinci derece yakınlarının sigara kullanım alışkanlıkları, bağımlılık durumları ve sigara bırakma konusundaki bilgi, istek ve kararlılık düzeyleri değerlendirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan araştırma onayı alınmıştır.

Medikal Onkoloji Polikliniği'ne ve Prevatif Onkoloji Anabilimdalı'na son 3 ay içinde herhangi bir kanser tanısı ile tedavi ve takip edilen hasta yakınlarında sigara kullanım öyküsü sorgulanmıştır. Sigara kullanım öyküsü olanlar çalışma hakkında bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul edenler ile yüz yüze anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Yapılan ankette çalışmaya katılanların sigara kullanım alışkanlıkları, sigara bırakma konusundaki istek ve kararlılıkları, hastanın tanısı ile ilgili bilgiler edinilmiştir. Katılımcıya sigarayı bırakma tavsiyesi ve sigara bırakma poliklinikleri hakkında bilgi verilmiştir. İlk görüşmenin 30 gün sonrasında katılımcılara telefonla ulaşılarak sigarayı içip içmeme durumları sorgulanmış ve kararlılık durumları ile ilgili düşünceleri için anket uygulanmıştır. Gerçekleştirilen analizlerde hastaya bakım veren yakını ile diğer birinci derece yakınları arasında bu veriler açısından farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Şekil 3.1. Çalışmaya katılım şeması



3.1. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın tanımlayıcı istatistikleri sayısal veriler için ortalama±standart sapma ile kategorik veriler için frekans ve yüzde ile gösterildi. Analitik istatistiksel değerlendirmelerde bağımsız gruplar arası sayısal veri karşılaştırmaları iki grup için Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Kategorik veri karşılaştırmalarında ise ki-kare testi kullanıldı. Çalışmanın analizlerinde istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Tüm analizler SPSS 22 (IBM Inc., Armonk, NY, ABD) yazılımı ile gerçekleştirildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya Temmuz 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Medikal Onkoloji ve Prevanatif Onkoloji Polikliniği'ne başvuran kanser hastalarının sigara içme öyküsü olan yakınlarından 176 kişi dahil edildi. Çalışmaya hastaya bakım veren birinci derece yakınlarının katılımı planlandı. Ancak hastaya bakım verenler arasında birçok hastada eşler ve diğer yakınları da bulunmaktaydı. Bu nedenle çalışmaya kanser tanısı alan hastaların eşleri ve diğer bakım veren yakınları da dahil edildi.

Katılımcıların genel sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, 54'ünün kadın (%30,7) ve 122'sinin erkek (%69,3) olduğu, ortalama yaşlarının ise $42,4 \pm 11,6$ yıl olduğu tespit edildi. Katılımcıların 134'ü (%76,1) evli, 78'i (%44,3) üniversite mezunu, 94'ü (%53,4) aktif çalışan, 121'i (%68,8) Ankara'da yaşayan kişilerdi. Çalışma grubunun ağırlıklı gelir düzeyi 1500-3000 TL arasında idi (%43,2). Katılımcıların ve kanserli yakınlarının akrabalık durumları incelendiğinde 88'inin (%50) katılımcının anne/babası, 29'unun ise (%16,5) eşi olduğu belirlendi. Katılımcıların 118'i (%67) hastaya birincil olarak bakım veren kişi iken, bunların 71'i (%40,3) hasta ile aynı evde yaşıyordu, hastayı her gün gören katılımcıların oranı ise %21,6 idi. Çalışma grubunun genel sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de özetlenmiştir.

Tablo 4.1. Çalışma grubunun genel sosyodemografik özellikleri

		Ortalama	SS
	Yaş (yıl)	42,5	11,6
		n	%
Cinsiyet	Kadın	54	30,7
	Erkek	122	69,3
Medeni durum	Evli	134	76,1
	Bekar	42	23,9
	Okur yazar değil	3	1,7
Öğrenim durumu	Okur yazar	-	-
	İlkokul	28	15,9
	Ortaokul	17	9,7
	Lise	50	28,4
	Yüksekokul/Üniversite	78	44,3
Çalışıyor mu	Hayır	82	46,6
	Evet	94	53,4
Gelir düzeyi	1500 ve altı	36	20,5
	1500-3000	76	43,2
	3000-5000	45	25,6
	5000 den fazla	19	10,8
Yaşadığı il/ ilçe	Ankara	121	68,8
	Ankara dışı	55	31,2
	Hastanın eşi	29	16,5
	Hastanın çocuğu	88	50
Hasta ile yakınlık derecesi	Hastanın anne/babası	12	6,8
	Kardeş	21	11,9
	Diğer	26	14,8
	Hastaya bakım veren yakını	Evet	118
Hasta ile aynı evde yaşama durumu	Hayır	58	33
	Evet	105	59,7
Hastayı görme sıklığı	Her gün	71	40,3
	Her gün- haftada 1	38	36,5
	Haftada 1-ayda 1	27	26
	Ayda birden az	29	27,9
		10	9,6

SS:standart sapma

Çalışmaya katılanların hastaya birinci derece yakınlık durumlarına göre değerlendirdiğimizde, 28'inin kadın (%30,4) ve 64'ünün erkek (%69,6) olduğu, ortalama yaşlarının ise 42,3±11,5 yıl olduğu tespit edildi. Katılımcıların 72'si (%78,3) evli, 43'ü (%46,7) üniversite mezunu, 48'i (%52,3) aktif çalışan, 61'i (%66,3) Ankara'da yaşayan kişilerdi. Çalışma grubunun ağırlıklı gelir düzeyi 1500-

3000 TL arasında idi (%39,1). Birinci derece yakınların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.2’de özetlenmiştir.

Tablo 4.2. Birinci derece yakınların genel sosyodemografik özellikleri

		Ortalama	SS
	Yaş (yıl)	42,3	11,5
		n	%
Cinsiyet	Kadın	28	30,4
	Erkek	64	69,6
Medeni durum	Evli	72	78,3
	Bekar	20	21,7
	Okur yazar değil	3	3,3
Öğrenim durumu	Okur yazar	-	-
	İlkokul	15	16,3
	Ortaokul	7	7,6
	Lise	24	26,1
Çalışıyor mu	Yüksekokul/Üniversite	43	46,7
	Hayır	44	47,8
	Evet	48	52,2
Gelir düzeyi	1500 ve altı	22	23,9
	1500-3000	36	39,1
	3000-5000	22	23,9
Yaşadığı il/ ilçe	5000 den fazla	12	13,0
	Ankara	61	66,3
	Ankara dışı	31	33,7

SS:standart sapma

Çalışma katılımcılarının kanser nedeniyle takip edilen yakınlarının genel özellikleri incelendiğinde ortalama yaşlarının $57,8 \pm 15,7$, ve %56,8'inin kadın olduğu görüldü. Hastaların tanı dağılımı değerlendirildiğinde en sık tanıların akciğer (%27,8), meme (%16,5) ve kolon (%10,8) kanseri olduğu belirlendi.

Hastaların %53,4'ü sigara kullanıyordu ve %78,7'sinin kanser tanısı aldıktan sonra sigarayı bıraktıkları görüldü.

Çalışma katılımcılarının kanserli yakınlarının genel özellikleri Tablo 4.3'de sunulmuştur.



Tablo 4.3. Çalışma katılımcılarının kanserli yakınlarının genel özellikleri

		Ortalama	SS
Yaş		57,8	15,7
		n	%
Cinsiyet	Kadın	76	43,2
	Erkek	100	56,8
Tanı	Akciğer kanseri	49	27,8
	Meme kanseri	29	16,5
	Kolon kanseri	19	10,8
	Mide kanseri	13	7,4
	Lenfoma	11	6,3
	Prostat kanseri	9	5,1
	Özefagus	6	3,4
	Pankreas	6	3,4
	Glioblastoma	5	2,8
	Karaciğer kanseri	4	2,3
	Mesane kanseri	4	2,3
	Larinks kanseri	3	1,7
	Diğer	18	10,5
	Hasta sigara içiyor mu?	Hayır	82
Evet		94	53,4
Hasta tanı sonrası sigarayı bıraktı mı?	Hayır	20	21,3
	Evet	74	78,7

SS:standart sapma

Sigara içme durumları bakımından 45 katılımcı (%25,6) günde 10 adet ve altında, 97 katılımcı (%55,1) günde 10-20 adet ve 34 katılımcı da (%19,3) günde 20'den fazla adet sigara içiyordu. Sigara tüketim miktarları kullanılan yıla göre değerlendirildiğinde, katılımcıların 56'sının (%31,8) 10 paket-yıl ve altında, 52'sinin (%29,5) 10-20 paket-yıl ve 68'inin (%38,6) 20 paket-yılın üzerinde kullanım öykülerinin olduğu görüldü.

