

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA KULLANIM DURUMLARININ UZUN VADEDE
KİŞİLERİN BEDEN KİTLE İNDEKSİ ÜZERİNE ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Gülümser KIR DOĞRU

Samsun-2015

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SİGARA KULLANIM DURUMLARININ UZUN VADEDE
KİŞİLERİN BEDEN KİTLE İNDEKSİ ÜZERİNE ETKİLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gülümser KIR DOĞRU

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. B. Murat YALÇIN

Samsun-2015

TEŞEKKÜR

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

Asistanlığa başladığım günden itibaren ve her çalışmamda desteğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. B. Murat YALÇIN'a;

Gerek tıp fakültesi yıllarımda gerekse asistanlık hayatımda her türlü desteği büyük bir özveriyle veren, her zaman öğrencisinin yanında olan şuan yanımda olmasa da hiçbir zaman unutmayacağım sonsuz hoşgörülü, şefkatli ve anlayışlı Prof. Dr. Füsun YARIŞ hocama;

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

Hayatım boyunca hep yanımda olan, karşılıksız destek ve sevgilerini veren tüm başarılarımın gerçek sahipleri sevgili annem Fatma KIR ve babam Şevket KIR'a;

Hayatıma girdiği andan itibaren varlığıyla eşime;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Gülümser KIR DOĞRU

2015, SAMSUN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR_____	I
İÇİNDEKİLER_____	II
TABLO LİSTESİ _____	VI
GRAFİK LİSTESİ _____	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR_____	VIII
ÖZET _____	X
ABSTRACT _____	XII
1.GİRİŞ VE AMAÇ _____	1
1.1 Giriş _____	1
1.2 Amaç _____	1
2.GENEL BİLGİLER _____	2
2.1. Sigara Epidemiyolojisi _____	2
2.2. Sigara Kullanımının Genel Sağlık Üzerine Etkileri _____	2
2.3. Nikotin Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi _____	6
2.4 Nikotin Yoksunluğu _____	8
2.5 Tütün kontrolü _____	9
2.6 Tütün ile mücadelede hekimin rolü _____	13
2.7. Sigara Bırakma Tedavilerine Yaklaşım _____	14
2.7.1. İlaç Dışı Sigara Bırakma Tedavileri _____	17
2.7.2. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi _____	23

	<u>Sayfa No</u>
2.8 Sigara bırakma sürecinde izlem_____	28
2.9 Sigara Bırakma Tedavilerinde Başarısızlık (NÜKS) Nedenleri ve Yaklaşım_____	31
2.10 Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler _____	33
3.MATERYAL VE YÖNTEM_____	37
3.1 Araştırmanın Yeri_____	37
3.2 Araştırmanın Tipi_____	37
3.3 Araştırmanın Evreni_____	37
3.4 Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü_____	37
3.5 Örneklem Seçimi_____	38
3.6 Araştırmanın Uygulama Şekli (Araştırmanın Metodolojisi) _____	38
3.7 Verilerin Toplanması_____	39
3.7.1 Dosya Taraması_____	39
3.7.2 Hasta Telefon Konsültasyonları_____	40
3.8 Veri Analizi_____	41
3.9 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar_____	41
3.10 Etik İzin_____	41
3.11 Araştırmanın Bütçesi_____	41
4.BULGULAR_____	42
4.1 Çalışmaya Katılanların Demografik Özellikleri_____	42

	<u>Sayfa No</u>
4.1.1 Yaş_____	42
4.1.2 Medeni Durum_____	42
4.1.3 Meslek_____	43
4.2 Çalışmaya Katılanların Klinik Özellikleri_____	44
4.2.1 Kronik Hastalık_____	44
4.2.2 İlaç Kullanma Durumları_____	44
4.2.3 Aile Hikâyesi_____	44
4.3 Çalışmaya Katılanların Antropometrik ve Laboratuar Özellikleri_____	45
4.3.1 Antropometrik Özellikler_____	45
4.3.2 Laboratuar Özellikleri_____	46
4.4 Katılımcıların Sigara Kullanım Özelliklerinin Değerlendirilmesi_____	46
4.4.1 Cinsiyet_____	46
4.4.2 Medeni Durum ve Meslek_____	48
4.4.3 Daha Önceki Bırakma Girişimleri_____	48
4.4.4 Çevrede Sigara Kullanım Durumu_____	49
4.5 Katılımcıların Sigara Bırakma Yöntemlerine Göre Değerlendirilmesi_____	49
4.6 Sigara Bırakma Tedavisinin Sonuçları_____	51
4.7 Sigara Bırakma Tedavisi Uygulanan Hastalarda Kilo Değişimleri ve Yaşam Tarzı Değişimleri_____	56
4.7.1 Katılımcıların Sigara Bırakma Durumlarına Göre Kilolarındaki Değişim_____	56

4.7.2 Sigarayı Tamamen Bırakanlar ve Bir Süre Bırakanların Bırakma Sürelerine Göre Kilo Değişimleri_____	58
4.7.3 Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Kilo Değişimi Üzerine Etkileri____	58
4.7.4 Çalışmaya Dâhil Edilen Kişilerde Sigara Bırakma Durumlarının Çeşitli Antropometrik Veriler Üzerindeki Etkileri_____	59
4.7.5 Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Kilo Değişimi ve Antropometrik Parametreler Üzerine Etkisi_____	63
4.7.6 Sosyodemografik Özellikler ve Kilo Değişimleri_____	64
4.7.7 Yaşam Tarzı Değişimleri ile Kilo Değişimi İlişkisi_____	64
5.TARTIŞMA_____	69
6.SONUÇ_____	85
7.KAYNAKLAR_____	88
8.EKLER_____	97
Ek-1_____	97
Ek-2_____	98
Ek-3_____	101

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.2.1 Sigara İçenlerde Riski Artmış Hastalıklar

Tablo 2.2.2 Sigaraya Bağlı Ölümcül Hastalıklar

Tablo 2.4.1 DSMIV Nikotin Yoksunluğu Kriterleri

Tablo 2.5.1 Tütün Kontrol Yöntemleri ve Etkinlikleri

Tablo 4.3.1.1 Tüm Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Antropometrik Değerlerinin Dağılımı

Tablo 4.3.2.1 Katılımcıların Tam Kan Sayımı ve Kan Biyokimya Değerleri

Tablo 4.5.1 Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeyine Göre Uygulanan Yöntem Dağılımı

Tablo 4.6.1 Sigara Kullanım Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 4.6.2 Sigarayı Tamamen ve Bir Süre Bırakan Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Sigara Bırakma Dönemlerinin Dağılımı

Tablo 4.6.3 Sigara Bırakma Yöntemlerinin Sigara Bıraktırma Başarısı

Tablo 4.6.4 Sigara Bırakma Yöntemlerinin Sigara Bırakma Sürelerine Göre Dağılımı

Tablo 4.7.4.1 Sigarayı Bırakanların Cinsiyetlere Göre Kısa ve Uzun Dönem Kilo ve BKİ Değişimleri

Tablo 4.7.4.2 Çalışmaya Dâhil Edilen Kişilerde Farklı Cinsiyetlerde Sigara Bırakma Durumlarının Çeşitli Antropometrik Veriler Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.7.5.1 Uygulanan Sigara Bırakma Yöntemlerine Göre Kilo Değişimlerinin Dağılımı

Tablo 4.7.7.1 Katılımcıların Sigara Bırakma Durumlarına ve Cinsiyetlere Göre İştah, Günlük Kalori Alım Miktarındaki Değişim ve Egzersiz Yapma Durumu

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 4.1.2.1 Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Grafik 4.1.3.1 Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımları

Grafik 4.4.1.1 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Nikotin Bağımlılık Düzeyleri

Grafik 4.5.1 Katılımcıların Sigara Bırakma Yöntemlerine Göre Dağılımı

Grafik 4.6.1 Sigarayı Bırakanların ve Relaps Olanların Bırakma Dönemlerinin Cinsiyetlere Göre Yüzdelerinin Dağılımı

Grafik 4.7.1.1 Sigara Bırakma Durumlarına Göre Kilo Değişimlerinin Dağılımları

Grafik 4.7.2.1 Sigarayı Bir Dönem Bırakanlar ve Tamamen Bırakanların Sigarayı Bırakma Sürelerine Göre Kilo Değişimlerinin Yüzdeleri

SİMGELER VE KISALTMALAR

OMUTF: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BKİ: Beden Kitle İndeksi

KOAH: kronik obstrüktif akciğer hastalığı

FTT: Fagerström Tolerans Testi

DSMIV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

TG: Tütünsüz Girişimi

MPOWER: Küresel Tütün Kontrolü İçin Politika Paketi

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

FDA: Food and Drug Administration

CO: Karbonmonoksit

NRT: Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

HCL: hidroklorür

SSS: Santral Sinir Sistemi

MAO: Mono Amin Oksidaz

OMÜ: Ondokuz Mayıs Üniversitesi

KAH: Koroner Arter Hastalığı

YTD: Yaşam Tarzı Değişimi

MY: Motivasyonel Yaklaşım

ÖZET

Amaç: Sigara kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önlenebilir önemli bir sağlık sorunudur. Sigara bırakma tedavilerinde karşılaşılabilecek en kötü senaryo nedeni ise nüksür. Nüksün sık nedenlerinden biri de kilo alımı olduğu tespit edilmiştir. Sigara bırakan kişilerde kilo alımı kısa (<1 ay), orta (1-3 ay), uzun (3-6 ay) ve çok uzun (≥ 6 ay) dönemde sık relaps nedenlerinin başında gelmektedir. Bu çalışmanın amacı sigara kullanma durumları ile (bırakanlar, bir süre bırakanlar ve hiç bırakamayan) kişilerin kilo değişimlerini tespit etmek ve bu değişim üzerine etkili olabilecek olası faktörleri belirlemektir.

Materyal ve Metod: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (OMUTF) Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne Mayıs 2011- Haziran 2012 tarihleri arasında 1346 başvurudan 500 hasta seçilmiş; 500 vakanın telefon yolu ile ulaşılan 335'i çalışmaya dâhil edilmiştir. Dosyalarında demografik verileri ve sigara kullanım alışkanlıkları ile ilgili bilgileri alınmıştır. Telefon yolu ile katılımcıların sigara kullanım durumu, yaşam tarzı değişimlerine uyumları, kısa ve uzun dönemdeki kilo değişimleri sorgulanmıştır. Bırakma durumlarına göre çalışma grubumuz sigarayı bırakanlar olarak alınırken; sigarayı bırakamayanlar ve bir dönem bırakanlar (relaps) kontrol grubumuz olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların 193'ü (%57,6) erkek, 142'si (%42,4) kadın idi. Katılımcıların ortalama yaşı $40,10 \pm 9,81$ yıldır. Sigara kullanım alışkanlıklarına bakıldığında kadınlar $19,33 \pm 11,38$ paket/yıl, erkekler ise $24,10 \pm 12$ paket/yıl sigara kullanmıştır ($t=3,675$, $p<0,001$). Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testine (FNBT) göre bağımlılık düzeyi $5,80 \pm 2,43$ 'tür. Telefonla ulaşılan 335 vakanın 48'i (%14,3) sigarayı bırakırken %37,9'u ($n=127$) sigarayı bırakamamıştır. Sigarayı tamamen bırakanlar ve bir dönem bırakan toplam 208 kişiye bakıldığında çoğunluğu ($n=79$, %37,9) sigarayı uzun dönem bırakmıştır. Sigarayı bir dönem bırakıp tekrar başlayanlarla ortalama $4,21 \pm 4,14$ ay süreyle sigarayı bırakmışlardır. Sigara bırakma ile cinsiyet, meslek, nikotin bağımlılık düzeyi, sigara dumanına maruz kalma arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Tüm katılımcıların %46,9'unun kilolarında artış olurken çalışma grubumuzun %81,3'ü ($n=39$) kilo almıştır. Sigarayı bir dönem bırakıp tekrar başlayanların çoğunluğu ($n=109$, %68,1) kilo alırken; sigarayı

birakamayanların çoğunluğunun (n=117, %92,1) kilolarında değişim yoktu ve aralarındaki fark anlamlıydı ($\chi^2=140,562$, $p<0,001$). Kilo değişimi ile medeni durum, bağımlılık düzeyi, sigara kullanım miktarı, uygulanan tedavi yöntemi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p<0,05$). Çalışma grubumuz üçüncü ayda ortalama $4,78\pm 3,41$ kg kilo alırken uzun dönemde ise $3,91\pm 4,77$ kilo almışlardır. Sigarayı bir ara bırakmış olan kadınlar hiç bırakmayanlara göre ortalama 3, tamamıyla bırakmış olanlar hiç bırakmayanlara göre ise ortalama 3,5 kilo aldıklarını bildirmişlerdir. ($F=26,400$, $p<0,001$). Sigarayı bir ara bırakmış ve tamamıyla bırakmış olan kadın vakaların aldıkları kiloları arasında ise bir fark yoktur ($p=0,659$). Uzun dönemde sigarayı bir ara bırakmış olan erkekler (ort= $3,01$ kg), hiç bırakmayanlara göre ortalama 2,8, tamamıyla bırakmış olanlar (ort= $5,034$ kg) ise hiç bırakmayanlara göre ortalama 4,8 kilo aldıklarını bildirmişlerdir. Buna göre bir ara bırakanlarla, bırakanlar arasında da 2,02 kg fark bulunmaktadır. Sigarayı bırakan gruptaki erkeklerin üçüncü ay ve çalışma sırasındaki kilo ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=20,826$, $p=0,001$). Çalışma grubumuzun çoğunlukla iştah düzeyi (%87,5), günlük kalori alımında (%72,9) artış olmuştur. Sigarayı bırakamayanların ise çoğunluğunun iştah (%87,4) ve günlük kalori alımında (%92,9) değişim olmamıştır. Ayrıca sigara kullanım miktarı, bağımlılık düzeyi, uygulanan tedavi yönteminin iştah düzeyine ve günlük kalori alımı üzerinde anlamlı bir etkisi tespit edilmemiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Sigarayı bırakan katılımcılar bırakamayan ve relaps olanlara göre anlamlı oranda daha fazla kilo almışlardır. Sigara bırakma durumunun sürdürülmesi açısından takiplerde yaşam tarzı değişimine uyumu değerlendirmek farmakolojik tedavi kadar önemlidir.

ABSTRACT

Aim: Smoking is the most important preventable death cause in the world. The cause of the worst scenario that will be encountered tobacco (smoking) cessation therapy is relapse. One of the most frequent reason of relapse has been identified as weight gain. The weight gain who gave up smoking is leading cause of relapse, at short(<1 month), medium (1-3 months), long (3-6 months) and very long (≥ 6 months) period. The aim of this study is to identify individuals' smoking status (quitters, quitters for a period and not give up anytime) and weight changes and to determine possible factors which might affect this change.

Materials and Methods: Between May 2011 and July 2012, 1346 patient who admitted to Ondokuz Mayıs University Medical School Family Medicine Smoking Cessation Outpatient Clinic, 500 patient were selected; of this 500 patient 355 which can be reached via phone were included in the study. Demographics data and information about smoking habits were recorded in their patient file. Participants' smoking status, adaptation lifestyle changes, short and long term weight changes were questioned by phone. According to smoking status, the ones who gave up smoking were taken as our study group and the control group was assessed as those who cannot give up smoking and only a period leavers (relapse).

Results: In our study, 193 participants (57.6 %) were male and 142 (42.4 %) were female. Mean age of participants was 40.10 ± 9.81 . According to smoking habits, women 19.33 ± 11.38 pack / years and men 24.10 ± 12 pack / years has used cigarettes ($t=3,675$, $p<0,001$). Participants' mean level of addiction was 5.80 ± 2.43 according to Fagerstrom test for nicotine dependence scale. Of 335 cases who reached by phone, 48 (14,3 %) gave up smoking and 37.9% ($n = 127$) could not give up smoking. Majority ($n= 79$, 37.9 %) of total 208 people who gave up smoking completely and a period had gave up smoking for a long period. The ones who gave up and then restarted smoking, for an average period of 4.21 ± 4.14 months stopped smoking. Between smoking cessation and sex, occupation, level of nicotine dependence, exposure to cigarette smoke there was no statistical difference ($p>0,05$). While 46.9 % of all participants gained weight, 81.3% our study group ($n=39$) received weight. While majority of the ones who gave up for a period and then restarted smoking ($n=109$, %68.1) gained

weight, there was no change in the weight of the majority of those who could not give up smoking (n=117, %92.1) and the difference was statistically significant ($\chi^2=140,562$, $p<0,001$). Between weight change and marital status, dependency level, smoking amount, treatment modalities no statistical difference founded ($p <0.05$). Our study group gained 4.78 ± 3.41 kg weight at third month whereas they gained 3.91 ± 4.77 kg weight long term. Women who quit smoking any time compared with those who never give up gained an average of 3, those who completely quit smoking compared with the ones never could quit gained an average of 3.5 kilos ($F=26,400$, $p<0,001$). There was no difference between women's weight they gain who quit smoking for a period and completely ($p=0,659$). Men who had quitted smoking for a long period (mean = 3.01 kg), compared with those who never give up gained an average of 2.8kg weight; those who quitted smoking completely (ort=5,034 kg) compared with those who never give up gained an average of 4.8 kilos. According to this, there was 2.02 kg difference between quitters for a period and completely.

There was statistically significant difference the average weight gain between third month and during the study of men who had quitted smoking ($F = 20.826$, $p = 0.001$). In our study group level of appetite (87.5%), the daily caloric intake (72.9%) has been increased. Majority of those who could not quit smoking the appetite (87.4%) and the daily caloric intake (92.9%) did not change. Also the amount of tobacco use, level of dependency, treatment methods has no significant effect on levels of appetite and on the daily caloric intake ($p <0.05$).

Conclusion: Participants who quitted smoking compared with those who could not give up or relapsed significantly gained more weight. For maintaining of smoking cessation assessing adaptation of lifestyle changes at follow up is as important as pharmacological treatment.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Giriş

Sigara kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önlenebilir önemli bir sağlık sorunudur. Halen dünyada her yıl beş milyondan fazla kişi tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bu sayının 2030 yılında 8 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (1). Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) verilerine göre tüm dünyada sigara kullanımının % 80'ini geliştirmekte olan ülkelere yaşayanlar oluşturmaktadır (2). Ülkemizde sigara içme oranı erkeklerde %47,9 iken kadınlarda %15,2'dir (3) Bu tablo günümüzde sigara bıraktırma tedavilerinin önemi ortaya çıkarmıştır. Sigara bağımlılığının etyopatogenezinde biyolojik, psikolojik, davranışsal ve çevresel faktörler katkıda bulunur. Bu nedenle her bir sigara içicisi biyopsikososyal yönden değerlendirilmelidir (4,5,6). Sigara kullanımının bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutta etkileri olması nedeniyle sigara bağımlılığının bırakılmasında çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Sigarayı bırakmış olanlarda en büyük sorun sigaraya tekrar başlamaktır. Relapsın sık nedenlerinden biri de kilo alımı olarak tanımlanmıştır. Sigara bırakıldıktan sonrasında ilk bir yılda ortalama beş kg alınmaktadır (7). Yapılan çalışmalarda önlem alınmazsa kilo alımının sigara bırakılmasından sonraki üç ile yedinci yıla kadar sürebildiği görülmektedir (8). Bu nedenle sigarayı bırakmak ve sigarayı bırakmış olgularda relapsın önlenmesi için hastaların belli aralıklarla izlenmesi, uygun davranış tedavisi, ilaç tedavileri ya da her ikisinin bileşiminden oluşan yaklaşımlar uygulanmalıdır (9).

1.2 Amaç

Bu çalışmanın birden çok amacı vardır. İlki sigara kullanma durumlarına göre (bırakanlar, bir süre bırakanlar ve hiç bırakamayan) çalışmaya dahil edilen vakaların kısa (<1 ay), orta (1-3 ay), uzun (3-6 ay) ve çok uzun (≥6 ay) dönemde kiloları ve beden kitle indeksleri (BKI) üzerindeki değişimleri araştırmaktır. İkinci olarak bu değişim üzerine etkili olabilecek olası faktörleri belirlemektir. Çalışma kapsamında hastaların sigara kullanım durumlarına göre kilo değişimleri ve tedavi sürecindeki yaşam tarzı değişimleri araştırılacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara Epidemiyolojisi

Tütün ürünleri tüm ülkelerde oldukça yaygın şekilde kullanılmaktadır. Bununla birlikte, tütün kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin ortaya konduğu son 50–60 yıl içinde çeşitli ülkelerde tütün kullanım sıklığı bakımından önemli değişiklikler yaşanmıştır. Bu süre içinde özellikle gelişmiş ülkelerde tütün ürünü kullanımı azalma yönünde bir seyir izlerken gelişmekte olan ülkelerde tütün ürünü kullanımı artmaktadır. Dünya genelinde gelişmekte olan ülkelerde tütün kullanımı, gelişmiş ülkelere göre, erkeklerde de kadınlara göre daha yüksektir (10).