Katılımcıların bağımlılık düzeylerine değerlendirildiğinde 102'sinin (%58) düşük, 31'inin (17,6) orta ve 43'ünün (%24,4) yüksek bağımlılık düzeyine sahip olduğu görüldü.

Katılımcıların daha önceki sigara bırakma öyküleri incelendiğinde 104'ünün (%59,1) sigarayı bırakmayı daha önce en az 1 kez denedikleri, bunların 87'sinin (%49,4) sigara bırakma denemelerinde herhangi profesyonel bir destek almaksızın kendi kendilerine denedikleri tespit edildi.

Katılımcıların 16'sının (%9,1) yakınlarına kanser tanısı konduktan sonra sigarayı bıraktıkları, 62'sinin (%35,2) sigarayı 1 ay içinde bırakmayı düşündüğü, 50'sinin (%28,4) ise sigarayı bırakmayı düşünmedikleri tespit edilmiştir.

Çalışma katılımcılarının sigara kullanım alışkanlıkları Tablo 4.4'te özetlenmiştir.

Tablo 4.4. Çalışmaya katılanların sigara kullanım alışkanlıkları

		n	%
Sigara tüketimi (adet/gün)	≤10	45	25,6
	10-20	97	55,1
	>20	34	19,3
Sigara tüketimi (paket-yıl)	≤10	38	21,6
	10-20	65	36,9
	>20	73	41,5
Fagerström testi skoru (1-4 düşük, 5-7 orta, 8+ yüksek)	Düşük	102	58,0
	Orta	31	17,6
	Yüksek	43	24,4
Sigara bırakmayı deneme	Hayır	72	40,9
	Evet	104	59,1
	Kendi kendine	86	48,9
Evet ise kullandığı yöntem	Nikotin replasman	5	2,8
	Zyban	5	2,8
	Champix	5	2,8
	Diğer	3	1,7
	Sigarayı bıraktım	16	9,1
Sigarayı bırakma düşüncesi	1 ay içinde bırakmayı düşünüyorum	62	35,2
	6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum	48	27,3
	Bırakmayı düşünmüyorum	50	28,4

Çalışmaya katılanlardan ilk görüşmede sigara içen, ancak 1 ay ve 6 ay içinde bırakma niyetinde olanlar hastaya yakınlıklarına göre değerlendirildiğinde hastanın anne-baba (%55,7) ya da kardeş (%50) olması durumunda 1 ay içinde sigara bırakma düşüncesinin anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,03$) tespit edildi. Katılımcıların sigarayı 6 ay içinde bırakma düşünceleri ise yine hastaları ile yakınlık durumuna göre anlamlı fark gösteriyordu ($p=0,003$) ve sadece hasta eğer çocukları ise sigarayı bırakma niyetleri %50'nin altında kalırken, diğer yakınlık derecelerinde sigarayı bırakma niyetleri anlamlı ölçüde yükseliyordu (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Çalışmaya katılanların hasta ile yakınlık durumuna göre sigara bırakma niyetleri

Hastayla yakınlık	1 ay içinde bırakma niyeti			6 ay içinde bırakma niyeti		
	Yok	Var	p	Yok	Var	p
<i>Eş</i>	21 (72,4)	8 (27,6)	0,03	12 (41,4)	17 (58,6)	0,003
<i>Anne/baba</i>	39 (44,3)	49 (55,7)		16 (18,2)	72 (81,8)	
<i>Çocuk</i>	8 (66,7)	4 (33,3)		7 (58,3)	5 (41,7)	
<i>Kardeş</i>	10 (50)	10 (50)		5 (25)	15 (75)	
<i>Diğer</i>	18 (62,2)	8 (30,8)		12 (46,2)	14 (53,8)	

Çalışma katılımcılarının hastaya bakım verme durumlarına göre yapılan değerlendirmelerde bakım veren ve vermeyenlerin 1 ay içinde sigara içmemeyi sürdürme/sigarayı bırakma niyetlerinin %50'nin altında olduğu ($p=0,56$), 6 ay içinde sigara içmemeyi sürdürme/sigarayı bırakma niyetlerinin ise bakım veren katılımcılar için %68,4'e, bakım vermeyenler için ise %74,1'e yükseldiği tespit edildi. Ancak, kısa ($p=0,56$) veya uzun dönemli ($p=0,43$) sigara içmemeyi sürdürme/sigarayı bırakma oranlarının hastaya bakım verme durumu ile istatistiksel bir fark göstermediği görüldü (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Çalışmaya katılanların hastaya bakım verme durumuna göre sigara bırakma niyetleri

	1 ay içerisinde bırakma niyeti			6 ay içerisinde bırakma niyeti		
	Yok	Var	p	Yok	Var	p
Hastaya bakım verme durumu						
<i>Bakım veren</i>	66 (56,4)	51 (43,6)	0,56	37 (31,6)	80 (68,4)	0,43
<i>Diğer</i>	30 (51,7)	28 (48,3)		15 (25,9)	43 (74,1)	

Akciğer kanserli hastaların yakınlarının 1 ay içinde sigara içmemeyi sürdürme/sigarayı bırakma düşüncesinin diğer tanı gruplarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,013$), 6 ay içindeki sigara içmemeyi sürdürme/sigarayı bırakma düşüncesinin ise istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği ($p=0,11$) tespit edildi (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Çalışmaya katılanların hastalarının tanı durumuna göre sigara bırakma niyetleri

	1 ay içerisinde bırakma niyeti			6 ay içerisinde bırakma niyeti		
	Yok	Var	p	Yok	Var	p
Hastanın tanısı						
<i>Akciğer kanseri</i>	19 (39,6)	29 (60,4)	0,013	10 (20,8)	38 (79,2)	0,11
<i>Diğer</i>	77 (60,6)	50 (39,4)		42 (33,1)	85 (66,9)	

Katılımcıların başlangıç görüşmesinden sonraki 30. gün yapılan telefon görüşmelerinde 134'ünün (%76,1) sigara içmeye devam ettiği, 42'sinin (%23,9) ise sigarayı bıraktığı tespit edildi. Katılımcıların 30. gün sigara içmeme durumları demografik gruplar arasında karşılaştırıldığında kadınların sigara içmeme oranlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p=0,006$) görüldü. Otuzuncu gündeki sigara içme/içmeme durumunun medeni duruma ($p=0,69$), öğrenim durumuna ($p=0,46$), çalışma durumuna ($p=0,88$), gelir durumuna ($p=0,74$), yaşanılan yere ($p=0,23$), hasta

ile yakınlık derecesine ($p=0,06$), hastanın bakımını veren kişi olup olmamaya ($p=0,08$) ve hastayla aynı evde yaşama durumuna göre ($p=0,70$) anlamlı fark göstermediği görüldü. Çalışma katılımcılarının 30. gün sigara bırakma durumları Tablo 4.8’te özetlenmiştir.



Tablo 4.8. Çalışmaya katılanların 30. gün sigara bırakma oranları

	30.gün sigara içmiyor n (%)	30.gün sigara içiyor n (%)	p
Cinsiyet			
<i>Kadın</i>	20 (37)	34 (63)	0,006
<i>Erkek</i>	22 (18)	100 (82)	
Medeni durum			
<i>Evli</i>	31 (23,1)	103 (76,9)	0,69
<i>Bekar</i>	11 (26,2)	31 (73,8)	
Öğrenim durumu			
<i>Okuryazar değil</i>	-	3 (100)	0,46
<i>İlkokul</i>	7 (25,0)	21 (75)	
<i>Ortaokul</i>	3 (17,6)	14 (82,4)	
<i>Lise</i>	16 (32,0)	34 (68,0)	
<i>Üniversite</i>	16 (20,5)	62 (79,5)	
İş durumu			
<i>Çalışıyor</i>	22 (23,4)	72 (76,6)	0,88
<i>Çalışmıyor</i>	20 (24,4)	62 (75,6)	
Gelir durumu			
<i>1500 ₺ ve altı</i>	9 (25,0)	27 (75,0)	0,74
<i>1500-3000 ₺</i>	20 (26,3)	56 (73,7)	
<i>3000-5000 ₺</i>	8 (17,8)	37 (82,2)	
<i>5000 ₺ 'den fazla</i>	5 (26,3)	14 (73,7)	
Yaşadığı yer			
<i>Ankara</i>	32 (26,4)	89 (73,6)	0,23
<i>Ankara dışı</i>	10 (18,2)	45 (81,8)	
Hastayla yakınlık			
<i>Eş</i>	4 (13,8)	25 (86,2)	0,06
<i>Anne/baba</i>	28 (31,8)	60 (68,2)	
<i>Çocuk</i>	1 (8,3)	11 (91,7)	
<i>Kardeş</i>	6 (28,6)	15 (71,4)	
<i>Diğer</i>	10 (17,2)	23 (88,5)	
Hastanın bakımı			
<i>Bakım veren</i>	32 (27,1)	86 (72,9)	0,08
<i>Diğer</i>	10 (17,2)	48 (82,8)	
Hastayla aynı evde yaşama			
<i>Aynı evde</i>	18 (25,4)	53 (74,6)	0,7
<i>Aynı evde değil</i>	24 (22,9)	81 (77,1)	

Çalışmaya katılanların birinci derece yakınlarının 30. gün sigara içmeme durumları değerlendirildiğinde kadınların 13 (%46,4)'ünün sigara içmemesi istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0,02$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Birinci derece yakınların 30. gün sigara bırakma oranları

	30.gün sigara içmiyor n (%)	30.gün sigara içiyor n (%)	p
Cinsiyet			
<i>Kadın</i>	13 (46,4)	15 (53,6)	0,02
<i>Erkek</i>	14 (21,9)	50 (78,1)	
Medeni durum			
<i>Evli</i>	19 (26,4)	53 (73,6)	0,27
<i>Bekar</i>	8 (40,0)	12 (60,0)	
Öğrenim durumu			
<i>Okuryazar değil</i>	-	3 (100,0)	0,20
<i>İlkokul</i>	5 (33,3)	10 (66,7)	
<i>Ortaokul</i>	2 (28,6)	5 (71,4)	
<i>Lise</i>	11 (45,8)	13 (54,2)	
<i>Üniversite</i>	9 (20,9)	34 (79,1)	
İş durumu			
<i>Çalışıyor</i>	13 (27,1)	35 (72,9)	0,65
<i>Çalışmıyor</i>	14 (31,8)	30 (68,2)	
Gelir durumu			
<i>1500 ₺ ve altı</i>	8 (36,4)	14 (63,6)	0,58
<i>1500-3000 ₺</i>	11 (30,6)	25 (69,4)	
<i>3000-5000 ₺</i>	4 (18,2)	18 (81,8)	
<i>5000 ₺'den fazla</i>	4 (33,3)	8 (66,7)	
Yaşadığı yer			
<i>Ankara</i>	21 (34,4)	40 (65,6)	0,15
<i>Ankara dışı</i>	6 (19,4)	25 (80,6)	
Hastanın bakımı			
<i>Bakım veren</i>	19 (32,2)	40 (67,8)	0,48
<i>Diğer</i>	8 (24,2)	25 (75,8)	
Hastayla aynı evde yaşama			
<i>Aynı evde</i>	12 (41,4)	17 (58,6)	0,13
<i>Aynı evde değil</i>	15 (23,8)	48 (76,2)	

Çalışma katılımcılarının 30. gün sigara içme durumları bağımlılık düzeylerine göre incelendiğinde sigarayı birinci ayın sonunda bırakmayı başaranların daha çok orta bağımlılık düzeyinde (%35,5) ($p=0,05$) ve 10 paket-yılım altında (%32,1) ($p=0,02$) sigara kullandıkları görüldü (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Sigara kullananların bağımlılık düzeyleri ve sigara kullanım paket-yıl oranları

	30.gün sigara içmiyor n (%)	30.gün sigara içiyor n (%)	p
Fagerström testine göre			0,05
<i>Düşük</i>	26 (25,5)	76 (74,5)	
<i>Orta</i>	11 (35,5)	20 (64,5)	
<i>Yüksek</i>	5 (11,6)	38 (88,4)	
Sigara tüketimi (paket.yıl)			0,02
≤ 10	18 (32,1)	38 (67,9)	
10-20	15 (28,8)	37 (71,2)	
>20	9 (13,2)	59 (86,8)	

Çalışmaya katılanların 1. ay sonunda sigara içmeme durumları bağımlılık düzeyleri cinsiyete göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde her iki cinsiyet içinde anlamlılık saptanmadı (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine ve bağımlılık düzeylerine göre 1. ay sonunda sigara bırakma oranları

		30.gün sigara içmiyor	30.gün sigara içiyor	p
		N (%)	N (%)	
Kadın	<i>Düşük</i>	12 (44,4)	15 (55,6)	0,66
	<i>Orta</i>	4 (30,8)	9 (69,2)	
	<i>Yüksek</i>	4 (28,6)	10 (71,4)	
Erkek	<i>Düşük</i>	14 (18,7)	61 (81,3)	0,10
	<i>Orta</i>	7 (38,9)	11 (61,1)	
	<i>Yüksek</i>	1 (3,4)	28 (96,6)	

Katılımcıların 30. gün sigara içmeme durumları yakınlarının kanser tanılarına göre incelendiğinde, yakınlarına akciğer kanseri tanısı konan katılımcıların sigara içmeme oranlarının (%40,4) diğer kanser türlerine göre (%16,9) anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,001$) tespit edildi. Meme ve kolon kanseri tanılarında göre sigara içmeme durumu anlamlılık düzeyine ulaşmadığı görüldü. Ailede birinci derece yakın dışında başka kanserli hasta varlığı ise sigara içmeme durumu üzerine anlamlı bir etkiye sahip değildi ($p=0,80$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Hastalarının tanısına göre katılımcıların 30. günde sigarayı bırakma oranları

	30.gün sigara içmiyor n (%)	30.gün sigara içiyor n (%)	P
Hastanın tanısı			
<i>Akciğer kanseri</i>	21 (40,4)	31 (59,6)	0,001
<i>Diğer kanserler</i>	21 (16,9)	103 (83,1)	
<i>Meme kanseri</i>	4 (13,8)	25 (86,2)	0,23
<i>Diğer kanserler</i>	38 (25,9)	109 (74,1)	
<i>Kolon kanseri</i>	4 (21,1)	15 (78,9)	1,00
<i>Diğer kanserler</i>	38 (24,2)	119 (75,8)	
Ailede başka kanser var mı?			
<i>Kanser var</i>	10 (25)	30 (75)	0,81
<i>Kanser yok</i>	32 (23,5)	104 (76,5)	

Katılımcılardan yakınlarına tanı konduğunda sigarayı bırakanların tamamının 30. günde bırakmayı sürdürdükleri görüldü. Yakınlarına kanser tanısı konduğunda önlerindeki 30 gün içinde sigarayı bırakmaya karar verenlerin %40,3'ünün 30. günde sigarayı bıraktıkları, 6 ay içinde sigarayı bırakmaya karar verenlerin ise %2,1'inin sigarayı bıraktıkları tespit edildi (p=0,001) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Yakınları kanser tanısı aldığı anda katılımcıların sigarayı bırakma konusundaki düşünceleri ve 30.günde sigarayı bırakma oranları

	30.gün sigara içmiyor n (%)	30.gün sigara içiyor n (%)	p
Tanı esnasında sigarayı bırakma düşünceleri			0,001
<i>Bırakmış</i>	16 (100)	-	
<i>1 ay içerisinde bırakmayı düşünüyor</i>	25 (40,3)	37 (59,7)	
<i>6 ay içerisinde bırakmayı düşünüyor</i>	1 (2,1)	47 (97,9)	
<i>Bırakmayı düşünmüyor</i>	-	50 (100)	