Türkiye’de 15 yaşından büyük yetişkinlerin yaklaşık olarak üçte biri (%31,2), yaklaşık 16 milyon erişkin, halen tütün kullanmaktadır. Erkekler (%47,9) kadınlardan (%15,2) daha fazla sigara kullanmaktadır. Yaklaşık olarak 12 milyon erkek ve 4 milyon kadın halen sigara kullanmaktadır. Erkeklerin yaklaşık yarısı (%43,8) ve her 9 kadından biri halen her gün tütün kullanmaktadır; yani 11 milyon erkek ve 3 milyon kadın halen her gün tütün kullanmaktadır. Halen tütün kullanan erkeklerin %90’ından fazlası (%47,9 dan %43,8’i) ve kadınların %76,3’ü (%15,2’nin %11,6’sı) her gün tütün kullanmaktadır. Erkek (%4,1) ve kadınlarda (%3,6) ara sıra tütün kullanan kişilerin yüzdesi birbirine benzemektedir. Her üç erkekten biri (%30,0) ve her dört kadından üçü (%74,8) hiç tütün kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Toplumun %15,9’u da (erkeklerin %22,1 ve kadınların %10,0) daha önce sigara kullanmışlardır (11).

2.2. Sigara Kullanımının Genel Sağlık Üzerine Etkileri

Tütün kullanımının artmasının ardından tütüne bağlı mortalitenin artması 30-40 yıl almaktadır. Başta sigara olmak üzere tütün kullanımı en önemli hastalık ve ölüm nedenidir. Dünya genelindeki 4.83 milyon insan her yıl tütün ürünleri nedeniyle ölmektedir (12). Sigara içenler mortalite etkileri dışında aynı zamanda içmeyenlere göre daha fazla hastalanırlar. İçenler bırakanlara veya hiç içmemişlere göre akut ve kronik hastalığa yakalanarak gündelik aktiviteden daha fazla yoksun kalırlar; daha fazla yatalak gün geçirirler; daha fazla okul veya iş devamsızlığı yaparlar. Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigaradan

ölmekte ve bunların yarısı orta yaşlarda ölmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (13).

Sigara içenlerinin yarısı sigaraya bağlı bir sağlık sorunu nedeniyle ölmektedir. Dünyada her yıl 5,4 milyon kişi sigaraya bağlı bir nedenle hayatını kaybetmektedir. Bu sayı her 6,5 saniyede bir kişinin ölmesi demektir. Sigara içiminin kontrolü yönünde etkili önlemler alınmadığı takdirde bugün için 5,4 milyon olan sayının önümüzdeki 25–30 yıllık sürede 10 milyona ulaşacağı ve gelecekteki ölümlerin daha çok gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (10).

Sigara direkt ölümlerle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindedir. Sigara 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir. Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur (14).

Tablo 2.2.1 Sigara İçenlerde Riski Artmış Hastalıklar (14)

Ağır ülserli dişeti hastalığı	Kas zedelenmesi	Nistagmus	Osteoporoz
Kalp spazmı (20 kez artan risk)	Boyun ağrısı Sırt ağrısı	Göz içi mantar hastalıkları Katarakt (2 kat artan risk)	Osteoartrit
Grip Romatizma-ağır içicilerde	Burger hastalığı	Katarakt (arka kapsul altı-3 kez artan risk)	Eklem bağ zedelenmesi
Penis ereksiyon bozukluğu İmpotans (2 kat artan risk)	Periferik damar hastalığı	Depresyon Psoriasis (2 kat artan risk)	Makuler dejenerasyon (2 kat artan risk)
Duodenal ülser Mide ülseri	Diş dökülmesi	Diabetes Mellitus (Tip 2)	Optik sinir hastalığı (16 kez artan risk)
Pnömoni Tuberküloz	Kolon polipleri Crohn hastalığı	Cilt kırıksıklığı (2 kat artan risk)	Tendon zedelenmesi

Kalp ve damar hastalıkları: Özellikle yetişkin yaşlarda insanlar arasındaki en önde gelen ölüm nedeni olan koroner kalp hastalığının bilinen nedenleri arasında en büyük etkisi olan faktörlerden birisi de sigara kullanımınıdır. Sigara içenler arasında koroner kalp hastalığı riski 2–4 kat artmıştır. Öte yandan sigara içiminin koroner kalp hastalığının diğer risk faktörleri olan hipertansiyon ve kolesterol yüksekliği ile de ilişkili olduğu bilinmektedir.

Bu faktörlerden herhangi birisinin varlığında sigara içilmesi hastalık riskini daha da artırmaktadır. Sigara içilmesi de ateroskleroz meydana gelmesi bakımından önemli bir faktördür. Sigara içen kişilerde dolaşım yetersizliğine bağlı sorunların daha fazla olması beklenir. Bunlar arasında derinin erken dönemde yaşlanması, deri enfeksiyonları, vücudun uç kısımlarında, özellikle ayak parmaklarında dolaşım bozukluğuna bağlı sorunlar sayılabilir. Ayrıca yaşlıların soğuk havada daha çok üşümesi, barsak kan dolaşımındaki yetersizlik nedeniyle beslenme ve emilim bozuklukları gibi durumların da sigara içenlerde daha fazla olması, dolaşım sistemindeki bozukluğun sonuçlarıdır.

Kronik akciğer hastalıkları: Sigara içiminin etkisi ile mukosilyer aktivite ve alveolar makrofaj aktivitesi bozulur, mukus bezlerinde hiperplazi ve hipertrofi meydana gelir. Sigara dumanı bronş duvarındaki düz kasların kasılmasına yol açarak hava yolu direncinin artmasına neden olur. Bu anatomik ve fonksiyonel değişimler sonucunda zaman içinde kronik akciğer hastalığı tablosu gelişir.

Sindirim sistemi hastalıkları: Sindirim kanalında çeşitli kanserlerden ayrı olarak gingivitis, diş çürüğü, özofajit, ülser gibi hastalıklar bakımından sigara içimi risk yaratmaktadır.

Kas-iskelet sistemi hastalıkları: Postmenopozal dönemdeki kadınların sık karşılaştıkları sorunlardan birisi osteoporozdur. Osteoporoz gelişmesinde beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, alkol kullanımı gibi değişik faktörlerin yanı sıra sigara içmek de etkilidir. Sigara içen kadınlarda osteoporoz sıklığının daha fazla olduğu araştırmalarla ortaya konmuştur.

Tablo 2.2.2 Sigaraya Bağlı Ölümcül Hastalıklar (14)

Kanserler	Kalp ve Dolaşım	Diğerleri
Akciğer	Koroner kalp hastalığı	KOAH
Ağız ve trakea	Aort anevrizması	Pnömoni
Özefagus	Kalp kası dejenerasyonu	Mide ve duodenal ülser
Mesane Böbrek	Ateroskleroz	
Mide Pankreas	Serebrovasküler hastalık	
Lösemi Kanser		

Kanser: Kanser insidans ve mortalite hızlarının yaşın ilerlemesiyle arttığı bilinmektedir. İnsanlarda kanserlerin en az 10 tanesinin meydana gelmesinde de sigara içimi önemli rol oynar. Bu kanserlerin başında akciğer kanseri gelmektedir. Bütün akciğer kanseri olgularının yüzde 90 kadarı sigara nedeniyle meydana gelir. Akciğer kanseri dışında larinks kanseri, ağız boşluğu, farinks, özofagus, mide, kolon, pankreas, böbrek, mesane, meme ve serviks kanserinin oluşumunda da sigaranın rolü vardır. İnsanlardaki bütün kanserlerin yaklaşık olarak üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır.

Nöro-psikiyatrik sorunlar: Serebrovasküler hastalıklar özellikle ileri yaşlarda en sık ölüm nedenleri arasındadır. Yaşlanmaya paralel olarak artan bir tablo da Alzheimer hastalığıdır. Önceleri sigara içmenin bu hastalık bakımından koruyucu rol oynadığı şeklinde bilgiler yayılmışsa da geniş kapsamlı ve uzun süreli izleme çalışmalarında sigaranın herhangi koruyucu etkisi olmadığı, hatta eğer bir etki varsa bunun olumsuz yönde olduğu bilgisi ortaya konmuştur. Algılama fonksiyonlarında yaşlanma ile ortaya çıkan kayıpların da sigara içenlerde daha fazla olduğu bulunmuştur. Bunun dışında sigara içimi bir tür bağımlılıktır ve DSÖ 'sigara bağımlılığını' bir hastalık olarak tanımlamıştır. Sigara, bağımlılık yapan diğer maddeler kadar güçlü bağımlılık yapabilir (10).

2.3. Nikotin Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi

Bağımlılık kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ifade eder. DSÖ madde bağımlılığını kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı olarak tanımlar. Diğer bir deyişle madde kullanımı bireye ve topluma zarar verici düzeyde bir davranış haline gelir (15).

Tütünün en önemli psikoaktif maddesi nikotindir. Nikotin yalnız psişik değil fiziksel bağımlılığa da sebep olur. Nikotin, morfin, kokain ve amfetamin gibi güçlü bağımlılık yapan ilaçlarla karşılaştırıldığında keyif verici etkinliği daha zayıf olan bir maddedir (16). Nikotin çok kolay emilen bir maddedir ve akciğerler, ağız, burun hatta deriden kolaylıkla ve hızla emilmektedir. Nikotin bağımlılığı sigara içmeye devam etmekteki ana unsurdur. Sigara dumanındaki nikotinin beyine ulaşması 10-20 sn.de gerçekleşir (17).

Sigara içme veya dumanının inhalasyonu zamanla kişide kuvvetli psişik ve zayıf fiziksel bağımlılık oluşturur. Sigaradaki nikotinin bağımlılıktan sorumlu tutulma nedenleri arasında psikoaktif oluşu ve pozitif pekiştirici (keyif verici) etkisi, sigara dışı yollarla uygulanan nikotinin de bağımlılık yapması ve nikotini azaltılmış sigaraların rağbet görmemesi sayılabilir (18).

Nikotin beyindeki özgül nikotinik asetilkolin reseptörleri üzerinden etki eder ve nikotinin akut ödüllendirici etkisinden sorumlu olduğu düşünülen dopamin salınımını uyarır. Nikotin ve kötüye kullanım potansiyeli olan diğer ilaçların ön beyindeki nucleus accumbense uzanan dopamin salgılayan nöronların 'ödül döngüsü' etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Presinaptik alanda asetilkolin, norepinefrin, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin salınımını artırır. Dopamin ve norepinefrin salınımı zevk almayı sağladığı ve iştahı azalttığı, asetilkolin ise performans ve bellek gücünde artışa yol açmaktadır. Beta endorfinlerin salınımı ise anksiyete ve gerginlikte azalmaya yol açar. Nikotin zona kompakta, substansia nigra ventral tegmental bölgedeki dopaminerjik hücrelerin ateşlemesini arttırmaktadır. Locus coeruleustaki nikotin reseptörleri ve orta beyindeki mezolimbik dopaminerjik sistem hem uyanıklığı hem de bilişsel işlevleri

(locus coeruleus) güçlendirir ve beynin haz merkezini aktive eder (mezolimbik sistem) (19).

Nikotin bağımlılığıyla ilgili çeşitli teoriler bulunmaktadır. İlk olarak bir alışkanlık olduğu şeklindedir. Bazı araştırmacılar bunun diğer madde bağımlılıklarıyla eşdeğer bir bağımlılık olduğunu söylerken, diğerleri ise daha dikkatli davranarak bunun alışkanlık ya da öğrenilmiş bir davranış olduğundan bahseder ve alışkanlık haline getiren madde olarak nikotini suçlar. İkinci teori ise sigara içmenin çocukluktan beri bilinçaltında yatan ve rasyonel bir seçenek haline dönüştürülemeyen isteklere bağlı olduğuna dayanır. Üçüncü teori sigara içmenin özellikle düşük benlik kontrollü kişilik yapısına sahip bireylerin heyecan ve yenilik arayışı içinde ortaya çıkardıkları bir davranış olduğunu ileri sürer. Son teori ise bunun bir seçim olduğunu ve sigara içenlerin bilinçli olarak sigaranın yarar ve zararlarını tarttığı ve bu konularda objektif olarak yanlış olsalar bile buna uygun davrandıkları ya da davranmaya çalıştıklarını söyler. Son yıllarda sigara bağımlılığının sadece psikolojik değil çevresel ve fizyolojik nedenlere de bağlı olduğu ve sigara tüketim miktarının da bağımlılık türüyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sigara miktarı arttıkça fizyolojik bağımlılığın psikolojik bağımlılığın önüne geçtiği ileri sürülmektedir (20).

Nikotin bağımlılığını ve özellikle şiddetini değerlendirme amacıyla geliştirilen birkaç ölçek bulunmaktadır. Bunlardan rutinde en çok tercih edileni Fagerström testi olup daha sonra bu testten Fagerström Tolerans Testi(FTT) ve FNBT geliştirilmiştir. FTT 1978 yılında ilk geliştirildiğinde sekiz sorudan oluşmaktaydı. Daha sonra psikometrik çalışmalarda iç tutarlığının ve farklı zamanlarda yapılan ölçümlerin farklılık göstermesi nedeniyle yeniden düzenlenmiş ve 6 sorudan oluşan FNBT geliştirilmiştir (21). FNBT 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir; klinik rutinde ise daha çok Fagerstrom Nikotin Bağımlılık testi bağımlılık değerlendirmesi için kullanılmaktadır (10). FNBT’de sigara tüketim miktarları ve ilk sigara içme zamanıyla ilgili sorulara ağırlık verilmiştir. Fagerström testlerinde fiziksel tolerans ölçülmektedir (Ek-1). Sigara içme dürtüsü, yoksunluk belirtileri gibi bağımlılığın diğer ölçütleri değerlendirilememektedir (21)

2.4 Nikotin Yoksunluğu

Sigarayı bıraktıktan sonra ortaya çıkan yoksunluk belirtileri nikotin yoksunluğu olarak ele alınır. Uzun süreli ve kalıcı nikotin alımı sonucu nöroadaptasyon ortaya çıkar. Zaman içinde beyinde nikotin reseptörlerinin artmasıyla nikotinin bazı etkilerine tolerans gelişir ve bu tolerans sonucu sigara bırakıldığında nikotine bağlı kesilme belirtileri ortaya çıkar. Nikotin yoksunluğu kriterleri The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSMIV)'de tanımlanmıştır (18).

Tablo 2.4.1 DSMIV Nikotin Yoksunluğu Kriterleri
A. En az birkaç hafta süreyle her gün nikotin kullanılması
B. Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (ya da daha fazlasının) ortaya çıkması:
1. Disforik ya da depresif duygu durumu
2. İnsomnia
3. İrritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme
4. Anksiyete
5. Düşüncelerini yoğunlaştıramama
6. Huzursuzluk
7. Kalp hızında azalma
8. İştah artması ya da kilo alma
C. B tanı ölçütündeki semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
D. Bu semptomlar genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Sigarayı bırakma sonrası ortaya çıkan belirtileri inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır; ortaya çıkan yoksunluk belirtileri çoğunda aynıdır. Bunlar arasında sigara arama davranışı, irritabilite, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, bradikardi, sabırsızlık, somatik yakınmalar, insomni, açlık hissinde ve yemek yemede artışa bağlı

kilo alma vardır. Semptomların ortaya çıkmasında bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyal ve ekonomik düzeyinin herhangi bir rolü olmadığı saptanmıştır (22).

Yoksunluk belirtileri sigara bırakmayı takip eden 1-3. günlerde en şiddetli düzeye ulaşır, 3-4.haftalarda sonlanır. Ancak sigara içicilerinin %40'ında 4 haftadan daha uzun sürdüğü bildirilmiştir. Sigara içmek için şiddetli istek duyma ve kilo alımı gibi yakınmalar 6 ay veya daha uzun süre devam edebilmektedir (23).

2.5 Tütün kontrolü

Tütün kullanımının zararları, bu konudaki bilimsel kanıtların ortaya konmasından önceki dönemlerden beri bilinmektedir. Bu nedenle tütün kullanımının kontrolü konusundaki uygulamalar da çok eski yıllara kadar uzanmaktadır. Ancak tütün kullanımı ile kalp hastalıkları, kanserler gibi ciddi sağlık sorunları arasındaki nedensel ilişkilerin ortaya konduğu 1950 ve sonrası dönemde tütün kontrolü konusu gerekli hale gelmiş ve bu konudaki çabalar hız kazanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve diğer bazı ülkelerde 1930 ve 1940'lı yıllarda tütün ürünlerinin reklâmları yapılırken, hatta bu reklâmlarda sağlık personeli de yer alırken, günümüzde sağlık personeli tütün kontrolü çalışmalarında öncü rol oynamaktadır. Dünyadaki ilerlemelere paralel olarak ülkemizde de bu alanda önemli gelişmeler kaydedilmektedir. Özellikle 2008 yılında yürürlüğe giren yasa ile Türkiye tütün kontrolü alanında dünyanın sayılı ülkeleri arasında yer almıştır (10).

Tütünün kontrolü birçok sektörün işbirliğini gerektirir. Özellikle tütünle mücadelenin işsizliğe yol açmayacağı, ekonomiye zarar değil yarar sağlayacağı ortaya konması, yoksullukla mücadelede sigara ile mücadelenin öneminin ortaya konması önemlidir. Ülkemiz gibi yoğun tütün tarımı yapılan ülkelerde bile tütün kontrolünün ekonomiye zarardan çok yarar getirdiği bildirilmektedir (14).

Tütün kontrolü için ulusal ve uluslararası çok sayıda sektörün işbirliği gerekmektedir. Bu çok geniş katılımlı çalışmanın ana başlıkları aşağıda yer almaktadır:

1. Çocukların tütün bağımlı olmasının engellenmesi,
2. Tütün sektöründen ve ülke enflasyon oranlarından daha fazla artan bir vergilendirme sistemi sayesinde tütün kullanımının mali politikalar yoluyla engellenmesi ya da azaltılması,

3. Artırılan vergilerden elde edilen gelirlerin bir kısmının tütün endüstrisinden bağımsız biçimde tütün kullanımını önlemeye ve sağlığı geliştirmeye yönelik etkinliklere ayrılması,
 4. Çevresel sigara dumanına maruziyetin etkin önlemlerle ortadan kaldırılması,
 5. Tütün piyasasının kar hırsı ile çalışan tütün şirketleri tarafından belirlenmesine izin vermemek için bu alanda devletin tekel gücünün korunması,
 6. Tütünün sosyal kabul gören bir madde olmaktan çıkarılması,
 7. Direkt ya da dolaylı reklam, promosyon ve sponsorlukların ortadan kaldırılması,
 8. Tütün ürünlerinde yapılacak yeni düzenlemeler; çarpıcı sağlık uyarılarının paketlenmeye konması, tütün ürünlerinin toksik içeriklerinin paket üzerinde belirtilmesi,
 9. Tütün üretimi ve fabrikasyonuna alternatif ürünlerin promosyonu ve desteklenmesi,
 10. Tütün ile ilgili konuların etkin yönetimi, izlenmesi ve değerlendirilmesi,
- Tütün bağımlılığının tedavisinin yaygınlaştırılması ve iyi hekimlik pratiğinin bir parçası olarak algılanarak uygulanması (24).

Tablo 2.5.1 Tütün Kontrol Yöntemleri ve Etkinlikleri (14)	
Girişim	Öneriler
<p>Çocuk, ergen ve gençlerin tütüne başlamasının azaltılmasına yönelik stratejiler</p> <p>Tütün ürünlerinin birim fiyatlarının arttırılması</p> <p>Diğer girişimlerle birlikteki kitle iletişim araçlarıyla eğitim</p>	<p>Önerilir (Güçlü kanıt)</p> <p>Önerilir (Güçlü kanıt)</p>
<p>Tütünün bırakılmasını artırıcı stratejiler</p> <p>Tütün ürünlerinin birim fiyatlarının arttırılması</p>	<p>Önerilir (Güçlü kanıt)</p>
<p>Kitlesel medya ile eğitim</p> <p>Diğer girişimlerle kombine edilmiş kampanyalar</p> <p>Sigara bırakma seriler</p> <p>Sigara bırakma yarışmaları, ödüller</p>	<p>Önerilir (Güçlü kanıt)</p> <p>Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz</p> <p>Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz</p>
<p>Sağlık sistemleri için uygun girişimler</p> <p>Hizmet sunucu hatırlatıcı sistemleri (tek başına)</p> <p>Hizmet sunucu eğitim sistemleri (tek başına)</p> <p>Hizmet sunucu hatırlatıcı + eğitimi (hasta eğitimi ile birlikte veya değil)</p> <p>Hizmet sunucu geri bildirim sistemi</p> <p>Tütün kullanımı ve bağımlılığının etkin tedavisinde paket fiyat dışındaki maliyetlerin azaltılması</p> <p>Diğer girişimlere ek olarak hasta telefon destek sistemi (bırakma hatları)</p>	<p>Önerilir (yeterli kanıt)</p> <p>Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz</p> <p>Önerilir (Güçlü kanıt)</p> <p>Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz</p> <p>Önerilir (yeterli kanıt)</p> <p>Önerilir (Güçlü kanıt)</p>

DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS), ülkeleri temel ilkelerin uygulanması konusunda desteklemektedir ve Tütünsüz Girişimi (TG) programları da MPOWER stratejileri ile kapsamlı tütün kontrolü programlarının uygulanması bakımından ülkeleri güçlendirmektedir. Bu paket DSÖ-TKÇS kapsamında tanımlanan tütün kontrolü politikalarının uygulanması bakımından etkili olduğu kanıtlanmış olan altı temel stratejiye işaret etmektedir:

Monitor tobacco use and prevention policies: *Tütün kullanımını ve önleme politikalarını izleme*

Protect people from tobacco smoke: *Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerinin önlenmesi*

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

Warn about the dangers of tobacco: *Bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması*

Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship: *Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakların uygulanması*

Raise taxes on tobacco: *Tütüne uygulanan vergi miktarının artırılması (11)*

Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesine dair kanun Türkiye'deki tütün mücadelesi bakımından dönüm noktası oluşturmuştur. Geçen zaman içinde ülkede yavaş bir tempo ile de olsa tütün karşıtı kamuoyu oluşmuş, tütün kullanımında az da olsa azalma meydana gelmiştir. DSÖ de tütün kontrolü konusunda düzenlemeler yapmıştır. 2003 yılında DSÖ Genel Kurulu toplantısında TKÇS kabul edilmiştir. Çerçeve Sözleşmenin ana teması, tütüne olan talebin ve tütün arzının azaltılması, tütün ve tütün ürünlerine ulaşmanın güçleştirilmesi konularıdır. Çerçeve Sözleşme uyarınca üye ülkelerin ulusal tütün kontrol programı hazırlaması beklenmektedir. Türkiye bu Sözleşmeyi 2004 yılında imzalamış ve aynı yıl Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) onaylamak suretiyle sözleşmeye "taraf" ülke konumuna gelmiştir. Sözleşme uyarınca devlet ve sivil toplum taraflarının katılımı ile Ulusal Tütün Kontrol Programı ve 2008–2012 yıllarını kapsayan Ulusal Eylem Planı hazırlanmıştır. Ulusal Program ve Eylem Planı içinde yer alan amaç ve hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için yasal destek gereği belirilmiş, hem 1996 yılındaki yasanın kapsamını genişletmek ve hem de Eylem Planı hedeflerini gerçekleştirmek için yeni bir yasal düzenleme yapılması yoluna gidilmiştir. TBMM Komisyonlarında tartışmalar uzunca sürmüş, sonuçta "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'da Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" (No.5727) 3 Ocak 2008 günü kabul edilmiştir (10).

2.6 Tütün ile mücadelede hekimin rolü

Hekimler bu çok kapsamlı tütün kontrolü mücadelesinin önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Türkiye’de de Dünyanın diğer bölgelerinde olduğu gibi hekimler tütünün zararlarını, tütün ile mücadelenin gereği konusunda bilgi sahibidir. En önemli rolleri, kendilerinin sigara içmeyerek topluma karşı rol model olma zorunluluğu konusundaki sorumluluklarını yerine getirmeleridir. Hekimlerin hiç sigara içmemesi uygun olur. Sigara içen hekimlerin kendilerine başvuranlara sigara içmenin zararlarını söylemesi inandırıcı olmaz. Sigara içen hekimler hekimlik ve sigara imgelelerini bir arada bulundurmamalıdır. Örneğin, hastanın/başvuranın göreceği yerde sigara içmemek, beyaz önlüğün cebinde sigara paketi bulundurmamak gibi konular önemlidir (10).

Topluma karşı sorumlulukları içinde en önemlilerinden biri de başta orta öğretimdeki çocuklar olmak üzere toplumun bilinçlendirilmesine yönelik eğitim çalışmalarında etkin görev almaktır. Diğer yandan hekimlik mesleğini yerine getirirken verdiği tedavi hizmeti sırasında hastalarının sigara içip içmediklerini sorgulama ve içmemeleri konusunda uyarıda bulunmalarının dahi hastaların sigara içiciliğine bakışlarını değiştirdiği ve bırakmayı düşünmeye yönelttiği, %1-3 oranında da bırakmayı sağladığı bilinmektedir. Buna bir de sigara içen ve bırakmakta zorlanan bir bireye destek sağlamaktır (24).

Hekimlerin telkin, öneri ve desteklerinin birçok sigara içen hastayı sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, hastalara cesaret vererek bırakmayı denemesini sağladığı bilinmektedir. Özellikle birinci basamakta çalışan hekimlerin sigara bırakma konusunda duyarlı olmaları çok önemlidir. Hekimlerin yönlendirdiği ve olguların en az altı ay izlendiği 28 sigara bıraktırma programının analizinde hekimlerin yalnızca hastaya sigarayı bırakmasını öğütlediği 15 programın ortalama başarısı %5 (%3-%13), hekimlerin hastaya sigaranın bırakılması için yoğun destek verdiği 13 programın ortalama başarısı %29 (%13-%40) olarak saptanmıştır. Hekim sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastasını, bırakması açısından uyararak bu konuyu ciddi olarak düşünme yönünde motive edebilir. Sigarayı bırakmaya hazır ve kararlı olan bir hastaya ise hekim sigarayı bırakma teknikleri ve programları hakkında bilgi vererek destek olabilir. Yani hekimin sigaranın bırakılmasındaki temel desteği bu konuda motivasyonu olmayan

hastayı, bırakma konusunda motive etmek, bırakmaya hazır olan hastaya ise bu konuda destek vermek, bırakma yöntemlerini öğretmek ve tıbbi tedavi vermektir (25).

2.7. Sigara Bırakma Tedavilerine Yaklaşım

Tütün bağımlılığı kronik bir hastalığın birçok özelliğini gösterir. Kullanıcılarının çoğunluğunun remisyon ve nüks dönemlerini içeren tipik döngüsüyle uzun yıllar süren inatçı bir durumdur. Sigara içimi ve bağımlılığı DSÖ, Amerikan Psikiyatri Birliği, Food and Drug Administration (ABD Gıda ve İlaç İdaresi) (FDA) gibi dünya sağlık otoriteleri tarafından bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Klinisyenlerce de tütün bağımlılığı kronik süreçli bir hastalık olarak kabul edildiğinde tedavi etkinliği de artacaktır (26).

Araştırmalar insanların sosyal, psikolojik ve farmakolojik faktörlerin etkisi ile sigara içtiğini göstermiştir. 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 imcesi 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 acar. Sigara ile ilişkili uyarılmanın özellikle sosyal ve stresli ortamlardaki nükslere katkısı olduğu saptanmıştır. Aile ve arkadaşların sigara içimi bırakmayı zorlaştıran faktörlerdir (14).

Küresel yetişkin tütün araştırması 2010 raporuna göre yaşamının bir döneminde her gün sigara içmiş olanların dörtte birinden biraz fazlası (%26,5) sigarayı bırakmıştır. Sigara içmiş olanların (halen sigara içenler ve son 12 ayda sigarayı bırakmış olanlar) yaklaşık yarısı (%44,8) son bir yıl içinde sigarayı bırakmayı denemişlerdir. Erkeklerdeki bırakma hızı ile kadınlardaki bırakma hızı birbirine benzerdir (Erkeklerde %27,2 ve kadınlarda %23,9). Bırakma hızı yaşla birlikte artmakta olup, yaşlıların (65 yaş ve üzerinde) üçte ikisinden fazlası sigara kullanmayı bırakmıştır (%68,7). Ancak

son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenlerin %15,8'i sigarayı bırakmayı başarmışlardır. Sigara içenlerin yaklaşık yarısı (%46,9) son 12 ay içinde bir sağlık kuruluşuna gitmiştir. Sigara içenlerden son 12 ayda sağlık kuruluşuna gitme kadınlarda (%63,9) erkeklere (%41,0) göre daha fazladır. Sağlık kuruluşuna gidenlerin yaklaşık yarısına (%49,0) sigara içip içmediği sorulmuştur. Sigara içtiği öğrenilen 10 kişiden 8 kişiye (%83,1) sigarayı bırakması tavsiye edilmiştir. Sigarayı bırakması tavsiye edilenlerin de %8,3'ü sigarayı bırakmıştır (11).

Yapılan 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. Girişimde bulunanların sadece %6'sı kronik bir hastalık yaklaşımında bulunulduğunda sigara bırakma girişimlerinde başarılı olmuşlardır. Bırakmada etkili olan faktörler değerlendirildiğinde ise sigara bırakma cinsiyetle ilişkisiz bulunurken ırk yaş ve özellikle eğitim düzeyi ile sigara bırakma arasında kuvvetli birliktelik bulunmuştur (27).

Sigara içimine ve bu davranışın sürdürülmesine biyolojik, psikolojik, davranışsal ve çevresel faktörler katkıda bulunur. Bu yüzden her bir sigara içicisi biyopsikososyal yönden değerlendirilir. Hastanın sigarayı bırakma davranışı ile ilgili hangi değişim evresinde olduğunu saptamak, nikotin bağımlılığının ciddiyetini değerlendirmek, sigara içme nedenlerini ve sigara içmeyi tetikleyici faktörleri belirlemek ve tedaviyi etkileyebilecek muhtemel psikiyatrik komorbiditeyi tanımlamak bu değerlendirme sürecinin ilkesel amaçlarıdır. Sigara içicilerin %70'i bırakmak istemekte, her yıl içenlerin %5-10'u bırakmayı başarmaktadır, yaşam boyu sigara içenlerin yarısı sigarayı bırakmaktadır (28).

Kişiler sigarayı kendi kendilerine bırakabilirler, ancak bırakma denemeleri oldukça güçtür. Birçok sigara içicisi başarıya 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 yayımlanmıştır. Bu çalışmalarda sigara bırakmada yaş, cinsiyet,

sosyoekonomik durum ve nikotin bağımlılığı iyi tanımlanmış belirleyiciler olarak vurgulanmıştır (29).

Son 12 ay içinde sigara kullananların yaklaşık yarısı (%46,9) bir sağlık personelinin ziyaret etmiştir. Sağlık personelinin ziyaret etme sigara kullanan kadınlar (%63,9) arasında erkeklere (%41) göre daha yüksektir; 45 yaş ve üzerinde sigara kullananlarda (%54'den fazla) daha genç yaştakilere (%44) göre daha yüksektir. Öğrenim durumlarına ve yerleşim yerlerine göre bir farklılık bulunmamaktadır. Sağlık kuruluşuna başvuran tütün kullananların yaklaşık yarısına (%49) tütün kullanma durumları sorulmuştur. Sigara kullanımının sorulması yaşla birlikte artmaktadır; %42'den (15-24 yaş grubunda) % 61'e (65 yaş ve üzerinde) çıkmaktadır. Cinsiyet ve öğrenim durumuna göre bir farklılık bulunmamaktadır. Sağlık personeli tarafından sigara içme davranışı sorulan kişilerin %80'den fazlasına (%83,1) sigarayı bırakması tavsiye edilmiştir. Sigarayı bırakma tavsiyesi yaşla birlikte artmaktayken (15-24 yaş grubunda %79,5 iken 65 yaş ve üzerinde %99'dur); cinsiyet, yerleşim yeri ya da öğrenim durumu ile bir fark görülmemektedir. Tavsiye edilenlerin sadece %8,3'ü sigarayı bırakmayı başarmıştır. Son 12 ay içinde bırakma girişiminde bulunan tütün kullanıcıları arasında %9,3'ü ilaçla bırakma, %1,8'i danışmanlık veya tavsiye ve %7,1'i diğer yöntemleri kullanmıştır. Danışmanlık cinsiyet, yaş, yerleşim yeri ve öğrenim durumuna göre farklılık göstermemektedir. Halen sigara kullananların yarısından fazlası (%53) bırakma ile ilgilenmektedir; fakat ancak %10'u gelecek ay sigarayı bırakmayı planladığını belirtmektedir. Bu da Türkiye'de yaklaşık olarak 6,4 milyon erkek ve 2 milyon kadın olmak üzere toplam 8,4 milyon sigara kullanıcısının sigarayı bırakmayı düşündüğünü göstermektedir. Cinsiyet, yaş ve yerleşim yerlerine göre sigarayı bırakma isteği farklılaşmamaktadır. Öğrenim durumu ise sigarayı bırakma isteğini etkilemektedir ki, öğrenimi olmayanların %41,7'si sigarayı bırakmayı isterken, üniversite ve üstü öğrenimi olanların %63,7'si bu isteğinin olduğunu belirtmektedir (30).

Sigara bırakma tedavisinin dört önemli endikasyonu vardır;

1. Sigara ile ilişkili hastalıkların önlenmesi
2. Sigara ile ilişkili hastalıkların tedavisi
3. Sigara ile ilişkili hastalıkların rehabilitasyonu
4. Sigara içmeyenlerin sağlığının korunması

Sigaranın bırakılması, tercihen bir yıl, ancak en azından altı ay süre ile sigara ve diğer tütün ürünlerinden yoksun kalmak olarak tanımlanır (31). Sigara içen bireyler, sigarayı bırakma tedavisine alınmadan önce sigara içme özellikleri, bağımlılıklarının şiddeti, bırakmayı isteyip istememeleri konularında çok iyi değerlendirilmelidir. Sigara bırakma programlarının iki önemli komponenti bulunmaktadır. Bunlardan birincisi davranışsal ve bilişsel tekniklerle günlük hayatta bireyi sigara içmeye dürtten tehdit unsurlarının farkındalığını artırmak, bunları değiştirmesini sağlamak, yoksunluk ve stresle baş etme yöntemlerini öğretmek, diğeri ise farmakoterapi uygulayarak fiziksel yoksunluk belirtilerini azaltıp bırakma sürecini kolaylaştırmaktır. Bu iki komponentin birlikte kullanılması başarı şansını artırmaktadır (32).

2.7.1. İlaç Dışı Sigara Bırakma Tedavileri

Sigaranın bırakılmasına yardımcı olmak için birçok yöntem geliştirilmiştir. Bunların başlıcalarından biri olan davranışçı yöntem; hasta eğitimi, bireysel ya da grup terapileri, ters güdülenme ve tiksindirme, psikoterapi, transendental meditasyon, hipnoz, desensitizasyon ve duygusal deprivasyonu içerir. Eğitim programları sigaranın sosyal ve psikolojik bir alışkanlık olduğu, bu nedenle iradenin ve motivasyonun güçlendirilmesi ile sigaranın bırakılacağı düşünülerek hazırlanmışsa da, beklenildiği kadar başarılı olamamıştır. Ters güdülenme ve tiksindirme davranış tekniği ile sigaranın bırakılmasında sigara içimine karşı olumsuz bir yanıt oluşumunun öğrenilmesi sağlanmaya çalışılır. Ancak bu tekniğin sağlık açısından bazı yan etkileri ortaya çıkmıştır. Kendi kendine bırakma tekniği genellikle bir yönetici ya da terapistin yönetiminde kişinin kendi kendine sigarayı bırakmasıdır ve bazı ters güdülenme yöntemlerini de içerir (25). İlaç dışı tedavi yöntemleri olarak kullanılan hipnoz ve akupunktur tedavileri ise etkili yöntemler değildir (31). Akupunktur, elektrostimulasyon ya da lazer tedavisi gibi alternatif yöntemlerin sigara bırakmadaki etkinliği 22 çalışmanın dâhil edildiği bir metaanalizde incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda akupunkturun ve benzer yöntemlerden herhangi birinin sigara bırakmada etkili olduğu gösterilememiştir. Yine sigara bırakmada kullanılan yöntemlerden biri olan hipnoz konusunda da yapılmış çalışma bulunmamaktadır (33).

Başvuru nedenine bakılmaksızın her birey tütün kullanımı açısından taranmalıdır; sigara kullanım durumları sorgulanmalıdır. Sigara bırakma sürecinde

başarı, sigara içicisinin içme durumu ile ilgili özelliklerinin doğru tanımlanmasıyla yakından ilişkilidir. Bu sorunun yanıtına göre klinikte hasta 4 gruba ayrılabilir;

1. Tütün kullanan ve şu anda bir bırakma girişimi yapmaya istekli olan hasta
2. Tütün kullanan ama şu anda bir bırakma girişimi yapmaya istekli olmayan hasta
3. Önceden sigara içmiş, yeni bırakmış hasta
4. Düzenli tütün hiç kullanmamış hasta (26)

2.7.1.1.Sigara içen ve bırakma konusunda istekli olan bireylere yaklaşım:

Hekimin hastaya sigarayı bırakma konusundaki yaklaşımları 5A (Türkçe karşılıkları 5Ö) stratejileri başlığında ele alınmaktadır.

Öğren (Ask); bireyin başvuru nedenine bakılmaksızın sigara içme durumu mutlaka sorulmalıdır. Her görüşmede hastanın sigara kullanım durumu sorgulanmalıdır.

Öner (Advice); her sigara kullanıcıya mutlaka sigarayı bırakması önerilmelidir. Bu öneri açık, net güçlü ve kişiye özel olmalıdır (10).

Ölç (Assess); Görüşme sırasında motivasyonel görüşme teknikleri uygulanması hekime çok yardımcı olmaktadır. Bu teknikte hastanın değerlendirilmesi, değişim gereksinimi ve isteği, olası çözüm yolları önerilmektedir Her hastanın sigarayı bırakmak isteyip istemediği mutlaka sorgulanmalıdır (34). Bırakmak isteyen hastaların bu aşamada bırakma isteği nedenleri gözden geçirilmeli, hastanın kararlılık durumu saptanmaya çalışılmalıdır. Kararlılık düzeyi belirlenirken değişim basamakları (Prochaska ve Diclemente) altı değişik aşamanın her birinde, değişime erişmek için yapılması gereken belli ödevler ve işlemler vardır.

- **Farkındalık öncesi:** Davranışı değiştirmesi gerektiğinin farkında değildir.
- **Farkındalık:** Hem bir problemi olduğunu ve hem de bu davranışı değiştirmenin fizibilitesi ve maliyetini düşünmesiyle başlar. Kararsızlık vardır.
- **Niyet (hazırlık):** Değişmek için kararı burada verirler.
- **Eylem:** Problem davranışı düzeltmeye başlarlar, genellikle 3–6 ay sürer.

- **Sürdürme:** Eylem aşamasını başarıyla geçip değişikliği yerinde tutma aşamasıdır.
- **Relaps:** Tekrar içmeye başlanan aşamadır.

Hastanın nikotin bağımlılığı ölçülmeli (FNBT) ve olanak varsa karbonmonoksit (CO) ölçümü yapılmalıdır. Daha önce bırakma deneyimi varsa bu dönemde yaşananlar, karşılaşılan güçlükler, en uzun bırakılan süre, tedavi kullanılıp kullanılmadığı gözden geçirilmelidir.

Önderlik et (Assist);

- Hastanın bırakma planı yapmasına yardımcı olunmalıdır. Bırakma tarihi belirlenmeli ve tercihen bir sonraki hafta olmalıdır. Ailesi, arkadaşları ve iş arkadaşlarına bırakma niyetinden bahsetmesi ve başvurma nedenini anlatması ve desteklemesi istenmelidir. Planlanan bırakma çabasına karşı olan zorlukları tahmin etme, özellikle de nikotin çekilme belirtilerini içeren ve onları belirlemeye hazırlık olan ilk birkaç kritik hafta süresince çevreden sigaraları uzaklaştırması istenmelidir.
- Pratik fikirler geliştirme (problem çözme/beceri eğitimi); Bırakma gününden sonra hiç sigara içilmemesi esastır. Bir nefes dahi almaması gerektiği söylenmelidir. Geçmişteki bırakma girişimlerini ve nükslerini gözden geçirerek bunlarla nasıl başa çıkabileceği konusunda tartışılmalıdır. Bırakma çabası sırasında gelişebilecek değişiklikleri ve tetikleyici faktörleri tahmin etmeye çalışmalı ve bunların üstesinden nasıl gelebileceği anlatılmalıdır. Bırakma süreci boyunca, kullanıyorsa alkolü sınırlaması ya da uzak durması; çünkü alkolün nükse neden olabileceği söylenmelidir. Yaşadığı evde kendisinden başka sigara içenler varsa bırakmasını olumsuz etkileyebileceğinden bireyler, ev halkını bırakma konusunda cesaretlendirmeli veya yanında içilmemesini sağlamalıdır.
- Tedavi içinde sosyal destek sağlanması; Hastanın bırakma çabasını cesaretlendirirken destekleyici klinik çevreyi geliştirme, açıkça klinik çalışanların uygunluğunu hastayı destekleyici hale getirilmelidir.
- Tedavi dışı sosyal desteği sağlamada yardım; Hastanın bırakma çabasını eş, arkadaş ve iş arkadaşlarının desteğini alması için cesaretlendirilmelidir.
- Kontrendikasyon yoksa farmakoterapi önerilmelidir.