Hastaları sigara içen katılımcılardan, hastalığın sigarayla hiç ilişkisi olmadığını düşünenlerin 19'u (%79,2) ve hastalığın doğrudan sigaradan kaynaklandığını düşünenlerin ise 9'u (%52,9) sigara içmeye devam ediyordu. Katılımcıların sigaranın hastalık üzerine olan etkileri konusundaki düşüncelerinin sigara içme davranışı üzerine marjinal etkisi olduğu belirlendi. Buna göre sigaranın hastalık ile ilişkili olduğu yönündeki düşünceler kuvvetlendikçe, 30. günde sigara içmeme oranları yükseliyordu (p=0,052) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Çalışmaya katılanların sigaranın hastalığa etkisi konusundaki düşünceleri ve 30.günde sigarayı bırakma oranları

	30.gün sigara içmiyor n (%)	30.gün sigara içiyor n (%)	p
Sigaranın hastanın tanısına etkisi			
<i>Hiç etkilemedi</i>	5 (20,8)	19 (79,2)	
<i>Biraz etkiledi</i>	2 (14,3)	12 (85,7)	0,052
<i>Orta derecede</i>	4 (21,1)	15 (78,9)	
<i>Çok etkiledi</i>	6 (30,0)	14 (70,0)	
<i>Hastalığı Sigaraya bağlı</i>	8 (47,1)	9 (52,9)	

Hastaların sigara içme durumu ile hastalıkları arasındaki ilişki yönünden farkındalıkları değerlendirildiğinde değişik derecelerde sigaranın hastalıkla ilişkilendirildiği tespit edildi (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Hasta yakınının, hastasındaki kanser tanısıyla sigarayı ilişkilendirme düzeyi

	Tüm hastalar (n=176) n (%)	Sigara içen hastalar (n=94) n (%)
Hasta yakınının, hastasındaki kanser tanısıyla sigarayı ilişkilendirme düzeyi		
<i>Hiç etkilemedi</i>	91 (51,7)	24 (25,5)
<i>Biraz etkiledi</i>	22 (12,5)	14 (14,9)
<i>Orta derecede</i>	23 (13,1)	19 (20,2)
<i>Çok etkiledi</i>	22 (12,5)	20 (21,3)
<i>Hastalığı Sigaraya bağlı</i>	18 (10,2)	17 (18,1)
<i>Trend için p değeri</i>	0,01	0,05

Akciğer kanserli hastalara bakım veren birinci derece yakınlarının %43,3'ü sigarayı bırakmış iken, diğer kanser hastalarına bakım veren birinci derece yakınlarının %21,6'sı sigarayı bırakmışlardır (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Çalışmaya katılanların hastalarının tanı durumuna ve hastalarına bakım verme durumlarına göre 1. ay sonunda sigara bırakma oranları

	30.gün sigara içmiyor n (%)	30.gün sigara içiyor n (%)	p
Akciğer kanserli hasta yakını			0,60
<i>Bakım veren</i>	13 (43,3)	17 (56,7)	
<i>Diğer</i>	7 (36,8)	12 (63,2)	
Diğer kanserli hasta yakını			0,05
<i>Bakım veren</i>	19 (21,6)	69 (78,4)	
<i>Diğer</i>	3 (7,7)	36 (92,3)	

Akciğer kanseri tanısı alan hastaların yakınlarından kadınlar %52,6 ve erkekler %33,3 oranında sigarayı bırakırken ($p=0,10$), diğer kanser tanısı alan hasta yakınlarından kadınlar %28,6 ve erkekler %13 oranında sigarayı bırakmışlardı. Sigara bırakma oranları akciğer dışı kanserli kadın hasta yakınlarında anlamlı derecede yüksekti ($p=0,03$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine ve hastalarının tanılarına göre 1. ay sonunda sigara bırakma oranları

	30.gün sigara içmiyor n (%)	30.gün sigara içiyor n (%)	p
Akciğer kanserli hasta yakını			0,10
<i>Kadın</i>	10 (52,6)	9 (47,4)	
<i>Erkek</i>	10 (33,3)	20 (66,7)	
Diğer kanserli hasta yakını			0,03
<i>Kadın</i>	10 (28,6)	25 (71,4)	
<i>Erkek</i>	12 (13)	80 (87)	

Kanser hastası yakınlarından hastalarına bakım verenler arasında kadınların %40,9'u ve erkeklerin %18,9'u 1. ay sonunda sigarayı bırakmışlardı. Bu oranlar ile hastalarına bakım veren kadınların sigara bırakma oranları erkeklere göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0,01$). Hastalarına bakım vermeyen diğer katılımcılarda ise kadınların %20 ve erkekler %16,7'si sigara bırakmışlardı ve bu oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,80$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine ve hastalarına bakım verme durumları göre 1. ay sonunda sigara bırakma oranları

	30.gün sigara içmiyor n (%)	30.gün sigara içiyor n (%)	p
Kanserli hastaya bakım veren yakınları			0,01
<i>Kadın</i>	18 (40,9)	26 (59,1)	
<i>Erkek</i>	14 (18,9)	60 (81,1)	
Kanserli hastaya bakım vermeyen yakınları			0,80
<i>Kadın</i>	2 (20)	8 (80)	
<i>Erkek</i>	8 (16,7)	40 (83,3)	

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sigara tüketimi hem sağlık, hem de ekonomi açısından ciddi bir problem haline gelmiştir. Bu konudaki tüm caydırıcı faaliyetlere ve yasal düzenlemelere rağmen sigara kullanımı hem artış göstermeye devam etmekte, hem de başlama yaşı sürekli olarak düşmektedir. Sigara dumanı sigarayı içenler kadar sigara dumanına maruz kalanları da etkilemektedir.

Sigara, sosyal olarak öğrenilen bir alışkanlık ve kişisel bir tercih olarak kabul edilmiştir. Sigara içme davranışını sürdürmede nikotinin temel rolü kabullenilmiştir. Sigara içimi nikotin bağımlılığının bir belirtisidir. Sosyal, ekonomik, kişisel ve siyasi etkiler sigaranın yaygınlığı ve bırakılma paternlerinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır (43).

Sigara içenler sigara içmeye iki sebepten devam ederler; ya herhangi bir bırakma girişiminde bulunmamışlardır ya da başarısız bırakma girişimleri olmuştur. Tütün kullanımı nökslerle seyreden, tedavi edilebilir kronik bir hastalık olup, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bu hastalığın da tedavisi profesyonel destek ve farmakoterapi ile birlikte önemli ölçüde artmaktadır (41). Sigaraya başlatan faktörlerle sürdürülmesine neden olan faktörlerin genellikle farklı olduğu kabul edilmektedir. Sosyal ve ailesel faktörlerin sigaraya başlamada özellikle önemli olduğu düşünülür. Aile bireylerinin ve arkadaşların sigara içmesi ergenlikte sigaraya başlama ile yakından ilişkili iken nikotin bağımlılığı, genetik ve psikososyal faktörler sigara içme davranışını sürdürmede önemlidir. Genetik faktörlerin de sigara içme durumunu etkilediği gösterilmiştir. Genetik kanıtlara karşın sigara içme davranışı çok yönlüdür. 20 yıl boyunca günde 1 paket sigara içen bir kişi 1 milyon kez duman inhale etmiştir; bu tekrarlayıcı hareketler günlük hayatta çok güçlü uyarılmaya yol açar. Sigara ile ilişkili uyarılmanın özellikle sosyal ve stresli ortamlardaki nökslere katkısı olduğu saptanmıştır. Aile ve arkadaşların sigara içimi bırakmayı zorlaştıran faktörlerdir (25).