- Tamamlayıcı materyalleri sağlama; Hastanın yaşına, kültürüne, ırkına ve eğitim düzeyine uygun kendine yardım materyalleri sağlamadır.

Örgütle (Arrange); Nüksü izlemek için izlem yapılmasını içerir. Hastalar yüz yüze ya da telefon görüşmeleri ile izlenmelidir. İlk görüşme bırakma tarihinden sonraki ilk hafta yapılmalıdır. İkinci görüşme ilk bir ay içerisinde olmalıdır. Bundan sonraki görüşmeler kişinin durumuna göre 15 günde bir, aylık, 3 aylık olarak ayarlanabilir. Her görüşmede hasta başarısından dolayı tebrik edilmelidir. Karşılaşılan güçlükler gözden geçirilmeli ve çözüm yolları önerilmelidir. Nüks olmuşsa nedenleri araştırılmalı ve tekrar tam bırakma sağlanmaya çalışılmalıdır. Farmakoterapi gözden geçirilmeli ve gerekiyorsa doz ayarlaması yapılmalıdır. Ortaya çıkabilecek problemlerin çözümünün sigaraya başlamak olmadığı, her problemin mutlaka çözümü olduğu anlatılmalıdır (34).

Relaps riski bırakma sonrası ilk ay ve özellikle ilk haftada çok yüksektir. Takipler yüz-yüze, telefonla veya posta yoluyla (elektronik veya elden) yapılabilir. Kalıcı olarak sigarayı bırakma öncesinde genellikle 3-4 defa girişimde bulunmaktadır. Sigara bırakan hastaların bunlarla başa çıkma yöntemlerini belirlemek için 2-3 dakika fazladan zamana ihtiyacınız olabilir. Sigara bırakma sorunu karmaşık olan hastalarda tütün konusunu görüşme süresi 1-3 dakikaya sığmayabilir. Bu grup hastalarla daha uzun süre görüşmek veya sevk etmek daha uygun bir yaklaşım olabilir.

Takip randevularında; başarı tebrik edilmelidir. Eğer sigara kullanılmış ise tümüyle yoksunluğa tekrar dönmesini sağlayın ve sorunları gözden geçirilmelidir. Relapsın bir öğrenme deyimini olduğu hastaya hatırlatılmalıdır. Hâlihazırda yaşanmış problemler belirlenmeli ve yakın gelecekte yaşanacak zorlukları belirtip önlem alınmalıdır. İlaç kullanımı ve bununla ilgili sorunlar değerlendirilmelidir (doğru kullanım gibi). Daha yoğun tedaviye yönlendirme ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır (10).

2.7.1.2. Sigara İçen Ancak Bırakma Denemesi İçin İsteksiz Bireylere Yaklaşım

Sağlık hizmeti almak üzere başvuran her hastanın sigara kullanım durumu sorgulanmalı, sigara kullanan hastalar bırakma konusunda bilgilendirilmeli ve destek olunmalı bırakmaya isteksiz hastalarda ise 5R (terk et) modeli uygulanmalıdır (26).

Tüm etkileri gözden geçirme (relevance); Mümkün olabildiğince bireyin o andaki durumunun (hastalık, aile, çocuk, ekonomik durum, yaş, cinsiyet, sağlık endişesi gibi) ele alınarak neden bırakması gerektiği konusunda cesaretlendirilmesidir.

Riskler (Risks); Hastaya sigara içme sonucu oluşacak kısa ve uzun dönemli riskler üzerinde durulmalıdır. Hastadan sigara içmenin kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri belirtmesi istenip hasta ile ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmelidir. Akut riskler; nefes darlığı, astım alevlenmesi, gebeliğin zarar görmesi, impotans, infertilite, artmış solunum yolları enfeksiyonu riskidir. Uzun dönem riskler; kalp krizi, inme, akciğer kanseri ve diğer kanserler (larenks, oral kavite, farenks, ösefagus, pankreas, mide, böbrek, mesane, serviks, akut myelositik lösemi), KOAH, osteoporoz, uzun süreli maluliyet ve yoğun bakım ihtiyacıdır. Çevresel riskler; eşinde artmış akciğer kanseri ve kalp hastalığı riski, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski, ani infant ölümü sendromu, çocuklarında astım, orta kulak iltihabı ve artmış solunum yolu enfeksiyonu riskleri belirtilmelidir.

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

Engeller (Roadblocks); Sigarayı bırakmanın önündeki olası engeller belirlenmeli ve hastaya bu engelleri aşabilecek çözüm önerileri sunulmalıdır. Sık görülen engeller; yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma, destek yoksunluğu, depresyon, sigara içmekten hoşlanma, sigara içicileri ile bir arada bulunma, etkin tedavilerin varlığından haberdar olmamadır.

Tekrarlama (Repetition); İsteksiz hastaların her klinik başvurularında motivasyonel desteğin tekrar tekrar verilmesi gerekir. Daha önce defalarca denemiş ve başarılı olamamış hastalara bunun bir sonraki denemesinde başarısız olacağı anlamına gelmediği, bırakmanın birkaç denemeden sonra olabileceği anlatılmalıdır (32).

2.7.1.3. Önceden Sigara İçmiş Ve Yeni Bırakmış Bireylere Yaklaşım

Sigarayı bırakmış olanlarda en büyük sorun nükstür. Nüks geriye dönüş sürecidir. Eğer bu geriye dönüş, bir süreç değil de istenmeyen davranışın bir-iki kez

tekrarıyla sınırlı kalırsa bu yalnızca hatadır (lapse). Bunun nükse dönüşmesi (relapse) için hataların (lapse) sık sık tekrarlanması gereklidir. Sigarayı bırakma sürecinde yapılan bir hatanın nükse dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen şey, bireyin hatasıyla ilgili bilişsel tepkileridir. Sigarayı bırakanlarda zaman zaman zorlayıcı bir içme isteği ortaya çıkabilir. Bu durumda mücadele etmek yerine sigara içebilirler. Bu durum hem suçluluk hissi, hem de kendine duyduğu güvende sarsılmaya neden olabilir. En kötü yanı da bir tane içmekle kalmayıp eski içme düzenine hızla dönme eğilimine neden olmasıdır. Sigaraya tekrar başlamanın bir diğer olumsuz yönü, bireyin bırakmaktan vazgeçmesine yol açmasıdır. Yeniden başlayanların %15'i bir daha denememek üzere bırakmaktan vazgeçmektedir. İçme isteğine yenik düşmenin suçluluk ve güvensizlik duygusuna yol açması yerine, bunun sigara içmeye neden olan duruma karşı direnmeyi yeterince öğrenmemiş olma şeklinde algılanması sorunu çözmeye yardımcı olabilir. Ayrıca nikotin bağımlılığının kronik ve tekrarlama eğilimi olan bir hastalık olduğu ve sigara içmenin nasıl bilinç dışı öğrenilen bir davranış haline geldiği konusunda önceden bireyi bilinçlendirmek tekrar tekrar bırakmayı deneme konusunda cesaretini artıracaktır (32).

Sigarayı bırakmış hastalarda nüks riskleri ve önleyici stratejiler;

- Bırakmada destek planlaması eksikliği; İzlem vizitleri, telefon görüşmeleri Çevresel destek alabileceği kaynaklar konusunda yönlendirme, sigarayı bırakma ile ilgili destek verecek kuruluşa sevk edilmesi
- Olumsuz ruhsal değişiklikler veya depresyon; Eğer ciddi boyutta ise öneri ve destek verilmesi, uzmana yönlendirilmesi
- Güçlü ya da uzamış yoksunluk belirtileri; farmakoterapinin uzatılması ya da kombine tedavi uygulanması
- Kilo alma; Beklenen bir sonuç olduğunu belirterek egzersize başlamasının önerilmelidir. Sigara bırakmanın kazanımlarının kilo alımına bağlı olabilecek olan risklerden daha önemli olduğu vurgulanmalıdır. Sağlıklı bir diyet ve aktif bir yaşam tarzının önemi vurgulanmalıdır. Sigara yerine şekerli sakız, nane şekeri veya sebze gibi düşük kalorili ürünler önerilmelidir. Kilo alımını engelleyici medikal tedaviler öncelikle seçilebilir. Ayrıca hasta beslenme uzmanına yönlendirilebilir ya da beslenme programı düzenlenmelidir.

- Lapse yönetimi; Lapse durumunun relapse gelişmesini önlemek adına medikal tedaviye devamlılığın gerekliliği belirtilmelidir. Yeniden bırakma girişimi için cesaretlendirilmeli veya yoksunluk bulguları açısından önerilerde bulunulmalıdır. Sigara bırakmanın birden fazla girişimle olabileceği konusunda rahatlatılmalı ve her lapse bir deneyim olduğu belirtilmelidir (26).

2.7.2. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi

Nikotinin psikofarmakolojik etkileri, hoşlanma, mutluluk, gevşeme, dikkat artışı, performansta artış, reaksiyon zamanında kısalma, endişede azalma, strese azalma, açlık hissinde ve kilo almada azalma biçimindedir. Nikotini alamadığı zaman nikotin yoksunluk belirtileri olarak adlandırılan aşırı sigara içme (nikotin alma) isteği, öfke, kızgınlık, irritabilite, endişe, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, kalp hızında azalma ve iştah artışıyla birlikte kilo alma ortaya çıkar. Bütün sigara bırakma yöntemlerinin sigaranın bırakılmasındaki başarıları farklı olmakla birlikte amaçları kişide sigara içimine bağlı gelişen psikolojik bağımlılığın ve fiziksel bağımlılığın üstesinden gelmektir (25). Bağımlı bir kişide sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum sigarayı bırakmaya çalışan kişilerin başarısızlığında en önemli rolü oynamaktadır. Günümüzde tüm kılavuzlarda yer alan ve FDA onaylı iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır; nikotin yerine koyma tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapi (bupropion hidroklorür ve vareniklin) (32). Ayrıca sigara bırakma tedavisi için FDA onaylı olmayan ikinci seçenek ilaçlardan olan klonidin ve nortriptilin de sigara bırakma tedavisinde etkilidir (26).

Farmakoterapi kimlere uygulanmalıdır?

Sigarayı bırakmaya çalışan tüm bağımlılar, hekim gözetiminde tıbbi tedaviden yararlanabilmelidir. Günde 15 adet ve daha fazla sigara içen ve/veya günün ilk 30 dakikası içinde sigara içmeye başlayan olgulara standart dozlarda tedavi başlanmalıdır. 10-15 adet/gün sigara içen hafif içicilerde düşük doz NRT düşünülmelidir. Bu grup olgularda, eğer bupropion kullanılacaksa doz ayarlamasına gerek yoktur. İçilen sigara sayısı <10 adet/gün ise olgunun fiziksel bağımlılık boyutu değerlendirilmeli. Sigara içmediği zaman yoksunluk belirtileri nedeniyle zorlanıyorsa bu olgulara da tedavi

başlanabilir (33). Ayrıca bağımlılık düzeyi değerlendirilen hastalardan orta ve yüksek düzeyde bağımlılığı olan hastalara da medikal tedavi verilebilir (32).

2.7.2.1. Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

Nikotin yerine koyma tedavisinin amacı, sigaranın bırakılmasını izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını gidermektir. Nikotin yerine koyma tedavisi nikotin bağımlılığı olduğu saptanan kişilere hekim kontrolünde uygulanmalıdır. Fagerström Bağımlılık testine göre orta ve yüksek nikotin bağımlılığı saptanan olgular sigarayı bırakırken nikotin yerine koyma tedavisinden yarar görürler. Kişide yüksek veya orta derecede nikotin bağımlılığı saptanırsa, günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmemişse nikotin yerine koyma tedavisi uygulanır. Nikotin yerine koyma tedavisinde günümüzde kullanılan nikotin formları, sakız, nazal sprey, oral inhaler ve transdermal bantdır (10).

NRT'nin kullanılmaması gereken durumlar; gebelik, emzirme dönemi, 18 yaş altı, son 6 hafta içinde geçirilmiş akut miyokard infarktüsü, anstabil anjina pectoris ve aritmilerdir. Ayrıca bant formu, psöriazis ve egzema gibi inatçı deri hastalığı olanlarda önerilmemektedir (25).

Nikotin sakızı: Nikotin sakızlarının 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Sakız formlarının biyoyararlanımları sınırlıdır. 2 mg'lık sakız ile 0.9 mg nikotin alınırken, 4 mg'lık sakız ile 1.2 mg nikotin alınır. Sakızlarda bulunan nikotin, çiğneme sırasında ağız mukozasından emilir. Emilimin iyi olabilmesi için ağızın pH'sı ve çiğneme tekniği önemlidir.

Nikotin sakızı yüksek bağımlılığı olanlarda 4 mg'lık formlar ile tedaviye başlanmalıdır (kanıt düzeyi B) (26). Günde 25 adetten az sigara içenlerde 2 mg'lık formun, günde 25 adet ve daha fazla sigara içenlerde 4 mg'lık formun, günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilmektedir. Nikotin sakız tedavisinin 8–12 hafta kullanılması yeterlidir, ancak gerektiğinde bu süre uzatılabilir. Diğer yerine koyma tedavilerine göre avantajı hastanın içme isteğine göre süreci yönetebilmesidir (10). En sık rastlanan yan etkileri ağız irritasyonu, çenede ağrı, dispepsi, hıçkırık ve bulantıdır (32).

Nikotin sublingual tablet: 2 mg'lık tabletler dilaltında çözölmektedir. Emilim oral mukozanın her tarafından olmaktadır. Saatte bir tablet kullanılması önerilmektedir. Tabletler 20 dakika kullanıldıktan sonra atılmalıdır.

Nikotin İnhaler: Yerine koyma tedavisinde etkilidir (kanıt düzeyi A). Tam olarak inhaler değildir; oral mukozadan emilim olmaktadır (26). Her inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içermekte ve her kullanışta 1,5-2,0 mg nikotin alınmaktadır. Başarılı bir sonuç için 6 -16 kartuş/gün önerilmektedir. Yeterli serum seviyesinin oluşması için inhalatörün her saat 20 dakika kullanılması önerilir. İnhalatör üç kez 20 dakika kullanıldıktan sonra kartuş değiştirilmelidir. Geçici ağız ve boğaz irritasyonu, öksürük en sık görölen yan etkileridir (32).

Nikotin Bandı: Yerine koyma tedavisinde etkilidir (kanıt düzeyi A) (26). 16 saat ve 24 saat kullanılabilen formları bulunmakta olup ölkemizde 24 saatlik formu mevcuttur. Bant ile vücuda saatte 1 mg nikotinin kontrollü verilmesi sağlanır. 24 saatlik formdaki bantlar, üç farklı boyutta olup 30 TTS formunda 21 mg, 20 TTS formunda 14 mg, 10 TTS formunda ise 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır. Günde >15 adet sigara içenlerde 30 TTS (21 mg) formu ile başlanıp 4 hafta devam edilmesi, daha sonra 2'şer hafta süreyle ardı ardına 14 ve 7 mg şeklinde tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. İçilen sigara sayısının 10-15 adet olduğu veya daha az içildiği halde bırakıldığında yoksunluk tanımlanan durumlarda 14 mg'lık dozla başlanıp azaltarak 8 haftaya tamamlanabilir. Bant tercihan üst kola veya gövde ön yüzünde tüysüz bir bölgeye uygulanmalıdır ve her gün uygulama yerinin değişmesi gereklidir. Tedaviye, hedeflenen sigara bırakma gününde başlanır. Tedavi ile birlikte sigara içilmemesi gerektiği konusunda hasta uyarılmalıdır.

Yan etkiler, genellikle hafif ve geçicidir. Uygulama yerinde alerjik reaksiyon, aritmi, taşikardi, baş ağrısı, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, uykusuzluk, bulantı, kas ağrısı, sersemlik, daha nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık ya da ishal, eklem ve sırt ağrısı görölebilir (32).

2.7.2.2. Bupropion HCL

Bupropion sigara bırakma tedavisinde etkinliği gösterilen FDA tarafından 1997 yılında onaylanan ilk nikotin içermeyen ajandır. Sigara bırakma tedavisinde etkili bir ajandır. (Kant Düzeyi A) Muhtemel mekanizması nöronal dopamin ve noradrenalin reuptake inhibisyonu ve nikotinic asetilkolin reseptör blokajıdır (26). Nontrisiklik aminoketon antidepresan bir ilaçtır. Sigarayı bırakmadaki yardımcı etkisi, antidepresan etkisinden bağımsızdır. 8 haftalık kullanımının yeterli olduğu bildirilmektedir. Tedaviye sigara bırakılmadan önce başlanır. İlk 3 gün 150 mg, 4. Günden sonra 300mg/gün (2x150mg tb) olarak kullanılır. İleri yaşlarda tavsiye edilen doz 150mg/gün'dür. Tedaviye başlanan gün itibariyle 7-14 gün içindeki bir tarihte bırakma günü belirlenir. Birey tedavi altındayken sigarayı bırakır ve tedavi aynı dozda sürdürülür(32).

Kontrendike olduğu durumlar; konvulsiyon ve konvulsiyon eşliğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı veya santral sinir sistemi (SSS) travması öyküsü veren olgularda, kontrolsüz hipertansiyonu, ağır hepatik nekrozu, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve mono amin 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. Ağır karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği, 65 yaş üzerinde olan ve 45 kg altında olan hastalarda dikkatli kullanılması gerekir.

En sık bildirilen yan etkiler, baş ağrısı, uykusuzluk, bulantı ve ağız kuruluğudur. İlacın kullanımı sırasında deride kızarıklıklar ve kaşıntı da bildirilmiştir. Bupropion nadiren konvülziyona neden olabilir, sigara bırakma amacı ile kullanılan dozda konvülziyon gelişme olasılığı 1/1000 olarak bildirilmiştir (10).

Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ve bupropion kombine kullanılabilir (34).

2.7.2.3. Vareniklin

Vareniklin FDA tarafından 2006 yılında sigara bırakma tedavisinde etkinliği onaylanan nikotin içermeyen bir ajandır. Sigara bırakma tedavisinde etkili bir ajandır. (Kant Düzeyi A) (26). Santral sinir sisteminde nikotinin bağlandığı nikotinic

reseptörlerden $\alpha 4\beta 2$ subünitesi içerenler, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara içme isteği gelişiminde anahtar rol oynar. Vareniklin, $\alpha 4\beta 2$ reseptörleri uyararak nikotinik agonist etkileri ile dopamin salınımını sağlar, izleyen dönemde nikotin alınsa bile dopamin salınımında artış olmaz (antagonist etki). Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken, yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engellemektedir (32). İlaç sigara bırakmayı ilk kez deneyecek olguda direkt kullanılabilir gibi, daha önce farklı preparatlarla sigarayı bırakmayı denemiş ancak nüks olmuş olgularda da yeni bir tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. Vareniklin kullanan olgular sigara içmeye devam ederken tedaviye günde 0,5 mg dozunu ilk üç gün kullanarak başlarlar, takiben 4-7. günler arası 0,5 mg sabah akşam, 8-14. Günler arası 1 mg gün dozu ile devam edilir. Başlangıçta ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden olgunun 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda 7. Gün sigarayı bırakması amaçlanır. Tedavi 12 haftaya günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak tamamlanır (34). Vareniklin ortalama tedavi süresi 12 haftadır, ancak 24 haftalık tedavinin sigarayı 6 ay ve 1 yıl için bırakmış kalma başarılarını arttırdığı da görülmüştür. Yapılan çalışmalarda ilacı iyi tolere eden hastalarda tedavi süresinin 1 yıla kadar uzatılması nüks olasılığını azaltmaktadır (26).

İlacın en sık bildirilen yan etkisi bulantıdır(%35,8). Diğer yan etkiler uykusuzluk (% 22), anormal düşler (% 14,4), baş ağrısı (% 16,8) ve gastrointestinal yakınmalardır (% 22,5). Bu yan etkilerin görülme sıklığını azaltmak amacı ile ilaç ilk hafta düşük dozda başlanıp titre edilerek doz artırılır. Bulantının sorun olduğu olgularda ilacın yemekler ile birlikte alınması önerilir, buna rağmen bulantı devam ederse vareniklinin günlük dozu 1 mg düşülür ve bulantı kontrol altına alındıktan sonra bir kez daha doz artırılması (2 x 1 mg) denenir. Diğer yan etkilerde olgunun sigara bırakma girişimini etkileyecek kadar sorun yaratıyorsa öncelikle doz azaltılması denemelidir, doz azaltılınca semptomların azaldığı veya tamamen kaybolduğu görülmüştür. Karaciğer yetmezliği olanlarda doz değişikliği yapmaya gerek yoktur. Ağır renal yetmezliği olan olgularda ise günlük dozun 0,5 mg düşürülmesi önerilir. Yaşlılarda veya farklı ek hastalıkları olan olgularda doz değişikliğine gerek yoktur. Vareniklin kullanımında metabolik, hematolojik ve kardiyak değişiklik olmadığı için herhangi bir laboratuvar değerinin izlenmesine gerek yoktur. Vareniklin kullanmasına rağmen sigara bırakma girişiminde motivasyonunu kaybeden ve sigaraya tekrar başlayan olgularda bütün

destek yöntemlere rağmen nüks oluşmuşsa tedavi 12. haftayı tamamlamadan ilaç kesilebilir. Vareniklinin tedavinin 12. veya 24. haftasında kesilmesi sırasında ilacın dozu titrasyon ile düşmeye gerek yoktur, ilaç aniden kesilebilir (34).

Vareniklinin nikotik reseptör antagonistik etkilerinden dolayı NRT ile kombinasyonu önerilmez (26). Bilinen bir kontrendikasyonu ve ilaç etkileşimi saptanmamış olmakla birlikte klinik kullanımlarda nöropsikiyatrik semptomlar (davranış değişiklikleri, ajitasyon, depresif duygudurum, intihar düşüncesi, intihar eylemi gibi) meydana geldiğine dair bildirimler olmuştur. O nedenle tedavi planlanırken olgular, anamnezinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmaması yönünden sorgulanmalı, tedavi sırasında da nöropsikiyatrik semptomlar açısından gözlemlenmelidir. Anamnezinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda hastalık kontrol altında bile olsa Vareniklin kullanımından kaçınılması uygun olacaktır (32). Nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, ajitasyon, depresif durum, intihar eğilimi ve varolan psikiyatrik durumun kötüleşebileceği bilgileri eklenmiştir. Bu tür semptomlar sigara içenlerde yaşanabildiği gibi nikotin yoksunluk semptomları çeken diğer olgularda da görülebilmektedir. Sigara bırakma davranışının kendisinde bütün bu nöropsikiyatrik durumları ve intihar eğilimini arttırabileceğinden, bu tabloların ilaçtan mı ortaya çıktığı tartışılmaktadır. İlaç kullanmınsın kullanmasın bütün sigara bırakma girişiminde bulunan olgular hekimi ve yakınları tarafından bu tür semptomların ve duygulanım farklılıklarının oluşumu açısından yakından gözlenmelidir. Dikkat de azalma ve görüntü bozukluğu yapabildiğinin bildirilmesini takiben özellikle uzun süre araç kullananlarda, ağır vasıta şoförlerinde emniyetle kullanılamayabileceği gündeme gelmiş takiben pilotlarda ve hava trafik kontrolörlerinde kullanılmaması önerilmiştir Vareniklinin gebelerde ve süt veren annelerde kullanımı uygun değildir. Ayrıca 18 yaş altı olanlar ve son dönem böbrek yetmezliği olanlarda kullanılmamalıdır (34).

2.8 Sigara bırakma sürecinde izlem

Gençleri de içine alan bir sigara bırakma programı toplumda tütünün kontrolünde hızlı ve büyük yarar sağlayan bir yöntemdir. 50 yaşından önce bırakanlar, sonraki 15 yılda sigaraya bağlı hastalıklardan ölme risklerini %50 azaltmış olurlar. Sigara bırakma polikliniği olmaksızın bırakma olasılığı %3-5 iken poliklinik yardımı ile bu oran %40'lara kadar yükselmektedir. Sigara içen hastaya doktor tarafından uyarılar

yapılması ve konu ile ilgili bir broşür verilmesi durumunda sigarayı bırakanların oranı %10 düzeyine kadar yükselebilmektedir. Her yıl değişik nedenler ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında muayene olan 100 milyon dolayındaki kişinin 10 milyonu sigara içen kişiler olsa ve doktorun müdahalesi sonucu bu kişilerin %1'lik bölümü sigarayı bırakmış olsa, her yıl 100.000 dolayında kişinin sigarayı terk etmiş olacağı hesaplanabilir. Görüldüğü gibi, hizmetin birinci basamağa entegre edilmesi önemli başarıların kazanılmasını sağlayacaktır (14).

İzlem, sadece sigarayı bırakmaya istekli olanlar için yapılmaz. Bırakmaya istekli olmayanlar ve yeni bırakan hastalarda yakından izlenmelidir (34). Sigara bırakma polikliniklerinde yapılan ilk görüşmede hekim hastanın genel sağlık durumunu değerlendirdikten sonra hastalık riskleri ve bırakmanın yöntemleri konusunda bilgi verir ve gerektiğinde uygulamayı düşündüğü farmakolojik tedavi konusunda hastayı aydınlatır. Bu polikliniklerde sigara konusunda yetişmiş hekim dışı sağlık personeli ise psikososyal yardım ya da davranış eğitimi açısından hastaya yardımcı olur. Sigara ile ilgili bilgilerin ve uygulanan tedavi programının yazılı dökümanente edilmesi önemlidir, bu polikliniklerde hastalara broşür, kitapçık gibi yazılı materyal sağlanabilir. Sigara bırakma programının her biri en az 10 dakika süren, dört ya da daha fazla görüşmeyi içermesi önerilmektedir. Hastalar bırakma gününden sonraki ilk 15 gün içinde en az bir kez görülmeli, izleyen üç ay, ayda bir kez ve daha sonra 3 ayda bir görüşmelerle bir yıllık izlem tamamlanmalıdır. Görüşmeler, hem bireysel, hem de grup görüşmeleri biçiminde yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri etkili bir uygulamadır. Telefon görüşmeleri, olgular kontrole gelmediği zaman ve poliklinik kontrol tarihleri arasında, izleyen hekimin belirlediği tarihlerde ve sıklıkta yapılabilir. Destek ve davranış tedavileri; pratik öneriler (sorun çözme, beceri geliştirme) ile tedavi sırası ve sonrasındaki sosyal desteği içermelidir (5). Sigarayı bırakacak olan hastanın öncelikle sigarayı bırakmaya hazırlanması gerekmektedir.

İzlem döneminde hekim sigarayı bırakan hastasını belirli aralıklarla görmek üzere kontrole çağırır. İlk iki hafta içinde ön görüşme, bırakmayı izleyen ilk ay haftalık, bunu izleyen 3., 6., 12. aylarda ise yeniden görüşmeler önerilmektedir. İlk yıl içinde hastanın izlenmesi mektup göndermek ya da telefon görüşmeleri ile de sıklaştırılabilir. Bu dönemde hastanın sigarayı bırakmış kalma durumu, motivasyonun sürekliliği,

yeniden başlama (relaps) eğilimi değerlendirilir. Genellikle relapslar, sigara içmenin bırakıldığı ilk haftalar içinde olmaktadır. Sigarayı bırakan kişi ilk iki kontrolüne kadar sigara içmemişse bırakmış kalma olasılığı yüksektir. Ancak relapslar başarısızlık olarak değerlendirilmemeli ve yeniden bırakma yönünde kişi motive edilmelidir (25).

Sigara bırakma kliniği çalışanları aşağıdaki gibi bir süreci izleyebilir:

1. Hazırlık için bırakma öncesi görüşme hazırlık ve sigara bırakma tarihinin belirlenmesini içerir.
2. Bırakma günü belirlenir; bırakma gününde genelde hastaya randevu verilmez.
3. Bırakma sonrası ilk hafta relaps riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Görüşme planlanır.
4. Bırakma sonrası ilk ay haftalık, on beş günlük periyotlarla veya ay sonunda bir kez görüşme planlanır.

Sigara bırakanlar en sık ilk 3 hafta içinde sigaraya yeniden başlıyor. Bu nedenle bu süreçte hastayı görmek, kararlılığı desteklemek, yoksunluk belirti bulgularını değerlendirmek ve gerekli müdahalelerde bulunmak yaşamsal önemdedir. Eğer olanağınız varsa sizin veya birlikte çalıştığınız bir görevlinin hastayı telefonla araması yararlı olabilir; size zaman kazandırabilir. Yani, bu takip çizelgesi bırakma sonrası relaps riskinin en yüksek olduğu erken dönemde hastayı takip etmeye odaklanır. Hastanız ve sizin ihtiyaçlarınız, olanak ve tedavi seçiminize göre bu takvimi esnetebilirsiniz. Relaps riski bırakma sonrası ilk ay ve özellikle ilk haftada çok yüksektir. Takipler yüz-yüze, telefonla veya posta yoluyla (elektronik veya elden) yapılabilir. Kalıcı olarak sigarayı bırakma öncesinde genellikle 3–4 defa girişimde bulunmaktadır. Sigara bırakan hastaların bunlarla başa çıkma yöntemlerini belirlemek için 2–3 dakika fazladan zamana ihtiyaç olabilir. Sigara bırakma sorunu karmaşık olan hastalarda tütün konusunu görüşme süresi 1–3 dakikaya sığmayabilir. Bu grup hastalarla daha uzun süre görüşmek veya sevk etmek daha uygun bir yaklaşım olabilir (10).

Sigarayı bırakmış veya yeni bırakacak olanlarda nüks, sıklıkla ilk aylarda görülmekle birlikte ilk yıl içinde olabilir. Hastaların ilk 6 ay içerisindeki nüks oranları %90'ını bulmaktadır. Ancak, nüks oranlarının yıllar geçtikçe azalarak düştüğü de bilinmektedir (35). Bundan dolayı hastaların en az bir yıl izlenmesi bırakma başarısını

artıracaktır. Takipler nüksü değerlendirmek dışında bırakma girişiminin takdir edilmesi, nikotin çekilme semptomlarının sorgulanması, farmakoterapinin yan etki ve etkinliğinin sorgulanması, nikotin çekilme semptomlarının dışında yaşadığı sorunların sorgulanması, yapmış ise kaçakların derecelerinin sorgulanması amacıyla da yapılır. (36). Hastanın geçmiş bırakma deneyimleri değerlendirilmeli, bırakma sonrası depresyon, kilo artımı, alkol kullanımında artış gibi problemleri yaşayıp yaşamadığı öğrenilmelidir. Kısa süre önce bırakmış ise tedavisi gözden geçirilmeli ve varsa problemleri hakkında konuşulmalıdır (26). Yeni bırakacak olan hastalarda, plan hekimle birlikte yapıldığından kontroller mümkünse sigarayı bıraktığı gün veya hafta yüz yüze görüşme şeklinde başlatılmalıdır. Çalışmalarda ilk iki haftanın yoğun nikotin çekilme semptomlarının yaşandığı dönem olarak görülmesinden dolayı, bırakma sonrası 1. ayda iki hasta görüşmesi önerilmektedir. Eğer hasta gelemiyorsa telefon vizitleri yapılmalıdır

Hastaların yaptığı hatalardan birisi de verilen ilaçları uygun doz ve zamanda kullanmamasıdır. Özellikle takip görüşmelerinde farmakoterapinin doğru kullanıldığından emin olunmalıdır. Yan etkiler açısından hasta uyarılmalı ve takiplerde bu konuya dikkat edilmelidir. Görüşmelerimizin sıklığı, ilk aydan sonra 3 aya kadar aylık sonrasında 3 aylık takipler şeklinde en az bir yıl olmalıdır. Ancak her vaka kendine özel olduğundan takip vizitleri hasta ihtiyaçlarına göre planlanmalıdır (34).

2.9 Sigara Bırakma Tedavilerinde Başarısızlık (NÜKS) Nedenleri ve Yaklaşım

Nüks, sigarayı bırakmayı başarmış bir kişinin tekrar sigaraya başlaması ve yeni bir bırakma teşebbüsüne kadar sigara içmeyi sürdürmesidir. Nüksler genellikle ilk haftalarda görülmekle birlikte, güçlü sigara içme arzusu sigarayı bıraktıktan aylar veya yıllar sonra aniden umulmadık bir anda ortaya çıkabilmektedir (37). Sigara bıraktıktan sonra ilk yılda nüks oranı % 60-90, 2. ve 6. yıllar arasında oran % 2-4 arasında değişirken, 10 yıl sonra oran % 1'e düşmektedir. Erken nükslerde ilk hafta içinde en sık nedenler, yoksunluk belirtileri ve aşırı sigara içme isteğinin olduğu bildirilmiştir. Erken nükslerde kişinin özgüveni önemlidir, kendine güveni düşük olma durumunda nüks oranı artmakta, yüksek özgüven ise başarı oranını artırmaktadır (38).

Negatif duygu oluşturan uyarıları kontrol etme başarısı uzun dönemde nüksleri azaltmaktadır (39). Sigara bırakmayı başaran kişilerin çoğunun, 3 ile 10 arasında değişebilen bırakma çabasından sonra başarılı oldukları belirtilmektedir. Bu nedenle her nüks, hastanın bir sonraki bırakma teşebbüsü için daha deneyimli olmasını, aynı hataları yapmamasını sağlayabilir Her nüksten sonra içilen sigara miktarının azalması yeni bir sigara bırakma girişiminin göstergesi olabilmektedir (40).

Nüksü önlemek amacıyla yüksek riskli kişiler ve sigara içilmesini tetikleyen durumlar tespit edilmelidir. Gençler, eğitim düzeyi daha düşük olanlar, sağlık bilinci daha az olanlar, sigarayı daha fazla içenler, alkol kullanımı daha fazla olanlar, aile veya arkadaş çevresinde sigara içenlerin çok olması yüksek riskli gruplardır. Sigara içilmesini tetikleyen faktörler; çevrede sigara içen kişilerin bulunması (özellikle aile içi sigara kullanımı), alkol kullanımı, kendini depressif hissetmek, kendine fazla güvenmek ('istediğim zaman bırakabilirim'), sevdiği kişilerden ayrılmak (vefat vb.), sinirlilik, kendine acıma hissine kapılmak, tedaviye uyum sağlamamak, yorgunluk, aşırı iş yükü, stres ve kaygılar, ekonomik sıkıntılar, negatif düşünceler, kötümserlik durumu gibi durumlar riskli çevresel faktörlerdir.

Sigara bırakma sürecinde nüksten önce kayma (slip) veya hatalar (laps) olabilmektedir. Sigara bıraktıktan sonra tek bir sigara içimi veya birkaç puf çekilmesi **kayma**, birkaç gün birer tane sigara içimi ise **hata** olarak tanımlanmaktadır. Kayma veya hata, çoğu kez sigarayı bıraktıktan sonra ilk gün ve ilk haftalar içerisinde olur. Fakat bu tekrar sigara içmeye başladığı veya nüks anlamına gelmez fakat çoğunlukla nüks ile sonuçlanabilir. Bu nedenle risk almamak için kayma veya hataya müsaade edilmemesi önemlidir. Bırakma sürecinde riskli durumlarda oluşacak olan fiziksel yoksunluk bulguları erken hata olasılığını artırabilir (41).

Sigarayı bırakmış olgularda relapsın önlenmesi için hastaların belli aralıklarla izlenmesi, uygun davranış tedavisi, ilaç tedavileri ya da her ikisinin bileşiminden oluşan yaklaşımlar uygulanmalıdır (42). Nüks olgularda tedavi düzenlerken; hastanın daha önce tedavide kullanmadığı ilaçları tercih etmek veya ilaçları kombine ederek kullanmak veya tedavi süresini daha uzun tutmak gibi seçenekler uygulanabilir (43). Relapsı önlemek için iki ayrı davranışsal tedavi yöntemi vardır. Hafif yoğunluklu girişim olarak belirtilen ilk yöntem, kişiye bırakmanın yararlarına ve sürdürme

sürecinde ortaya çıkan sorunların çözümüne odaklanan bilişsel-davranışsal tedavidir. Yoğun girişim olarak adlandırılan diğer yöntemle kişiye yüz yüze ya da telefonla ulaşılarak sorun çözmeye yönelik girişimler daha özelleştirilmiş bir klinik ya da programla uygulanır. Zamanla motivasyonunu kaybeden hasta öncelikle rahatlatılmalı, kendisini ödüllendirmesi önerilmeli ve tek bir nefes sigara içmenin bırakmayı zorlaştırdığı vurgulanmalıdır (44).

2.10 Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler

Sigara içenlerin %70'inin sigarayı bırakmak istemesine ve yaklaşık %30-40'ının "kendi başına" bırakma denemesinde bulunmasına karşın, %5'den daha azı uzun süre içmemeyi başarabilmektedir (44).

Ülkemizde giderek yaygınlaşan sigara bırakma poliklinikleri, kılavuzların önerdiği davranışsal bilişsel yöntemlerle motivasyonel destek ve farmakolojik tedavinin birlikte uygulanabildiği birimlerdir ve içicilerin sigara bırakma başarısı üzerine önemli katkılar sağlamaktadır. Bırakma günü sonrası kısa aralıklarla yapılan kontrollerin, davranışsal bilişsel yöntemler ışığında verilen etkin motivasyonel desteğin ya da en uygun farmakolojik ajanın seçilmesi gibi etkenlerin içicilerin bırakma başarısını etkilediği bilinmektedir. Her sigara kullanıcısı farklı sigara kullanım alışkanlıklarında olup her kullanıcıya kullanım özelliklerine göre farklı yaklaşılmalıdır. Sosyodemografik özellikler, psikososyal faktörler, sigara anamnezi ve bağımlılık derecesinin bırakma başarısı üzerine etkili olduğu düşünülürken ülkelerarası sosyokültürel farklılıkların, sigara içme davranışı üzerine olduğu gibi sigarayı bırakma başarısı üzerine de etkisi olduğunu göz ardı edilmemelidir (34).

Sigarayı bırakmayı çok istemek, yapabileceğine ve kendi gücüne inanmak, sigara içen biri olmaktan memnun olmamak, sigarayı stresle baş etme yöntemi olarak ya da sosyalleşme aracı olarak görmemek gibi faktörler, bırakma başarısı üzerine etkili bulunmuştur. Sigarayı bırakmak için kararlı olmalarının başarıyı olumlu etkilediğini göstermektedir (45). Ayrıca herhangi bir fiziksel egzersiz programına başlamak ve sürdürmek için yeterli iç disiplini olan bir kişinin, aynı disiplini sigara bırakma için de kullanabileceği öngörüldüğünden; içicileri bir egzersiz programına ya da günlük

aktiviteleri içerisinde rahatlamasını sağlayacak düzenli bir aktiviteye yönlendirmek başarıyı artırmaktadır (46).

Yapılan çalışmalarda, geçmişteki bırakma denemelerinin sayısı ve süresi, bırakma başarısı üzerine etkili bulunmuştur. Sigara kullanıcısının çok yakın zamanda bırakma denemesi varsa relapsa daha yatkın olduğunu; yine birkaç ay içindeki bırakma denemesinin yeni bırakma denemesinin başarısını olumsuz etkileyebileceği de bildirilmektedir (47).

Sosyodemografik özellikler değerlendirildiğinde erkek cinsiyet, ileri yaş, eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin iyi olması, bir iş sahibi olmak, yalnız olmamak (evli olmak ya da bir eş ile yaşıyor olmak) gibi özelliklerin sigara bırakma başarısını olumlu etkilediği gösterilmiştir. Aksine etkisi olmadığını belirten de çalışmalar da mevcuttur (48). Eğitilmiş olmanın bırakma başarısını arttırdığı da birçok çalışmada gösterilmiştir (49).