Bir çalışmada yaklaşık 45 milyon yetişkin sigara içenlerin tahminen %70'i sigarayı bırakmak istediğini belirtmiş ve yaklaşık %50'si son bir yıl içinde bir veya

daha fazla bırakma girişiminde bulunmuş olup çoğunluğunun girişimleri ≥ 1 gün için sürmüştür. Bırakmada etkili olan faktörler değerlendirildiğinde ise sigara bırakma cinsiyetle ilişkisiz bulunurken ırk, yaş ve özellikle eğitim düzeyi ile sigara bırakma arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur. Kişiler sigarayı kendi kendilerine bırakabilirler, ancak bırakma denemeleri oldukça güçtür. Birçok sigara içicisi başarana kadar birçok denemelere gerek duyar. Sigara bırakma üzerine etkili olduğu düşünülen yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, meslek, eğitim, ev koşulları, var olan pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalıkları, günlük içilen sigara sayısı ve nikotin bağımlılıklarının etkisinin değerlendirildiği pek çok çalışma yayınlanmıştır. Bu çalışmalarda sigara bırakmada yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve nikotin bağımlılığı iyi tanımlanmış belirleyiciler olarak vurgulanmıştır (44, 45). Bu çalışmaya katılanların 104'ü (%59,1) daha önce sigarayı bırakmayı denemişlerdir. Sigarayı bırakmayı deneyenlerin 87'si (%49,4) sigarayı yardım almadan bırakmayı denemiştir. Sağlık çalışanları arasında Eroğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise katılımcıların %68,9'unun çalışma öncesinde en az bir kez sigara bırakma girişimi olduğunu belirtmişlerdir (46).

Destek almadan sigara bırakanların uzun dönem başarı oranı yaklaşık %7 iken, destek alarak sigara bırakma girişiminde bu oran %15-30'a ulaşmaktadır (47). Çalışmamıza katılan kanser hastası yakınlarının birinci ayın sonunda sigara bırakma oranı %23,9, hastalara bakım veren birinci derece yakınlarında ise %29,3 bulunmuştur.

Psikiyatrik bozukluklar, özellikle depresyon ve anksiyete, yüksek sigara içme sıklığı ile yüksek düzeyde bağımlılık ve artmış nikotin yoksunluk şikayetleri ile ilişkili bulunmuştur (48). Sigaraya bağlı hastalıkların özellikle kanserin oluşması, içicilerin aniden sigarayı bırakmasına sebep olabilmektedir. Ancak sigaraya bağlı gelişen kronik hastalıklarda durum daha farklı bir seyir izleyebilmektedir. Çalışmalar, kronik kardiyopulmoner hastalıkları olanlarda sigara bırakma başarısının daha düşük olduğunu göstermektedir (49).

Doll ve arkadaşlarının 1950'lerde İngiltere'de doktorlar üzerinde yaptıkları çalışmalardan bu yana sigaranın başta akciğer kanseri olmak üzere birçok kanser türüne ve diğer kronik hastalıklara yol açtığı kesinlik kazanmıştır (14).

Sigara içen kişiye veya bir yakınına kanser tanısı konması, sigarayı bırakma konusunda motivasyon artışına neden olabilmektedir. Bu motivasyon artışı kanserden korunma davranışı ile ilişkilidir. Bu kişilerde motivasyonun doğru yönlendirilmesi ve desteklenmesi, kişilerin sigara bırakma şansını artırmaktadır. Kanser tanısı almanın, sigara ile ilişkili olmayan ve iyi prognoz gösteren kanserlerde bile, tanıdan sonra sigara bırakma olasılığını artırdığı gösterilmiştir (4). Benzer şekilde, yakınları kanser teşhisi alan kişilerde de sigara bırakma oranlarında artış olduğu gösterilmiştir. Patterson ve ark. kanser tanısı alan bir aile bireyine sahip olan kişilerde sigarayı bırakma isteğinin %36 daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (3). McBride ve ark. çalışmasında kanserli hastaların yakınlarının hastalık ile ilgili kaygılarının sigara bırakma motivasyonu üzerine olumlu etkisi olduğu bulunmuştur (5). Pulmoner nodül nedeniyle izlenen olgulara malignite riski anlatılan hastalarda, sigara içme davranışındaki değişiklikler değerlendirilmiş ve sigarayı bıraktıkları görülmüştür (50).

Bu çalışmada kanser tanısı alan hastaların yakınlarından sigara içenlerin sigara bırakma niyet ve davranışları incelenmiştir. Sonuç olarak hasta yakınlarının %9'unun tanı esnasında sigarayı bıraktığı ve bunların tamamının tanıdan 30 gün sonra da sigara içmemeye devam ettiği, %35'inin tanı esnasında 1 ay içinde sigarayı bırakmaya karar verdiği ve bu kararı verenlerin de %40'ının gerçekten 1 ay içinde sigarayı bıraktığı bulunmuştur. Hastaya asıl bakım veren hasta yakınlarında sigarayı bırakma oranları, asıl bakımı vermeyen hasta yakınlarından daha yüksek bulunmuş (%27 vs %17) ancak aradaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır.

Sigara içimiyle ilişkili olarak KOAH ve akciğer kanseri tanısı alan hastaların yakınlarında, bu durumun sigarayı bırakmaya teşvik etmediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (51). Solak ve arkadaşlarının çalışmasında solunum yolu hastalığı olan 34 hastanın akrabalarında sigara bırakma programı başarısı incelenmiş, hastaların anne, baba, eş, kardeş ve çocukları çalışmaya dahil edilmiştir. Her ne kadar hasta ile aynı evde yaşamının hasta yakınlarında hem hastalığın etkilerini daha yakından gözlemledikleri için, hem de hastalarını pasif içicilikten korumak için sigara bırakma açısından bir motivasyon kaynağı olabileceği öngörülebilirse de bu çalışmada bu hastaların yakınlarında sigara bırakma oranının arttığı gösterilememiştir (51).

Bizim çalışmamızda akciğer kanseri tanısı alan hasta yakınlarından kadınlar %52,6 ve erkekler %33,3 oranında sigarayı bırakırken ($p=0,10$), diğer kanser tanısı alan hasta yakınlarından kadınlar %28,6 ve erkekler %13 oranında sigarayı bırakmışlardı. Sigara bırakma oranları akciğer dışı kanserli kadın hasta yakınlarında anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,03$).

Kanser hastası yakınlarından hastalarına bakım verenler arasında kadınların %40,9'u ve erkeklerin %18,9'u 1. ay sonunda sigarayı bırakmışlardı. Bu oranlar ile hastalarına bakım veren kadınların sigara bırakma oranları anlamlı derecede yüksekti ($p=0,01$).

Sigarayla ilişkili kanser tanısı alan kişilerde sigarayı bırakma konusundaki motivasyon ve ilginin büyük ölçüde arttığı ortaya konmuştur. Genel popülasyondaki nikotin bağımlılığı, bırakmaya hazır olma durumu, yaş gibi faktörlerin çoğunun aynı zamanda kanser hastalarında da sigarayı bırakmayı etkilediği saptanmıştır, ancak bu hasta popülasyonuna sigara bırakma tedavisi verilirken başka faktörler de dikkate alınmalıdır. Kanserli bireylerin özel gereksinimlerini karşılamak için bırakma müdahaleleri bazı zorluklar içerir. Uzun süreli tütün kullanma öyküsü olanların hayati tehlike altında bile sigara içmeye devam etmeleri, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı, psikolojik sıkıntı düzeylerinin artması, kanser tedavisinin etkinliğini artırmak için sigara bırakma tedavisinin kesilmesi sigara bırakma mücadelesinin zorluklarıdır (52). Ancak sigarayı bırakmak, kardiyovasküler hastalıklar, KOAH, diyabet, astım birçok kronik hastalık için olduğu gibi kanser için de tedavi sonucuna, hastalığın ilerlemesine, yaşam kalitesine ve sağkalıma olumlu etkisi nedeniyle çok önemlidir (52).

Sigara içen bireylere, herhangi bir nedenle olan hastane başvurularında ilgili hekimin bırakma tavsiyesinde bulunmasının, sigarayı bırakma şansını artırmada etkili olduğu gösterilmiştir (53). Sigara bırakma polikliniklerinin sigara bırakma başarısına belirgin derecede etkisinin olduğu bilinmektedir. Poliklinikler arasında farklı izlem programları nedeniyle başarı oranları farklılık gösterebilir.

Sigara bırakmada öğretilbilir anlar olarak adlandırılan, sağlıklı davranış geliştirmeye yol açan olaylardan en iyi bilineni akut hastalık dönemleridir. Sigara ile ilişkili olsun ya da olmasın bireyin doktora gitmesini gerektiren sağlık sorunu yaşaması sigara bırakmasında etkili olarak görülmektedir. Sigara ile ilişkili hastalık tanısı almak ya da hastaneye yatmak da sigara bırakma için potansiyel öğretilbilir anlar olarak tanımlanmaktadır (54, 55). Baş-boyun tümörü tanısı alan bir grup hastanın incelendiği bir çalışmada 2 yıllık takipte sigara bırakma oranının normal popülasyona göre yüksek olduğu gösterilmiştir (56). Ayrıca astımlı çocuklar ile sağlıklı çocukların ailelerinin sigarayı bırakma motivasyonları değerlendirildiğinde, astımlı çocukların ebeveynlerinin daha motive olduğu ve daha fazla oranda sigarayı bıraktığı görülmüştür (57). Öte yandan ortopedi ve onkoloji servislerinde yakınları olanların sigara bırakma motivasyonlarının araştırıldığı bir çalışmada kanser tanısı olan 325 hastanın ve ortopedik tanısı olan 417 hastanın toplam 707 yakını değerlendirilmiş, kanser tanısı ya da ortopedik tanıyla hastaneye yatan hastaların sigara içen yakınlarının sigara bırakma programına katılma oranları benzer bulunmuştur (5). Akciğer kanseri taraması da öğretilbilir an olarak sigara bırakma motivasyonuna katkı sağlar. Bu veriler akciğer kanseri taramasının sigara bırakma için öğretilbilir an görevi görebileceğinden akciğer kanseri taraması sırasında sigara bırakma denemesi uygulanabilir (58).

Fagerström puanı yüksek olanlar sigarayı bırakmayı daha az düşünenlerdi (59). Bu çalışmada 30. gün sigarayı bırakanların 26'sı (%25,5) düşük, 11'i (%35,5) orta ve 5'i (%11,6) yüksek Fagerström skoruna sahipti. Karadağ ve ark.'nın nikotin bağımlılığı düzeyinin sigara bırakma üzerine etkisini araştırdığı bir çalışmada bağımlıların %5,06'sı düşük, %31,18'i orta, %63,76'sı ise yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olduğu görülmüş olup cinsiyetler ile bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (60). Nikotin bağımlılığının sigara bırakmadaki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada yüksek derecede nikotin bağımlılığının sigara bırakma başarısını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (60).

Çalışmamızda 30. gün sigarayı bırakma oranları kadınlarda, günlük sigara tüketimi daha az olanlarda, Fagerström testi ile ölçülen bağımlılık düzeyi düşük

olanlarda daha yüksekti ancak medeni durum, iş/gelir durumu ve eğitim düzeyi ve cinsiyete göre bırakma oranları arasında ilişki gösterilemedi.

Sigara bırakma durumu ile eğitim düzeyi ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Sigara içen ve solunum yolu hastalığı olan 34 hastanın akrabaları ile sigara içen kontrol grubu sigara bırakma başarısı açısından değerlendirildiği bir çalışmada grupların eğitim düzeyleri arasında fark bulunmamıştır (51).

Çalışmamıza katılan kişilerin yakınlarının %28'inde tanı akciğer kanseriydi. Akciğer kanseri sigara ile ilişkisi en net olarak gösterilmiş ve herkes tarafından bilinen bir kanserdir. Bu nedenle akciğer kanserli hastaların yakınlarında sigara bırakmayı deneme ve başarılı olma oranları daha yüksektir. Erken evre akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan 526 hastanın dahil edildiği prospektif bir çalışmada hastaların 2 yıllık takibinde %49'unun sigarayı bıraktığı gösterilmiştir (61). Bizim çalışmamızda akciğer kanserli hastaların özellikle hastaya esas bakım veren yakınlarında bırakma oranları diğer kanserlere göre daha yüksek bulunmuştur (%43 vs %21). Hastaya yakınlık derecesi de bırakma davranışı için önemlidir. Özellikle hastaların çocuklarında (%32) ve kardeşlerinde (%29) bırakma oranı nispeten daha yüksek iken eşlerinde daha düşük (%14) bulunmuştur. Eşlerin kanser tanısı alınan ve tedavinin başladığı bu sıkıntılı süreçte sigarayı bırakma açısından daha yoğun desteğe gereksinimi olduğu görülmektedir.

Katılımcılardan, hastalarının kanser olmasının sigara ile ilişkisi sorulduğunda %52'sinin ilişkili olduğunu düşündüğü görülmüştür. İlişkili olduğunu düşünenlerde ise sigara bırakma oranları ilişkili olmadığını düşünenlerden daha yüksek bulunmuştur (%42 vs %17). Bu durum kanser sigara ilişkisi konusundaki bilgi eksikliklerinin sigarayı bırakma davranışını olumsuz etkilemesinden kaynaklanabilir ve doğru eğitimle bu eksiklik giderilebilir. Öte yandan hastaların kanserle sigara arasında ilişki kurmamaları bağımlılıkla ilişkili bir inkar mekanizması da olabilir. Sigara bırakmayı düşünmeyen kişilere, hastalıkla sigarayı ilişkilendirmek, sigara içmenin kısa ve uzun vadeli riskleri ve sigarayı bıraktığında potansiyel yararlarının anlatılması sigara bırakma motivasyonlarını artırmada etkili olacaktır.

Çalışmaya kanser hastasına bakım veren birinci derece yakınlarının alınması planlanmış, ancak katılımın az olması ve bakım verenlerin genellikle eşlerin olması nedeniyle hastaların eşleri de çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalarının yeni tanı almış olması, kaygı durumlarının yüksek olması ve öncelikle hastalarıyla ilgilenmek istemeleri çalışmaya katılmama nedenleri olabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak sigara içen kişilerin yakınlarında ciddi bir hastalık ortaya çıktığı durumlarda sigara bırakma konusunda daha motive oldukları görülmüştür. Çalışmamızda kanser hastasına bakım veren yakınlarının %23,9'u birinci ayın sonunda sigarayı bırakmış, %60'ı 6 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu kişilere gerekli destek sağlandığında daha yüksek sigara bırakma oranları sağlanabilir. Ayrıca sigara bırakmayı düşünmeyenler için de 5R yaklaşımı, sigara bırakmada düşünme evresine geçmelerine yardımcı olacaktır. Bu kişilere sigara bırakma poliklinikleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Sigara bırakma konusundaki düşüncelerinin değişim süresince daha uzun süreli takipleri uygun olabilir. Hasta yakınlarının sigara ve kanser konusunda bilgilendirilmeleri bırakma motivasyonlarına katkı sağlayabilir. İnsan sağlığının en önemli tehdit unsurlarından biri olan sigara ile mücadelede güçlü bağımlılık yapıcı özelliğinden ötürü yapılacak yardım zaman ve sabır gerektirmektedir. Literatürdeki çalışmaların azlığı göz önüne alındığında sigara bırakma konusunda kanser tanısı alan hasta yakınlarına yönelik çalışmalar planlanmalı ve bu grupta sigara bırakma olasılığı yüksek ve düşük olan bireylerde farklı müdahalelerin etkinliği ayrıca araştırılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Organization WH, Control RfIT. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package: World Health Organization; 2008.
2. Patterson F, Wileyto EP, Segal J, Kurz J, Glanz K, Hanlon A. Intention to quit smoking: role of personal and family member cancer diagnosis. Health Educ Res. 2010;25(5):792-802.
3. Westmaas JL, Newton CC, Stevens VL, Flanders WD, Gapstur SM, Jacobs EJ. Does a Recent Cancer Diagnosis Predict Smoking Cessation? An Analysis From a Large Prospective US Cohort. J Clin Oncol. 2015;33(15):1647-52.
4. McBride CM, Blocklin M, Lipkus IM, Klein WM, Brandon TH. Patient's lung cancer diagnosis as a cue for relatives' smoking cessation: evaluating the constructs of the teachable moment. Psycho-oncology. 2017;26(1):88-95.
5. Schnoll RA, Wileyto EP, Leone FT, Langer C, Lackman R, Evans T. Is a cancer diagnosis a teachable moment for the patient's relative who smokes? Cancer causes & control : CCC. 2013;24(7):1339-46.
6. SEYDİOĞULLARI M, Eksperi T. DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE TÜTÜNÜN TARİHÇESİ, ÜRETİMİ, TİCARETİ VE TEMEL POLİTİKALARI. 2009.
7. Bilir ND. Türkiye'de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü, Toraks Kitapları İstanbul: Aves Yayıncılık. 2010;10:32.
8. Şahin G, Taşlıgil N. TÜRKİYE'DE TÜTÜN (Nicotiana tabacum L.) YETİŞTİRİCİLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE COĞRAFİ DAĞILIMI Le Developpement Historique et la Dispersion Geographique de la Cultivation de Tabac en Turquie. Doğu Coğrafya Dergisi. 2013;18(30).
9. TAŞDEMİR ZA. Tütün Ürünleri.
10. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship: World Health Organization; 2013.