Bağımlılık ölçütleri arasından özellikle sabah içilen ilk sigaranın zamanlamasının oldukça belirleyici olduğu bildirilmektedir. Yani ilk sigarasını daha geç içen içicilerin sigara bırakma başarısının, erken içenlere göre yüksek olduğu bilinmektedir (50). Sigara içmeye erken yaşta başlayan dolayısıyla daha uzun süredir ve daha çok sigara içenlerin bırakma başarısı da diğerlerine göre azdır. Sigara içme davranışı, yalnızca nikotinin bağımlılık yapıcı etkisinden ibaret değildir. Nitekim bağımlılığı ölçen Fagerström bağımlılık testinde olduğu gibi, bağımlılığı değerlendirmede işin kökeninde bağımlılığın fiziksel boyutunu değerlendirmek amaçlansa da, sigara içme ile ilişkili davranışsal bileşenler de değerlendirilmelidir. Sigara içme eylemi ile uyarılan başta dokunma duyusu olmak üzere birçok duyu ve bilinçaltı süreçlerle ilişkili olan el ağız alışkanlığı, tütün bağımlılığında oldukça önemli bir yere sahiptir.

Psikiyatrik bozukluklar, özellikle depresyon ve anksiyete, yüksek sigara içme sıklığı ile yüksek düzeyde bağımlılık ve artmış nikotin yoksunluk şikayetleri ile ilişkili bulunmuştur (51).

Sigaraya bağlı hastalıkların özellikle kanserin oluşması, içicilerin aniden sigarayı bırakmasına sebep olabilmektedir. Ancak sigaraya bağlı gelişen kronik hastalıklar da durum daha farklı bir seyir izleyebilmektedir. Yapılan çalışmalar, kronik kardiopulmoner hastalıkları olanlarda sigara bırakma başarısının daha düşük olduğunu göstermektedir (48). Bu durum da yüksek düzeyde bağımlıların bu tür hastalıklara yakalandığından başarı düşüklüğü bağımlılık düzeyine bağlanmaktadır (46).

Relaps için ana sebeplerden biri olan yoksunluk şikayetlerinin (sinirlilik, depresyon, uyku bozuklukları, ağız yaraları, kabızlık gibi) yoğunluğu ve süresi içiciden içiciye değişmektedir. Yoksunluk şikayetleri genellikle ilk birkaç gün çok yoğun seyredip, 2-4 haftada hafifler ancak bazı içicilerde bu süre çok daha uzun olabilir ki; bu içiciler relaps açısından çok daha yüksek riske sahiptirler. Yoksunluk şikayetleri ile baş etme becerisi yüksek olanların başarısı da yüksektir (52). Hata ya da laps durumunun yaşanması; relapsın habercisidir. Bırakma sürecinde yaşanan lapsların çoğu önemli hayat olaylarına eşlik eder ve bu olayların gelişimi, elbetteki sigara bırakma sürecinin hekim ya da içici tarafından kontrol edilemeyen bileşenleridir. Evde, iş yerinde sigara içenlerin olması, içen bir eşin olması gibi durumlar da bırakma sürecindeki içicinin başarısını etkileyebilir. Bu gerçeği bilmek, hem içmeyenleri maruziyetten koruyan hem de bırakma sürecinde olan eski içicilerin daha başarılı olmalarına katkıda bulunan dumansız alanların korunması gereğini bir kez daha görmemizi sağlamaktadır (53).

Bir diğer önemli nokta sigara bırakma sürecinde yaşanan kilo alımı durumudur. Kilo alımının sigara bırakma sürecini sürdürmeyi olumsuz etkilediğini gösteren çalışmaların yanı sıra; bırakma sürecinde kilo alımı endişesinin bırakma girişimi için olumsuz etkili olduğunu ama relaps için bir tetikleyici olmadığını söyleyen çalışmalar da mevcuttur (47). Büyük ölçüde kilo artışı endişesi olan sigara kullanıcıları için bupropion ya da NRT sigarayı bıraktıktan sonra kilo alımını geciktirici etkileri olduğundan tavsiye etmek uygun olabilir (kanıt düzeyi B). NRT'nin sigara bırakma sonrasında kilo alımını geciktirmede etkili olduğu görülmektedir. Ayrıca kilo alımı yavaşlatılması ve NRT arasında bir doz- yanıt ilişkisi bulunmaktadır. Kilo alım miktarını azaltmak adına yapılan danışmanlık hizmetlerinin etkinliği kanıtlanamamıştır. Bırakma sonrasında kilo alımındaki artışa hem yüksek kalorili diyetle beslenme, iştah artışı hem de metabolizmadaki yavaşlamanın neden olduğu düşünülmektedir. Kilo

almaktan endişe eden sigara kullanıcıları bunu önleyebilecek hiçbir durumun olmadığını düşünmektedir. Hastaya yaklaşımda ne kilo alımı riski inkar edilmeli ne de kilo alımının önemi basite alınmamalıdır. Aksine kilo alımı hakkında hastayı uyarmalı ve bilgilendirmelidir. Hastanın kalori alımı düzenlenmeli fakat az miktarda beslense de kilo alabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Hastaya ayrıca sigara bırakma sonrasında yaşayacağı pozitif durumlar belirtilmelidir. Aynı zamanda sigara bıraktıktan sonra gelişen kilo alımı da bir miktar sağlıklılık durumunu etkilediğinden endişe yaratmaktadır. Hastaya bu durumun sigara kullanmaktan daha az riskleri olduğu anlatılmalıdır. Hasta bol sebze meyve tüketimi, alkolden kaçınma ve egzersiz gibi sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemesi için teşvik edilmelidir. Sigara bırakma sürecinde egzersiz yapılması ve planlanması önemlidir. Hasta için sıkı egzersiz programlarına uyum zor olsa da hastalara sağlıklı bir yaşam tarzının bir parçası olarak hafif egzersizler kesinlikle önerilmelidir. Yapılan çalışmalarda uzun dönem sigara bırakanlarda bilişsel-davranışçı sigara bırakma tedavi planıyla birlikte haftada 3 gün 45 dakikalık egzersiz programlarıyla kilo alımı azaltılmış ve geciktirilmiş olduğu görülmüştür (26).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri

Bu çalışma; Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan Etik Kurul raporu onayı alındıktan sonra, OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak yürütülmüş olup, OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne sigara bırakma amacıyla başvuran 18 yaş üzeri hastalarla uygulanmıştır.

3.2 Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte, retrospektif, yapılandırılmış analitik vaka kontrol çalışmasıdır.

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne 01.06.2011-31.05.2012 tarihleri arasında sigara bırakma amacıyla başvuran 18 yaş üzeri kişiler oluşturmaktadır.

3.4 Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne 01.06.2011-31.05.2012 tarihleri arasında 1346 başvuru olmuştur. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için güç analizi yöntemi uygulanmıştır. %20 sıklık, %5 hata payı ve %95 güven aralığında sonuç alabilmek için gereken vaka sayısı minimum 208 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızdaki vakalara başvuru süresinden bir yıl ve üzeri süre sonra ulaşılabileceğinden vakaların bir kısmına ulaşılamama ihtimali düşünülerek gerekli vaka sayısının 2 katı üzerinde olgu dosyası taranmıştır. Dosya verileri eksiksiz olan 500 hasta dosyası taranmış; telefon yolu ile 335 vakaya ulaşılmıştır. Telefon yolu ile ulaşılabilen 335 kişi isimleri kullanılmadan verilerinin kullanılacağına dair bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada vaka grubu olarak sigarayı bırakan hastalar alınırken; kontrol grubu olarak ise sigarayı bırakmayan hastalar alınmıştır. Çalışmada vaka/kontrol olarak planlanmıştır. Vaka grubu olarak sigarayı bırakanlar, kontrol grubu olarak da sigarayı bırakmayanlar ve bir dönem bırakıp tekrar

başlayanlar olarak alınması planlanmıştır. Çalışmada vaka/kontrol grubu oranının 1/3 oranında olması planlandı. Buna göre sigarayı bırakan birey sayısı (hasta grubu) 48, sigarayı bırakmayan ve bir süre bırakıp tekrar başlayan hasta sayısı (kontrol grubu) 127/160 kişi olarak tespit edilmiş olup toplam taranan vaka sayısı 500 olup telefon yolu ile ulaşılan 335 kişi isimleri kullanılmadan verilerinin kullanılacağına dair bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmamızdaki vakalara başvuru süresinden ortalama bir yıl ve üzeri süre sonra telefon ile ulaşıldığından vakaların bir kısmına ulaşılamayacağı düşünüldüğünden gerekli vaka sayısının iki katı üzerinde olgu çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5 Örneklem Seçimi

OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üstü olan, sigarayı en az bir yıl süre ile kullanan gönüllü kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir. Hasta dosyaları basit randomizasyon yöntemiyle 1346 hasta dosyası arasından belirlenmiştir. Randomizasyon yöntemine göre 01.06.2011-31.05.2012 tarihleri arasında başvuran 1346 hasta dosyası ilk vaka ismi "A" harfi ile başlayacak şekilde her 3 dosyadan biri seçilerek toplandı. Eksik verileri olan dosyalar çalışmadan çıkarılarak 500 vaka çalışmaya dâhil edilmiştir. Kişilere çalışmamızın amacı anlatılıp çalışmamıza gönüllü olarak katılmaları için kişilerin aydınlatılmış onamları alınmıştır.

3.6 Araştırmanın Uygulama Şekli (Araştırmanın Metodolojisi)

OMÜTF Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne gönüllü olarak gelen kişiler öncelikle bir öğretim görevlisi tarafından verilen ortalama grup çalışmasına katılmışlardır. Çalışma 15 kişilik gruplarla yapılmakta olup toplam 45 dakika süren iki bölümden oluşmaktaydı. İlk bölümde kişilerin sigara bırakma nedenleri, beklentileri ve sigara bırakma tedavi programı hakkında görüşleri alınmakta olup, ikinci kısımda kişilere sigaranın zararları ve sigara bırakma tedavi programı hakkında bilgi verilmiştir.

Verilen eğitim sonrasında randevu ile hastalarla birebir görüşme yapılmıştır. İlk görüşmede hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve ulaşım bilgileri gibi demografik verileri alınmıştır. Sigara kullanım alışkanlıkları (sigara kullanım süresi, günlük alınan sigara miktarı, yaşam boyu kullanılan sigara miktarı, geçmiş sigara

bırakma deneyimleri vb.), geçmiş ve şimdiki tıbbi öyküleri ve aile öyküleri sorgulanmıştır. Hastaların nikotin bağımlılıkları FNBT (Ek-1) ile değerlendirilmiştir. İlk görüşmede detaylı fizik muayene yapılmış; vital bulgular, antropometrik ölçümler ve tüm sistem değerlendirmeleri yapılmıştır. Kişilerin boyları düz bir duvara ayakları sert zeminde, baş arkası, sırtı, kalçası, ayak topukları duvara değecek biçimde yaslanarak, ayakkabısız olarak ölçülmüştür. Cetvel başın tam tepesi ile temas edilecek şekilde başın tepesine konularak ölçüm yapılmıştır. Boy santimetre (cm) cinsinden ölçülmüştür. Kişilerin kilolarının ölçümünde sigara polikliniğimizde mevcut olan baskül kullanılmış olup; kişilerin vücut ağırlıkları üzerlerindeki fazlalık (ayakkabı, kazak, ceket, mont, çanta vb.) giysiler çıkartılarak kilogram (kg) cinsinden ölçülmüştür. BKİ'leri ağırlık (kg) /boy² (m²) formülüyle hesaplanmıştır. Fizik muayene sonrasında hastanın tam kan sayımı, biyokimya(AST, ALT, BUN, kreatin, total kolesterol, HDL, LDL, trigliserid vb.) değerlerine bakılmıştır. Sigara bırakma polikliniğine başvuran her hasta sigara bırakma süreci hakkında detaylı bilgilendirilmiş ve yaşam tarzı değişimleri ve nüks önleyici yöntemler gibi önerilerde bulunulmuştur. Görüşme sonunda değerlendirilen hastalara uygun tedavi başlanıp bırakma günü planlanmaktadır. Hasta bir sonraki görüşmeye planlanan bırakma gününden bir hafta sonra çağırılır. İkinci kontrolde hastanın sigara kullanım durumu, yaşam tarzı uyumu, karşılaşılan zorluklar görüşülür; önerilerde bulunulur. Sigara bıraktıktan sonra ilk 1 ayda 2 kez görüşme planlanır. Takipler sonucunda sigara bırakma sürelerine göre 1 aydan kısa süre sigara bırakanlar kısa, 1-3 ay bırakanlar orta, 3-6 ay bırakanlar uzun ve >6ay bırakanlar ise çok uzun dönem sigarayı bırakmış kabul edilirler.

3.7 Verilerin Toplanması

Çalışmamıza dâhil edilen hastaların verileri iki şekilde toplanmıştır. Veriler dosya taraması ve telefon görüşmeleri şeklinde elde edilmiştir. Hasta bilgilerini standardize etmek amacıyla verileri içeren form oluşturulmuştur (Ek-2).

3.7.1 Dosya Taraması

Hasta dosyalarından öncelikle yaş, cinsiyet, meslek, medeni durumu ve telefon numaraları gibi demografik verileri alındı. Ayrıca sigara kullanım süresi, sigara kullanım miktarı (paket/yıl), günlük kullanılan sigara miktarı, bağımlılık düzeyi, geçmiş

sigara bırakma deneyimleri, çevresinde sigara kullanım durumları gibi sigara kullanım davranış ve tutumları kaydedildi. Hastaların nikotin bağımlılığı FNBT ile değerlendirilmiştir. FNBT 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir; klinik rutinde ise daha çok bağımlılık değerlendirmesi için kullanılmaktadır (10). FNBT’de sigara tüketim miktarları ve ilk sigara içme zamanıyla ilgili sorulara ağırlık verilmiştir. Fagerström testlerinde fiziksel tolerans ölçülmektedir. Sigara içme dürtüsü, yoksunluk belirtileri gibi bağımlılığın diğer ölçütleri değerlendirilememektedir (21). Hastaların geçmiş tıbbi öyküleri, ailede malignite ve diğer kronik hastalık varlığı ve ek bağımlılıkları değerlendirildi. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların ilk başvuruda boy, kilo, bel çevresi ve beden kitle indeksi gibi antropometrik ölçümleri ve rutin fizik muayeneleri yapılmıştır. Ayrıca ilk başvuran hastanın tam kan sayımı, rutin biyokimya (AST, ALT, BUN, kreatin, total kolesterol, HDL, LDL, trigliserid vb) değerleri alınmıştır. Dosyalarda mevcut izlem ve plan notlarından hastaların planlanan tedavileri değerlendirmeye alınmıştır.

3.7.2 Hasta Telefon Konsültasyonları

Dosyalarında verileri ve aydınlatılmış onamları eksiksiz olan hastalara telefon yolu ile ulaşılmıştır. Öncelikle hastaların şuanki sigara kullanım durumları sorulmuştur. Sigara bırakma polikliniğine başvurduktan sonra planlanan tedavi süresince sigara bırakma durumları sorgulandı; bırakanlar bırakma sürelerine göre değerlendirildi. Ayrıca hastalara planlanan tedaviyi uygulayıp uygulamadıkları soruldu. Sigara bırakma tedavisi süresince iştah düzeyi değişimleri, günlük kalori alımı ve egzersiz durumu gibi önerilen yaşam tarzı değişimlerine uyumları sorgulandı. İştah düzeyi (1:çok azaldı 2:azaldı 3:değişim yok 4:arttı 5:çok arttı) ve günlük alınan kalori miktarındaki değişim (1:çok azaldı 2:azaldı 3:değişim yok 4:arttı 5:çok arttı) 5’li Likert ölçeği ile değerlendirildi. Egzersiz yapma durumları Smith ve arkadaşlarının geliştirdiği “Two Question Physical Activity Assessment” anketine göre değerlendirildi. Anket egzersiz yapma durumunu değerlendirmek amacıyla 3 sorudan oluşmaktadır. Sorular haftalık ağır, hafif ve günlük aktivite sıklığını değerlendirmektedir (54). Hastaların sigara bırakma tedavisine başladıktan sonraki ilk üçüncü aydaki kilo değişimleri ve şimdiki kiloları sorgulandı. Görüşme sonlandırılırken hastaların tedavi hakkındaki düşünceleri

sorgulandı (1.Çok etkisiz 2.Etkisiz 3.Kararsızım 4.Etkili 5.Çok etkili) ve görüşme süreleri kaydedildi. Aranan 500 hastadan 335'ine (%67) ulaşılmıştır.

3.8 Veri Analizi

Veriler SPSS (statistical package for social sciences) sürüm 15.0 istatistik programına aktarılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik, non- parametrik (Ki-Kare, Independent Sample T-Test, ANOVA, Logistik Regresyon Analizi vb.) gibi çeşitli istatistikler yöntemler kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Çalışmaya dâhil edilen vakalara başvuru üzerinden minimum iki yıl sonra ulaşıldığından ulaşım bilgilerin eksikliği kısıtlayıcı olmuştur. Çalışmanın yapısı gereği veriler kişisel beyanlara dayalı olması ve geçen sürenin uzun olması gerçeklerden belli oranlarda sapma riskine neden olması kısıtlılıklardandır. Ayrıca çalışmanın tek merkezde yürütülmüş olması da sonuçlarının ulusal ve benzeri daha geniş topluluklara uygulanabilirliğini kısıtlayacaktır.

3.10 Etik İzin

Gerekli etik izin 27.06.2014 tarihinde OMÜTF Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı olarak alınmıştır. (Ek-3)

3.11 Araştırmanın Bütçesi

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmamıştır

4.BULGULAR

Araştırmamızda Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne başvuran 1346 kişinin dosyaları incelenmiş olup basit randomizasyon yöntemiyle seçilen ve verileri eksiksiz olan 500 vaka çalışmaya dâhil edilmiştir. Dosyaları incelenen ve verileri toplanan 500 vaka telefon ile aranmış olup 335 kişiye (%67) ulaşılmıştır. Bu ulaşılan katılımcılarla yapılandırılmış bir görüşme gerçekleştirilmeden önce sözlü onamları alınmıştır. Tüm katılımcılar araştırmaya dâhil olmak istediklerini beyan etmişlerdir. Her bir katılımcıyla ortalama $2,04 \pm 0,63$ dakika görüşülmüştür (min=1, max=4,5 dakika).

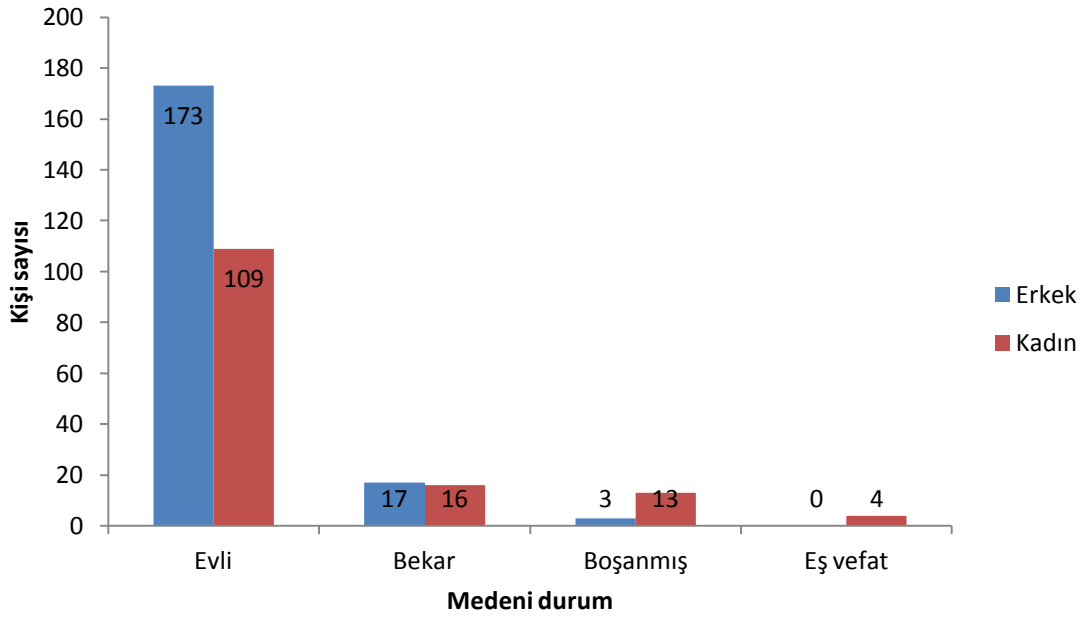
4.1 Çalışmaya Katılanların Demografik Özellikleri

4.1.1 Yaş

Çalışmamıza dâhil olan vakaların 193'ü (%57,6) erkek, 142'si (%42,4) kadın idi. Vakaların ortalama yaşı $40,10 \pm 9,81$ yıl iken kadınların ortalama yaşı $40,52 \pm 9,14$, erkeklerin ise $39,7 \pm 10,2$ yıl olarak bulundu. Her iki cinsiyetin yaşları birbirleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi ($t=0,677$, $p=0,499$).