11. FRANKJ. Tobacco control: saving lives and driving development. 2017.
12. Bakanlığı TS, Araştırması KYT. 2012. Yönetici Özeti: Türkiye. 2008.
13. Müdürlüğü TTSHG. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye raporu 2010. Ankara: Anıl Matbacılık. 2010:37-75.
14. Karadag M. Tütün Kontrolü Tobacco Control. Karalezli A, Uzaslan E, editors. UPDATES ON PULMONARY DISEASES: ASYOD; 2017.
15. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. The American journal of medicine. 2008;121(4 Suppl 1):S3-10.
16. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P, 3rd. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. Handbook of experimental pharmacology. 2009(192):29-60.
17. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, FAGERSTROM KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Addiction. 1991;86(9):1119-27.
18. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 2004;52(2):115-21.
19. Charlton A. Tobacco or health 1602: an Elizabethan doctor speaks. Health Educ Res. 2005;20(1):101-11.
20. Redmond DE, Jr. Tobacco and cancer: the first clinical report, 1761. The New England journal of medicine. 1970;282(1):18-23.
21. WH W. The Anatomy, Physiology, Pathology, and Treatment of Cancer. 1844.
22. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. Bmj. 1994;309(6959):901-11.
23. Demir B, Okutan M. Radyoaktif sigara: Tütün+ Polonyum-210+ Kurşun-210. Türk Onkoloji Dergisi. 2014;29(1):27-31.

24. İeriği OT. Farmako kinetiği ve Ttn rnleri. Ttn ve Ttn Kontrolü, Toraks Kitapları İstanbul: Aves Yayıncılık. 2010;10:137.
25. Karlıkaya C, ztuna F, Solak ZA, zkan M, rsel O. Tütün kontrolü. Toraks dergisi. 2006;7(1):51-64.
26. McBride PE. The health consequences of smoking. Cardiovascular diseases. The Medical clinics of North America. 1992;76(2):333-53.
27. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenkovic D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. Bmj. 2018;360:j5855.
28. Türk Toraks Derneği Ttn Kontrolü alışma Grubu Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu, Ankara2014.
29. Schnoll RA, Martinez E, Tatum KL, Weber DM, Kuzla N, Glass M, et al. A bupropion smoking cessation clinical trial for cancer patients. Cancer Causes & Control. 2010;21(6):811-20.
30. Schnoll RA, James C, Malstrom M, Rothman RL, Wang H, Babb J, et al. Longitudinal predictors of continued tobacco use among patients diagnosed with cancer. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2003;25(3):214-22.
31. Vidrine JI, Cofta-Woerpel L, Daza P, Wright KL, Wetter DW. Smoking cessation 2: behavioral treatments. Behavioral Medicine. 2006;32(3):99-109.
32. ZTUNA F. Sigara bırakma polikliniklerinde tedavi ve izlem. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2005;25(4):546-50.
33. La Salvia TA. Enhancing addiction treatment through psychoeducational groups. Journal of Substance Abuse Treatment. 1993;10(5):439-44.
34. Stuart K, Borland R, McMurray N. Self-efficacy, health locus of control, and smoking cessation. Addictive behaviors. 1994;19(1):1-12.

35. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2005;53(4):354-61.
36. EAH GT. Sigara Bağımlılığına Yönelik Müdahaleler.
37. BULDUK S, Seher Y, DİNÇER Y, ARDIÇ E. Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015;5(1):28-34.
38. KAMIŞLI S, Deniz Y, KÜÇÜKÇOBAN Ş, HAYRAN M, KILIÇKAP S, ÇELİK İ, et al. BİR SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNDE UYGULANAN PSİKOEĞİTİMSEL SİGARA BIRAKMA POROGRAMININ ETKİNLİĞİ. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2017;20(4):234-42.
39. Aveyard P, Massey L, Parsons A, Manaseki S, Griffin C. The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Social science & medicine (1982)*. 2009;68(3):397-403.
40. Taş F, Seviğ EÜ, Güngörmüş Z. Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*. 2016;8(4):380-92.
41. Tobacco TCPGT. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. *American journal of preventive medicine*. 2008;35(2):158.
42. YILDIRIM GE. Tütün Bağımlılığı ve Tedavisinde Hekim Sorumluluğu ve 5A 5R Yaklaşımı.
43. Jarvis MJ. Why people smoke. *Bmj*. 2004;328(7434):277-9.
44. Monso E, Campbell J, Tønnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control*. 2001;10(2):165-9.

45. Caraballo RS, Kruger J, Asman K, Pederson L, Widome R, Kiefe CI, et al. Relapse among cigarette smokers: the CARDIA longitudinal study-1985–2011. *Addictive behaviors*. 2014;39(1):101-6.
46. Eroğlu SA. İstanbul'da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler.
47. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *Jama*. 2000;283(24):3244-54.
48. Dorner TE, Trösl A, Womastek I, Groman E. Predictors of short-term success in smoking cessation in relation to attendance at a smoking cessation program. *Nicotine & Tobacco Research*. 2011;13(11):1068-75.
49. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, et al. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Tur Toraks Derg*. 2013;14:81-7.
50. ÜZER F, ÖZBUDAK Ö. Pulmoner Nodül İzlemi Yapılan Hastaların Sigara İçme Davranışındaki Değişiklikler. *Türkiye Klinikleri Archives of Lung*. 2017;18(2):37-42.
51. Solak ZA, Göksel T, Telli CG, Erdiñç E. Success of a smoking cessation program among smoking relatives of patients with serious smoking-related pulmonary disorders. *European addiction research*. 2005;11(2):57-61.
52. Gritz ER, Vidrine DJ, Fingeret MC. Smoking cessation a critical component of medical management in chronic disease populations. *Am J Prev Med*. 2007;33(6 Suppl):S414-22.
53. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;2(2).
54. McBride CM, Ostroff JS. Teachable moments for promoting smoking cessation: the context of cancer care and survivorship. *Cancer control : journal of the Moffitt Cancer Center*. 2003;10(4):325-33.

55. Lawson PJ, Flocke SA. Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. *Patient education and counseling*. 2009;76(1):25-30.
56. Gritz ER, Carr CR, Rapkin DA, Chang C, Beumer J, Ward PH. A smoking cessation intervention for head and neck cancer patients: trial design, patient accrual, and characteristics. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 1991;1(1):67-73.
57. Borrelli B, McQuaid EL, Tooley EM, Busch AM, Hammond SK, Becker B, et al. Motivating parents of kids with asthma to quit smoking: the effect of the teachable moment and increasing intervention intensity using a longitudinal randomized trial design. *Addiction*. 2016;111(9):1646-55.
58. Taylor KL, Cox LS, Zincke N, Mehta L, McGuire C, Gelmann E. Lung cancer screening as a teachable moment for smoking cessation. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*. 2007;56(1):125-34.
59. Hayran M, Kilickap S, Elkiran T, Akbulut H, Abali H, Yuce D, et al. Smoking habits of relatives of patients with cancer: cancer diagnosis in the family is an important teachable moment for smoking cessation. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2013;14(1):475-9.
60. Karadağ M, Karadağ S, Ediz B, Işık E. Nikotin bağımlılığının sigara bırakmadaki etkisi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2011;29(1):27-31.
61. Gritz ER. Smoking and smoking cessation in cancer patients. *Addiction*. 1991;86(5):549-54.



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1068

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 12 TEMMUZ 2017 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2017/17
Proje No : GO 17/594 (Değerlendirme Tarihi: 12.07.2017)
Karar No : GO 17/594-22

Üniversitemiz Kanser Enstitüsü Prevatif Onkoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Ömer DİZDAR' ın sorumlu araştırmacı olduğu, Prof. Dr. Kadir Mutlu HAYRAN, Uzm. Dr. Deniz YÜCE ile birlikte çalışacakları ve Dr. Beril HÜSEYİN' in yüksek lisans tezi olan, GO 17/594 kayıt numaralı, "**Kanser Tanısı Alan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Sigara Bırakma Davranışının Değerlendirilmesi**" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|---|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SAĞLAM (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsvrev TURNAGÖZ (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

BU BÖLÜMDE SİZE AİT BAZI ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ SORULAR YER ALMAKTADIR	
Doğum tarihiniz	_ _ / _ _ / _ _ _
Cinsiyet	<input type="radio"/> Kadın <input type="radio"/> Erkek
Medeni durumunuz	<input type="radio"/> Evli <input type="radio"/> Bekar
Çocuğunuz var mı?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Öğrenim durumunuz?	<input type="radio"/> Okuryazar değil <input type="radio"/> Okuryazar <input type="radio"/> İlkokul <input type="radio"/> Ortaokul <input type="radio"/> Lise <input type="radio"/> Yüksekokul/üniversite
Çalışıyor musunuz?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Ne iş yapıyorsunuz?	_ _ _ _ _
Ailenizin gelir düzeyi nedir?	<input type="radio"/> 1500 ve altında <input type="radio"/> 1500-3000 TL <input type="radio"/> 3000-5000 TL <input type="radio"/> 5000 TL'den fazla
Yaşadığınız il/ilçe neresidir?	_ _ _ _ _
Şu anda eşlik ettiğiniz hasta ile yakınlık dereceniz nedir?	<input type="radio"/> Eşi <input type="radio"/> Annesi/babası

	<input type="radio"/> Çocuğu <input type="radio"/> Kardeşi <input type="radio"/> Diğer (belirtiniz) _____
Hastanın bakımıyla kim veya kimler ilgileniyor?	1 _____ 2 _____ 3 _____
Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz ?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Evet ise hastanın bakımı için ile ortalama ne kadar zaman harcıyorsunuz?	<input type="radio"/> <1 saat <input type="radio"/> 1-5 saat <input type="radio"/> >5 saat
Hayır ise hastanızı ne sıklıkta görüyorsunuz?	<input type="radio"/> Her gün <input type="radio"/> Her gün-haftada bir <input type="radio"/> Haftada bir- ayda bir <input type="radio"/> Ayda birden az
Sizin bir hastalığınız var mı?	<input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Diabet <input type="radio"/> Hipertansiyon <input type="radio"/> Koroner arter hastalığı <input type="radio"/> KOAH <input type="radio"/> Kronik böbrek yetmezliği <input type="radio"/> Serebrovasküler olay <input type="radio"/> Diğer
Daha önce (rekto)sigmoidoskopi yaptırdınız mı?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Daha önce gaitada gizli kan testi yaptırdınız mı?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Hayatınızın herhangi bir döneminde PSA testi yaptırdınız mı? (sadece erkek katılımcılara)	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Daha önce mamografi yaptırdınız mı? (sadece kadın katılımcılara)	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır

Daha önce Pap smear testi yaptırdınız mı? (sadece kadın katılımcılara)	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
BU BÖLÜMDE SİGARA KULLANIMINIZ İLE İLGİLİ SORULAR YER ALMAKTADIR	
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	---
Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?	---
Günün ilk sigarasını uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	<input type="radio"/> İlk 5 dakika <input type="radio"/> 6-30 dakika <input type="radio"/> 31-60 dakika <input type="radio"/> 60 dakikadan sonra
Yasaklı yerlerde (hastane, otobüs, uçak, vs) sigara içmediğinizde ciddi zorluk çekiyor musunuz?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Hangi sigara sizin için daha zevkli ve tatmin edicidir?	<input type="radio"/> Sabah içilen ilk sigara <input type="radio"/> Sabah içilen dışında içtiğim başka bir sigara
Sabahları günün diğer yarısından daha fazla sigara içiyor musunuz?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Çok hasta olduğunuzda sigara içer misiniz?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
BU BÖLÜMDE SİGARA BIRAKMA İLE İLGİLİ SORULAR YER ALMAKTADIR	
Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Cevabınız evet ise kaç kere ?	---
Cevabınız evet ise kullandığımız bırakma yöntemleri nelerdir?	---

Şu anda sigara bırakma konusunda ne hissediyorsunuz?	<input type="radio"/> Sigarayı bıraktım <input type="radio"/> Önümüzdeki 1 ay içinde bırakmayı düşünüyorum <input type="radio"/> Şu anda bırakmaya hazır değilim ve önümüzdeki 6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum <input type="radio"/> Sigarayı bırakmayı düşünmüyorum
CO ölçümü	---
BU BÖLÜMDE KANSER TANISI ALAN YAKININIZLA İLE İLGİLİ SORULAR YER ALMAKTADIR	
Hastanızın adı soyadı	-----
Hastanız sigara içiyor muydu?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Günde kaç adet içiyor?	---
Hastanız kaç yıldır sigara içiyor?	---
Hastanız tanı sonrası sigarayı bıraktı mı?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Size göre hastanızın sigara içmesi hastalığını etkilemiş olabilir mi?	<input type="radio"/> Hiç etkilememiş <input type="radio"/> Biraz etkilemiş <input type="radio"/> Orta derecede etkilemiş <input type="radio"/> Çok etkilemiş <input type="radio"/> Doğrudan bu duruma bağlı
Hastanın yaşı	---
Hastanın cinsiyeti	<input type="radio"/> Kadın <input type="radio"/> Erkek
Hastanın tanısı	-----
Hastalığın evresi	-----
Ailenizde başka kanser hastası var mı?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır

	<input type="radio"/> Bilmiyorum
Cevabınız evet ise kim ve tanısı nedir? (1.derece yakını)	----- ----- -----



ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI:	Beril HÜSEYİN (CHOUSEIN)
DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	22.12.1974 Kempen (Almanya)
HALEN GÖREVİ: Araştırma Görevlisi	
YAZIŞMA ADRESİ: Hacettepe Üniversitesi Prevatif Anabilim Dalı, 06100 Sıhhiye-ANKARA	
TELEFON: 305 43 31	
E-MAIL: berilchousein@gmail.com	

2. EĞİTİM

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2000	Lisans	Ege Üniversitesi	Tıp Fakültesi
2012-	Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi	Kanser Epidemiyolojisi

3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	ÜNİVERSİTE
2015-	Araş. Gör.	Prevatif Onkoloji Anabilim Dalı	Hacettepe Üniversitesi

4. ÇALIŞMA ALANLARI

ÇALIŞMA ALANI	ANAHTAR SÖZCÜKLER
Prevatif onkoloji	Tütün kontrolü, kanser. Prevatif onkoloji

5. SON BEŞ YILDAKİ ÖNEMLİ YAYINLAR

- Hayran M, Yuce D, Huseyin B, Esin E, Kilickap S, Erman M, et al. Association of Health Care Cost with Quality of Life for Various Types of Cancers. Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 2014;17(7):A631.

2. Pekel O, Ergor G, Gunay T, Baydur H, Choussein B, Budak R, et al. Smoking cessation and the effect of nicotine dependence on relapse rate in Izmir, Turkey. Turkish journal of medical sciences. 2015;45(4):895-901.
3. Dizdar O, Hayran M, Guven DC, Yilmaz TB, Taheri S, Akman AC, et al. Increased cancer risk in patients with periodontitis. Current medical research and opinion. 2017;33(12):2195-200.
4. Kilickap S, Huseyin B, Esin E, Yuce D, Hayran M. A critical analysis of publication rates of national oncology meeting abstracts in Turkey. Journal of Oncological Sciences. 2017.