4.1.2 Medeni Durum

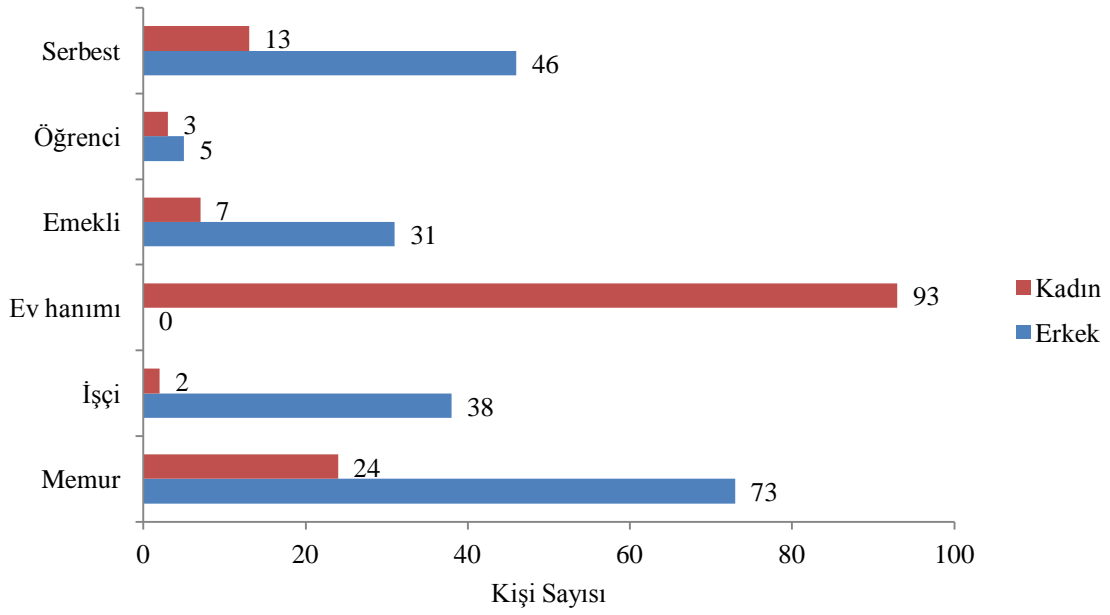
Katılımcıların 282'sinin (%84,2) evli, 33'ünün (%9,9) bekâr, 16'sının (%4,8) boşanmış ve 4'ünün (%1,2) eşinin vefat etmiş olduğu öğrenildi. Her iki cinsiyetin medeni durumları arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı ($\chi^2=17,445$, $p=0,001$). Cinsiyetler açısından katılımcıların medeni durumları Grafik 4.1.2.1'de gösterilmiştir.



Grafik 4.1.2.1 Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

4.1.3 Meslek

Katılımcıların büyük çoğunluğu memur olup cinsiyetlere göre meslekler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=180,692$, $p<0,001$). Kadınların büyük çoğunluğu ($n=93$, %65,5) ev hanımı olup, erkeklerin çoğunluğu ise ($n=73$, %37,6) devlet memuruydu. Katılımcıların cinsiyetlerine göre meslekleri aşağıda Grafik 4.1.3.1’de gösterilmiştir.



Grafik 4.1.3.1 Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımları

4.2 Çalışmaya Katılanların Klinik Özellikleri

4.2.1 Kronik Hastalık

Katılımcıların 144'ü (%43) kendilerinde hipertansiyon, diabetes mellitus, depresyon, koroner arter hastalığı (KAH) vb. gibi en az bir adet mevcut kronik hastalık bulunduğunu beyan etmişlerdir. Her iki cinsiyette de depresyon en sık görülen kronik hastalıktır (n=69, %33,8). Cinsiyetler ile kronik hastalık varlığı arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=20,260$, $p=0,042$).

4.2.2 İlaç Kullanma Durumları

Çalışmaya katılanların 76'sı (%22,7) herhangi bir nedenle en az bir adet antihipertansif, oral antidiyabetik, antidepresan vb. ilaç kullanmakta olup her iki cinsiyette de antidepresan en sık kullanılan ilaçtır (n=37, %39,36). Cinsiyetlerle kronik ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2=14,971$, $p=0,133$).

4.2.3 Aile Hikâyesi

Katılımcıların 59'unda (%17,6) ailelerinde etiyojisinde sigara olan en az bir hastalık olduğu görülmüştür. Etiyojisinde sigaranın önemli rol oynadığı en sık görülen

hastalıklardan malignite 35 (%10,1) kişinin ailesinde varken KAH 32 (%9,6) kişinin ailesinde mevcuttu. Ailesinde etyopatogenezinde sigara ile ilişkilendirilen herhangi bir malign hastalık ($\chi^2=12,323$, $p<0,001$) ve kardiovasküler hastalık (KAH) ($\chi^2=5,860$, $p=0,015$) varlığı ile cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

4.3 Çalışmaya Katılanların Antropometrik ve Laboratuvar Özellikleri

4.3.1 Antropometrik Özellikler

Çalışmaya katılan olguların antropometrik özellikleri değerlendirildiğinde katılımcıların başvuru kilosu, boy, bel çevresi, üçüncü aydaki ve şu anki kiloları ile cinsiyetleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Tüm katılımcıların cinsiyetlere göre antropometrik değerlerinin dağılımı Tablo 4.3.1.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.3.1.1 Tüm Katılımcıların Cinsiyetlere Göre Antropometrik Değerlerinin Dağılımı

	Kadın	Erkek	p değeri
Boy	157,79±6,31	171,12±6,44	t=18,877, p<0,001
Bel	82,26±11,3	92,58±10,7	t=8,502, p<0,001
Başvuru kilo	68,39±14,42	79,65±13,53	t=7,314, p<0,001
3. Ay kilo	70,41±14,77	81,85±14,12	t=7,185, p<0,001
Şu anki kilo	69,25±13,14	81,86±12,5	t=8,919, p<0,001
Başvuru BKİ	27,55±5,92	27,18±4,32	t=0,650, p=0,516
3. Ay BKİ	28,36±6,09	27,93±4,46	t=0,753, p=0,452
Şu anki BKİ	27,89±5,46	27,94±3,94	t=0,086, p=0,932

4.3.2 Laboratuvar Özellikleri

Katılımcıların sigara bırakma polikliniğine kabulleri esnasında çalışılmış olan temel tam kan sayımı ve kan biyokimya parametreleri aşağıda Tablo 4.3.2.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.3.2.1 Katılımcıların Tam Kan Sayımı ve Kan Biyokimya Değerleri

Parametre	En Az	En Çok	Ortalama
Hemoglobin	8	17,5	14,38±1,54
Hematokrit	26	52,2	43,41±4,16
MCV	61,9	111	88,23±6,62
Platelet	115000	714000	307384±75,116
Beyaz küre	4000	16380	8595±2110
AST	9,5	90	20,54±8,25
ALT	5,4	179	25,27±17,98
BUN	5	70	12±4,75
Kreatin	0,42	4	0,76±0,24
Trigliserid	61	363	203,3±101,62
HDL	31	68	45,57±12,8
LDL	71	238	136,57±37,9

Katılımcıların cinsiyetlere göre laboratuvar parametreleri değerlendirildiğinde beyaz küre, mcv ve lipit paneli arasında anlamlı bir ilişki görülmezken ($p>0,05$) diğer kan parametrelerindeki (hemoglobin, hematokrit, platelet, BUN, kreatin, AST, ALT) fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

4.4 Katılımcıların Sigara Kullanım Özelliklerinin Değerlendirilmesi

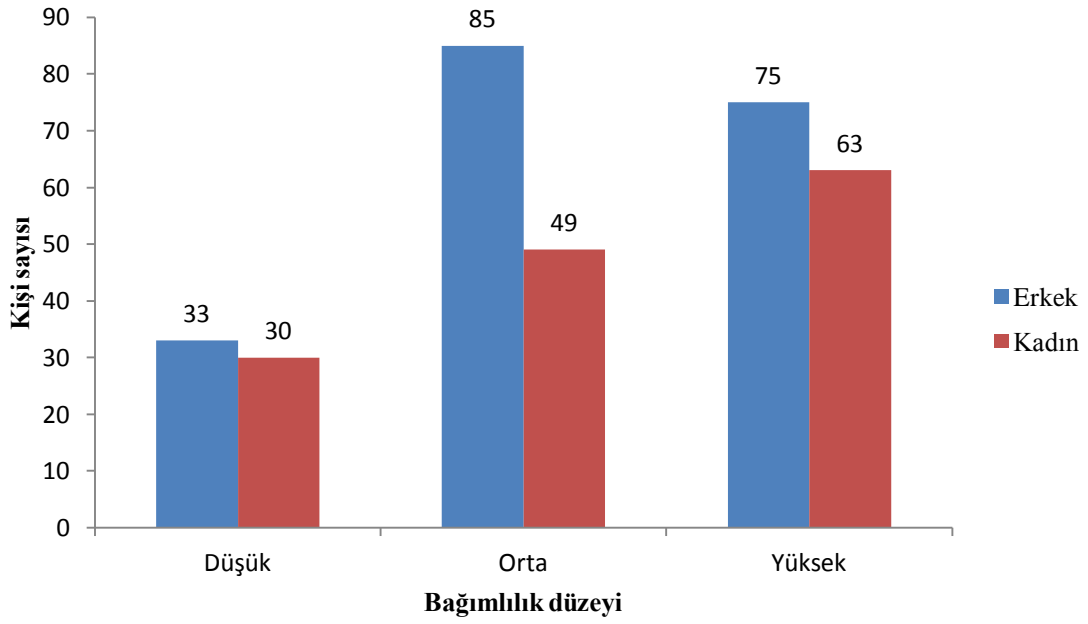
4.4.1 Cinsiyet

Katılımcıların sigara kullanım süreleri $19,9\pm 9,11$ ’dir. Kadınlar $18,76\pm 8,72$, erkekler ise $20,75\pm 9,32$ yıl sigara içmiş olup cinsiyetler ile sigara kullanım süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=1,984$, $p=0,048$). Sigara kullanım miktarları değerlendirildiğinde ise ortalama $22,08\pm 11,96$ paket/yıldır. Kadınlar $19,33\pm 11,38$,

erkekler ise $24,10 \pm 12$ paket/yıl sigara kullanmış olup her iki cinsiyetin sigara kullanma miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3,675$, $p<0,001$). Günlük içilen sigara miktarları ise $22,28 \pm 7,19$ dal olup kadınlar $20,31 \pm 6,44$, erkekler ise $23,73 \pm 7,38$ dal sigara içmektedir. Günlük sigara kullanım miktarları ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=4,410$, $p<0,001$).

Katılımcıların sigara kullanım süreleri $19,9 \pm 9,11$ yıldır. Sigara kullanım süreleri, günlük sigara kullanım miktarı ve hayatları boyunca sigara kullanım miktarları karşılaştırıldığında erkekler kadınlar arasında anlamlı farklılık bulunmuş; erkeklerin hem daha uzun süre sigara kullandığı hem de daha fazla miktarda sigara içtiği görülmüştür.

Çalışmaya katılan olguların FNBT'ye göre bağımlılık düzeyi $5,80 \pm 2,43$ 'tür. Kadınların bağımlılık düzeyi $5,77 \pm 2,55$, erkekleri ise $5,82 \pm 2,35$ olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,182$, $p=0,856$). Katılımcıların 138'si (%41,2) yüksek düzeyde bağımlılığa sahipken 134'ü (%40) orta düzeyde, 63'ü (%18,8) ise düşük düzeyde bağımlılığa sahiptir. Kadınların çoğunluğunun ($n=63$, %44,4) yüksek düzeyde nikotin bağımlısıyken sigara kullanıcı olan erkeklerin çoğunluğu ($n=85$, %44) ise orta düzeyde nikotin bağımlısıydı ($\chi^2=3,167$, $p=0,205$). Cinsiyetlere göre nikotin bağımlılık düzeyleri Grafik 4.4.1.1'de sunulmuştur.



Grafik 4.4.1.1 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Nikotin Bağımlılık Düzeyleri

4.4.2 Medeni Durum ve Meslek

Vakalarımızın %29'u (n=97) devlet memuru iken onları %27,8 (n=93) ile ev hanımları ve %11,9 (n=40) ile işçiler izliyordu. Mesleklerine göre bağımlılık durumu değerlendirildiğinde memurların çoğunluğu (n=43, %44,3) ve emeklilerin çoğunluğu (n=22, %57,9) orta düzeyde sigara bağımlısıyken diğer meslek gruplarının çoğunluğu ise yüksek oranda bağımlılığa sahipti. Meslekler ile bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=13,707$, $p=0,187$).

Medeni durumlar ile bağımlılık düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2=6,598$, $p=0,360$). Evli, boşanmış ve eşi vefat edenlerin çoğunluğunun bağımlılık düzeyi yüksek bulunmuşken; bekârların çoğunluğunun (n=17, %51,5) bağımlılıkları orta düzeyde bulunmuştur.

4.4.3 Daha Önceki Bırakma Girişimleri

Katılımcıların 194'ünün (%57,9) en az bir kez öncesinde sigara bırakma girişimi olmuşken 141 (%42,1) katılımcının daha önce hiç profesyonel destek ile ya da kendiliğinden sigara bırakma girişimi olmamıştır. Kadınların 75'inin (%52,8) erkeklerin

ise 66'sının (%34,2) öncesinde hiç bırakma girişimi olmazken aralarındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($x^2=20,010$, $p=0,01$).

4.4.4 Çevrede Sigara Kullanım Durumu

Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne başvuran olguların 150'sinin (%44,8) birlikte yaşadığı kişiler sigara kullanmaktaydı; 185'inin (%55,2) çevresinde ise sigara kullanılmamaktadır. Kadın katılımcıların birlikte yaşadığı kimselerde sigara kullanım oranı %65,5 (n=93) iken erkek katılımcıların ise %29,5 (n=57) olup aralarındaki fark anlamlıdır ($x^2=42,781$, $p<0,001$). Sigara kullanan erkelerin büyük çoğunluğunun (n=136, %70,5) evlerinde sigara kullanılmazken sigara kullanan kadın katılımcıların çoğunluğunda (n=93, %65,5) ise evlerinde sigara dumanına maruz kalmaktaydı. Cinsiyetlere göre sigara dumanına maruz kalma durumları değerlendirildiğinde kadınların büyük çoğunluğunun sigara dumanına maruz kaldığı görülmektedir (n=93, %65,5) ($x^2=42,781$, $p<0,001$). Ayrıca düzenli olarak sigara dumanına maruz kalan 150 kişinin 70'i (%46,7) öncesinde hiç sigara bırakma girişiminde bulunmamıştır ($x^2=8,817$, $p=0,358$). Sürekli sigara dumanına maruz kalanların nikotin bağımlılıkları daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=0,971$, $p=0,332$). Vakaların günlük sigara tüketimleri değerlendirildiğinde ise sigara dumanına maruz kalmayanların daha çok sigara tükettiği izlenmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($22,75\pm 7,38$) ($t=1,339$, $p=0,182$). Ayrıca düzenli sigara dumanına maruz kalmayanlar daha uzun süre ve daha fazla miktarda sigara kullanmışlardır ($t=2,340$, $p=0,02$).

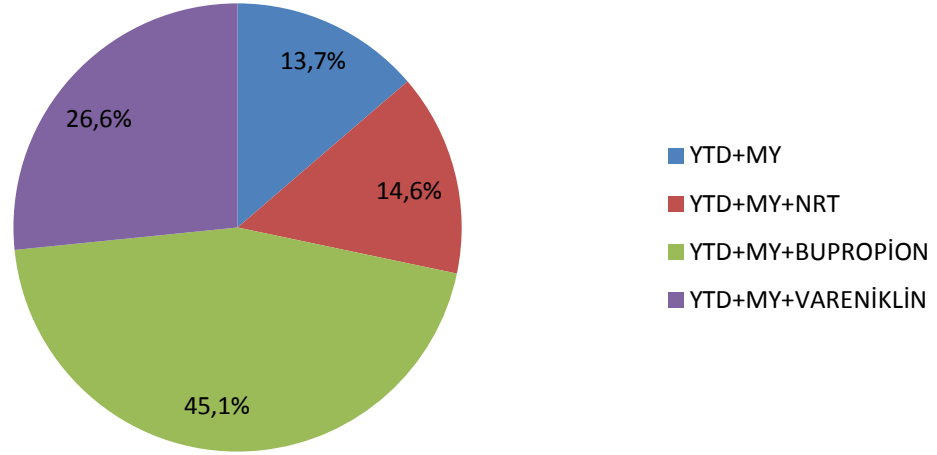
Mesleklerine göre sigara dumanına maruz kalma değerlendirildiğinde ise ev hanımlarının büyük çoğunluğu (n=63, %67,7) evlerinde sigara dumanına maruz kalırken diğer meslek gruplarının (memur, işçi, emekli, serbest çalışan) sigara dumanına maruz kalma oranı düşüktür. Meslekler ve sigara dumanına maruz kalma arasındaki bu ilişki anlamlı bulunmuştur ($x^2=30,684$, $p<0,001$).

4.5 Katılımcıların Sigara Bırakma Yöntemlerine Göre Değerlendirilmesi

Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran tüm hastalara yaşam tarzı değişimi (YTD) ve motivasyonel yaklaşım (MY) uygulanmaktadır. Katılımcıların çoğunluğuna (n= 151) yaşam tarzı değişimi ile birlikte Bupropion tedavisi uygulanmışken 89'una

Vareniklin, 49'una NRT ve 46 katılımcıya sadece YTD ve MY uygulanmıştır. Katılımcılara uygulanan sigara bırakma yöntemlerinin dağılımları Grafik 4.5.1'de sunulmuştur.

Yöntem



Grafik 4.5.1 Katılımcıların Sigara Bırakma Yöntemlerine Göre Dağılımı

Bağımlılık düzeylerinde göre ise düşük düzeyde bağımlılığı olan katılımcıların çoğunluğuna (n=21, %33,3) NRT uygulanmışken orta ve yüksek düzeyde bağımlı olanlara çoğunlukla Bupropion tedavisi uygulanmıştır. Aralarındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=34,236$, $p<0,001$). Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeylerine göre uygulanan tedavi yöntemleri Tablo 4.5.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4.5.1 Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeyine Göre Uygulanan Yöntem Dağılımı

	Sigara Bırakmada Kullanılan Yöntem				
FNBT	YTD+ MY	YTD+MY + NRT	YTD+MY+ Bupropion	YTD+MY+ Vareniklin	Toplam
Düşük FGS	12 (%19)	21 (%33,3)	14 (%22,2)	16 (%25,4)	63 (%100)
Orta FGS	17 (%12,7)	15 (%11,2)	74 (%55,2)	28 (%20,9)	134 (%100)
Yüksek FGS	17 (%12,3)	13 (%9,4)	63 (%45,7)	45 (%32,6)	138 (%100)
Toplam	46 (%13,7)	49 (%14,6)	151 (%45,1)	89 (%26,6)	335 (%100)

4.6 Sigara Bırakma Tedavisinin Sonuçları

Sigara bırakma tedavisi alan katılımcıların sigara bırakma sürelerine göre kısa (<1 ay), orta (1-3 ay), uzun (3-6 ay) ve çok uzun (>6 ay) olmak üzere değerlendirilmiştir. Ayrıca katılımcılar uzun dönemde bırakma durumlarına göre; bırakanlar, bir süre bırakıp relaps olanlar ve hiç bırakamayanlar olarak üç grup halinde değerlendirilmiştir

Buna göre; sigara bırakma tedavisi uygulanan 335 katılımcının 48'i (%14,3) sigarayı tamamen bırakırken 160'ı (%47,8) sigarayı bir dönem bırakıp sonra tekrar başlamış, 127'si (%37,9) ise sigarayı hiç bırakamamıştır. 287'si (%85,7) halen sigara kullanmaktadır.

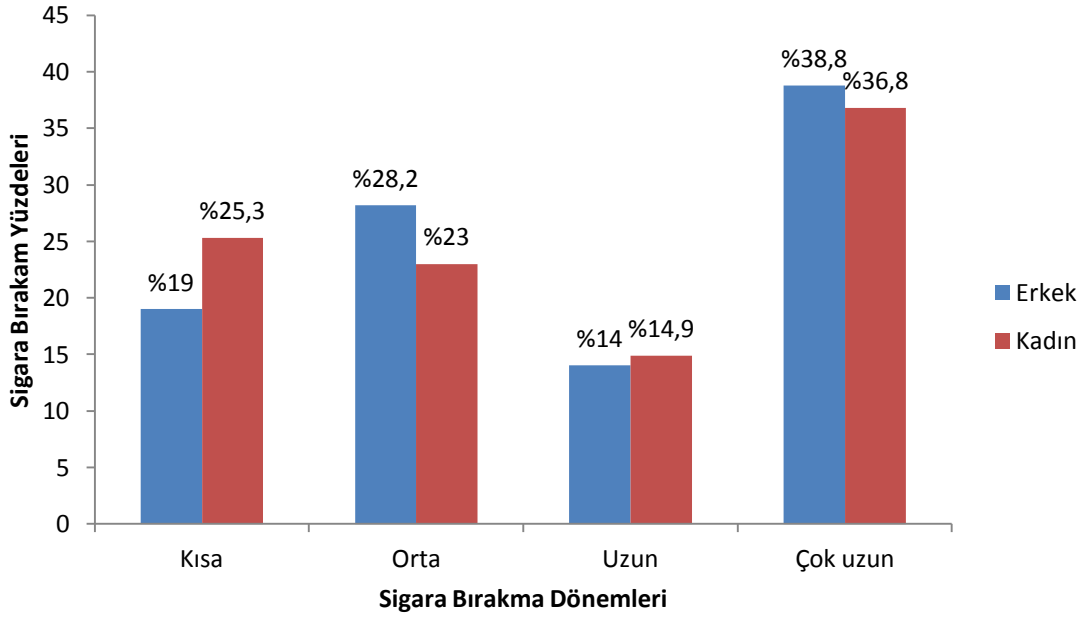
Sigara bıraktırma polikliniğine başvurduktan sonra çalışmamızın sonlandığı süre içinde sigarayı bırakanların %60,4'ü (n=29) erkek olup cinsiyetler ile sigara kullanım durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=0,199$, $p=0,905$). Sigara kullanım durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı tablo 4.6.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4.6.1 Sigara Kullanım Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

	Sonuç			
	Hiç Bırakmamış	Bırakmış	Bir Dönem Bırakmış	Toplam
Kadın	55 (%38,7)	19 (%13,4)	68 (%47,9)	142 (%100)
Erkek	72 (%37,3)	29 (%15)	92 (%47,7)	193 (%100)
Toplam	127 (%37,9)	48 (%14,3)	160 (%47,8)	335 (%100)

Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde 208 kişi (%62) geçici ya da kalıcı olmak üzere belirli bir süre sigarayı bırakmıştır. Bırakanlar değerlendirildiğinde ise 45 kişi (%21,6) kısa, 54 kişi (%25,9) orta, 30 kişi (%14,4) uzun, 79 kişi (%37,9) ise çok uzun dönemde sigarayı bırakmıştır. Sigarayı tamamen bırakanlar sigarayı ortalama $24,5 \pm 3,2$ ay süreyle bırakmış olup kadınlar ortalama $23,7 \pm 4,5$ ay sigarayı bırakırken erkek katılımcılar ise ortalama $25,06 \pm 1,8$ ay süreyle sigarayı bırakmışlardır ($t=1,366$, $p=0,178$). Sigarayı bir dönem bırakıp tekrar başlayan katılımcılar ise ortalama $4,21 \pm 4,14$ ay süreyle sigarayı bırakmış olup kadınlar ortalama $4,05 \pm 3,72$ ay sigarayı bırakırken erkekler ise $4,34 \pm 4,44$ ay bırakmıştır ($t=0,438$, $p=0,662$). Çalışmamıza dâhil olan erkekler kadın vakalara göre sigarayı daha uzun süre bırakmış olsalar da aradaki fark anlamlı değildir.

Her iki cinsiyet de çoğunlukla uzun dönem sigarayı bırakırken aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,516$, $p=0,679$). Sigara bırakma dönemlerinin cinsiyetlere göre dağılımı Grafik 4.6.1'de gösterilmiştir.



Grafik 4.6.1 Sigarayı Bırakanların ve Relaps Olanların Bırakma Dönemlerinin Cinsiyetlere Göre Yüzdelerinin Dağılımı

Sigarayı her dönemde bırakanlar çoğunlukla evlerinde sigara dumanına maruz kalmayanlardan oluşmakta olup (n=185, %55,2) sigara dumanına maruz kalma ile bırakma süresi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=0,366$, $p=0,985$).

Medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde evli katılımcılar çoğunlukla (n=73, %25,9) sigarayı çok uzun dönem bırakırken; bekârlar, boşanmış ve eşi vefat edenler ise çoğunlukla kısa dönem sigarayı bırakmıştır. Medeni durumlarına göre katılımcıların sigarayı bırakma zamanları arasında anlamlı fark vardı ($\chi^2=22,666$, $p=0,007$). Sigarayı herhangi bir süre bırakanların medeni durumlarına göre sigara bırakma dönemlerinin dağılımı Tablo 4.6.2’de belirtilmiştir.

Tablo 4.6.2 Sigarayı Tamamen ve Bir Süre Bırakan Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Sigara Bırakma Dönemlerinin Dağılımı

	Kısa <1ay	Orta 1-3ay	Uzun 3-6ay	Çok uzun >6ay	Toplam
Evli	30 (%16,9)	48 (%27,1)	26 (%14,7)	73 (%41,2)	177 (%100)
Bekar	10 (%47,6)	4 (%19)	1 (%4,8)	6 (%28,6)	21 (%100)
Boşanmış	4 (%44,4)	2 (%22,2)	3 (%33,3)	0 (%0)	9 (%100)
Eş vefat	1 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0(%0)	1 (%100)
Toplam	45 (%21,6)	54 (%26)	30 (%14,4)	79 (%38)	208 (%100)

Mesleklere göre değerlendirildiğinde serbest çalışanlar çoğunlukla (n=11, %18,6) kısa dönem sigarayı bırakırken diğer meslek grupları çoğunlukla çok uzun dönem sigarayı bırakmıştır ($\chi^2=15,783$, $p=0,730$).

Bağımlılık düzeylerine göre bırakma durumları değerlendirildiğinde bırakanların çoğunluğu (n=20, %41,7) orta düzeyde nikotin bağımlısı olup 10'u (%20,8) düşük düzeyde bağımlı, 18'i (%37,5) ise yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olduğu görülmüştür. Bağımlılık düzeyi ile bırakma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=0,862$, $p=0,930$). Sigarayı tamamen bırakanların cinsiyet açısından FNBT'ne göre bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık yoktu ($t=0,285$, $p=0,777$).

Bırakma durumlarına göre değerlendirildiğinde bırakanların FNBT ortalaması (ort=5,43 puan), relaps olanların 5,86 puan ve hiç bırakamayanların ise 5,85 puan olup FNBT ortalamaları açısından gruplar arasında bir fark izlenmemiştir ($F=0,628$, $p=0,534$).

Sigarayı bir ara bırakan vakaların FNBT skorlarına göre bırakma dönemleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F=2,123$, $p=0,100$).

Yöntemlere göre bırakma durumları değerlendirildiğinde bırakanların çoğunluğu (n=20,%41,7) Vareniklin tedavisi kullanırken bir dönem bırakıp tekrar başlayanların çoğunluğu (n=83,%51,9) ise Bupropion tedavisi alanlar olup kullanılan sigara bırakma

yöntemi ile bırakma sonuçları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=34,594$, $p<0,001$). Katılımcılara önerilen sigara bırakma yöntemleri incelendiğinde tüm Vareniklin kullanan katılımcıların 20'si (%22,5) sigarayı bırakırken, Bupropion kullananların 16'sı (%10,6), nikotin replasman tedavisi alanların 9'u (%18,4) ve sadece YTD-MY uygulanan hastaların 3'ü (%6,5) sigarayı tamamen bırakmıştır. Uygulanan sigara bırakma yöntemlerinin uzun dönemde sigara bırakma başarısı Tablo 4.6.3'te belirtilmiştir.

Tablo 4.6.3 Sigara Bırakma Yöntemlerinin Sigara Bıraktırma Başarısı

Sonuç	YTD+MY	YTD+MY+NRT	YTD+MY+Bupropion	YTD+MY+Vareniklin	Toplam
Bırakmış	3 (%6,25)	9 (%18,75)	16 (%33,3)	20 (%41,7)	48
Relaps	10 (%6,25)	21 (%13,1)	83 (%51,9)	46 (%28,75)	160
Hiç Bırakmamış	33 (%26)	19 (%15)	52 (%41)	23 (%18)	127

Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde 208 kişi (%62) geçici ya da kalıcı olmak üzere belirli bir süre sigarayı bırakmıştır. Bırakanlar değerlendirildiğinde ise 45 kişi (%21,6) kısa dönem (< 1ay) , 54 kişi (%25,9) orta dönem, 30 kişi (%14,4) uzun dönem, 79 kişi (%37,9) ise çok uzun dönem sigarayı bırakmıştır. Uygulanan sigara bırakma tedavilerine göre sigara bırakma süreleri değerlendirildiğinde sigarayı bırakanlar çoğunlukla (n=79, %37,9) sigarayı çok uzun dönem bırakmış olup Bupropion tedavisi uygulanan hastalar sigarayı çoğunlukla (n=32, %32,3) orta dönem bırakmıştır. Sigara bırakma süreleri ile uygulanan tedaviler arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=11,567$, $p=0,239$). Uygulanan sigara bırakma tedavisine göre sigara bırakma sürelerinin dağılımı Tablo 4.6.4'da belirtilmiştir.

Tablo 4.6.4 Sigara Bırakma Yöntemlerinin Sigara Bırakma Sürelerine Göre Dağılımı

Yöntem	Kısa dönem	Orta dönem	Uzun dönem	Çok uzun dönem	Toplam
YTD+ MY	2 (%15,4)	4 (%30,8)	2 (%15,4)	5 (%38,5)	13 (%100)
YTD+MY+NRT	5 (%16,7)	4 (%13,3)	3 (%10)	18 (%60)	30 (%100)
YTD+MY+ Bupropion	24 (%24,2)	32 (%32,3)	14 (%14,1)	29 (%29,3)	99 (%100)
YTD+MY+ Vareniklin	14 (%21,2)	14 (%21,2)	11 (%16,7)	27 (%40,9)	66 (%100)
Toplam	45 (%21,6)	54 (%26)	30 (%14,4)	79 (%38)	208(%100)

4.7 Sigara Bırakma Tedavisi Uygulanan Hastalarda Kilo Değişimleri ve Yaşam Tarzı Değişimleri

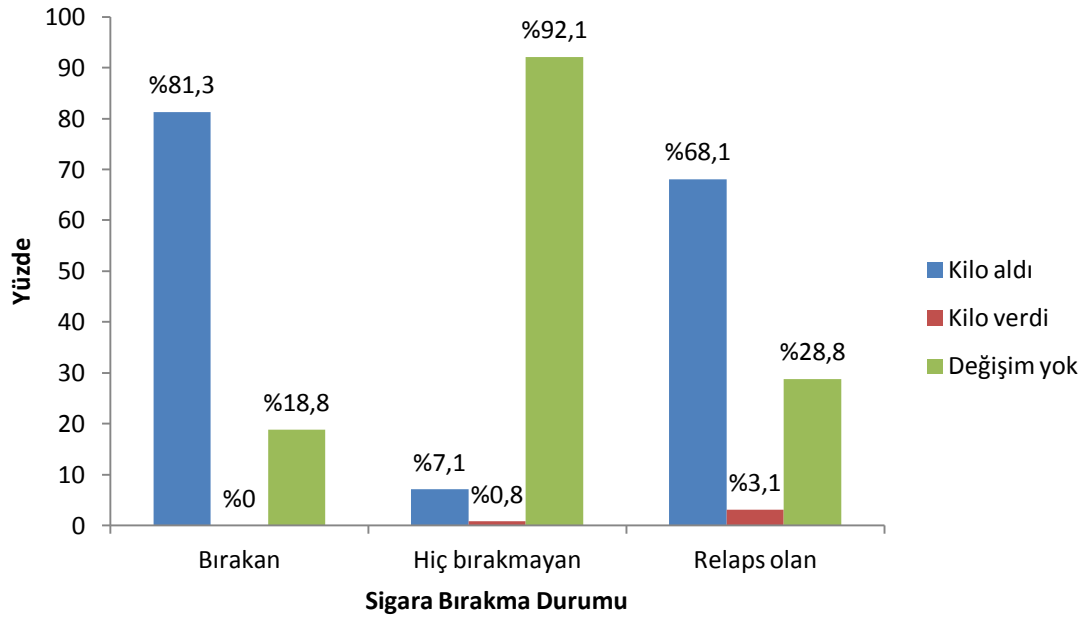
Sigara bırakmak üzere başvuran her hastaya yaşam tarzı değişikliği önerileri ve motivasyonel destek uygulanmaktadır. Başvuran hastalarla ilk görüşmede alınan detaylı anamnezde genel olarak hastanın diyet alışkanlıkları sorgulandıktan sonra düzenli egzersiz yapma durumu değerlendirilmektedir. Hasta ile görüşülüp fiziksel ve sosyal özellikleri de göz önünde bulundurularak hastaya diyet ve egzersizle ilgili önerilerde bulunmaktadır.

4.7.1 Katılımcıların Sigara Bırakma Durumlarına Göre Kilolarındaki Değişim

Sigara bırakma tedavisi uygulanan tüm hastaların neredeyse yarısında (n=157, %46,9) tedavileri süresince kilo alımı olurken çoğunluğunun (n=172, %51,3) tedavi öncesi ve sonrası dönemde kilolarında bir değişim olmamıştır. Kilo alımı ile cinsiyet incelendiği zaman kilo alanların çoğunluğunu (n=95, %60,5) erkek katılımcılar oluşturmaktadır.

Katılımcılardan vaka grubumuz olan sigarayı tamamen bırakanların 39'u (%81,3) kilo alırken, 9'unda (%18,8) kilo değişimi olmamıştır. Sigarayı bir dönem bırakıp tekrar başlayanların çoğunluğu (n=109,%68,1) kilo alırken; sigarayı bırakamayanların çoğunluğunda (n=117, %92,1) ise kilo değişimi olmamış olup aralarındaki fark anlamlıdır ($\chi^2=140,562$, $p<0,001$).

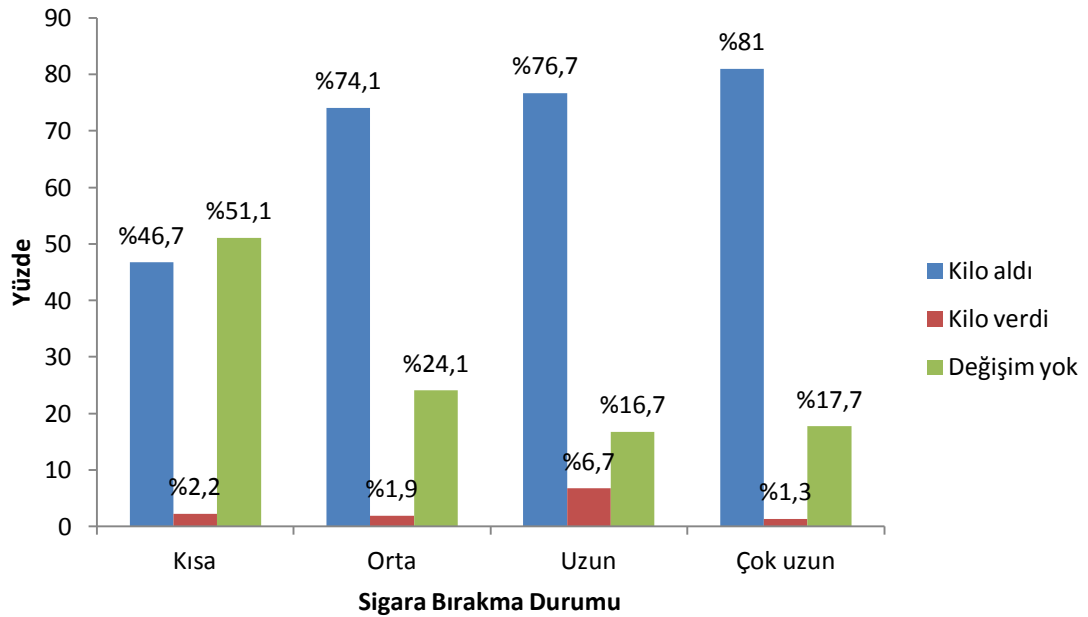
Kontrol grubumuz değerlendirildiğinde sigarayı bırakamayan 127 katılımcının 117'sinde (%92,1) kilo değişimi olmazken 9 kişi (%7,1) kilo almış, 1 (%0,8) kişi ise kilo vermiştir ($\chi^2=1,329$, $p=0,514$). Sigara bırakma durumlarına göre kilo değişimleri Grafik 4.7.1.1'de sunulmuştur.



Grafik 4.7.1.1 Sigara Bırakma Durumlarına Göre Kilo Değişimlerinin Dağılımları

4.7.2 Sigarayı Tamamen Bırakanlar ve Bir Süre Bırakanların Bırakma Sürelerine Göre Kilo Değişimleri

Sigarayı bırakma sürelerine göre katılımcıların kilo değişimleri değerlendirildiğinde sigarayı kısa dönem bırakanların kilolarında çoğunlukla (n=23, %51,1) kilo değişimi olmazken orta, uzun ve çok uzun dönem sigarayı bırakanlarda kilo artışı olmuştur. Sigarayı bırakanların dönemlerine göre kilo değişimleri değerlendirildiğinde kilo alanların çoğunluğu (n=64, %43,2) uzun dönem sigara bırakanlardan oluşmaktadır. Sigara bırakma süreleri ile kilo değişimleri arasındaki ilişki anlamlıdır ($\chi^2=21,660$, $p=0,001$). Sigarayı bir dönem bırakanlar ve tamamen bırakanların sigarayı bırakma sürelerine göre kilo değişimlerinin yüzdeleri Grafik 4.7.2.1’de sunulmuştur.



Grafik 4.7.2.1 Sigarayı Bir Dönem Bırakanlar ve Tamamen Bırakanların Sigarayı Bırakma Sürelerine Göre Kilo Değişimlerinin Yüzdeleri

4.7.3 Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Kilo Değişimi Üzerine Etkileri

Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde nikotin bağımlılık düzeyi ($F=2,825$, $p=0,061$), günlük sigara kullanım miktarı ($F=0,463$, $p=0,630$) ve yaşam boyu sigara

kullanım miktarı ($F=0,097$, $p=0,908$) ile kilo değişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Vaka grubumuz değerlendirildiğinde sigarayı bırakan katılımcıların bağımlılık düzeyi ile kilo değişimi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($\chi^2=0,082$, $p=0,960$). Sigarayı bırakanların vakaların paket/yıl ve FNBT skorları ile antropometrik ölçümleri karşılaştırıldığında paket/yıl ile başvuru anındaki andaki bel ölçüsü ($R=0,467$, $p<0,001$), çalışma düzenlendiği sırasındaki kilosu ($R=0,313$, $p=0,017$) ve yine son BKİ'si arasında ($R=0,347$, $p=0,016$) doğrusal bir korelasyon mevcuttur. FNBT ile vakaların başvuru esnasındaki kiloları ($R=-0,306$) ve üçüncü ayın sonundaki kiloları ($R=-0,301$, $p=0,038$) arasında ters bir korelasyon izlenmiştir.

4.7.4 Çalışmaya Dâhil Edilen Kişilerde Sigara Bırakma Durumlarının Çeşitli Antropometrik Veriler Üzerindeki Etkileri

Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde ilk kilolarına göre ilk üç ayda ortalama $2,12\pm 3,26$ kg kilo alırken uzun dönemde ise $1,63\pm 4,83$ kg kilo almışlardır. Kadınlar ilk üç ayda ortalama $2,01\pm 3,47$ kg kilo alırken erkekler ortalama $2,2\pm 3,1$ kg kilo almışlardır. Uzun dönemde kadınlar ortalama $2,12\pm 2,92$ kg kilo alırken erkekler ise ortalama $2,26\pm 3,02$ kg kilo almışlardır. Katılımcıların ilk üç ayda BKİ $0,58\pm 1,75$ kg/m² artış olurken uzun dönemde BKİ $0,77\pm 1,2$ kg/m² artış olmuştur. Kadınların ilk üç ayki BKİ artışı $0,81\pm 1,41$ kg/m² olurken erkeklerde bu oran $0,74\pm 1,03$ kg/m² olmuştur. Kadınların uzun dönemdeki BKİ ortalama $0,34\pm 1,91$ kg/m² olurken erkeklerin ise $0,75\pm 1,6$ kg/m² artış olmuştur.

Vaka grubumuz olan sigarayı tamamen bırakan katılımcılar üçüncü ayda ortalama $4,78\pm 3,41$ kg kilo alırken uzun dönemde ise $3,91\pm 4,77$ kg kilo almışlardır. Cinsiyetlere göre kilo değişimleri arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=5,509$, $p<0,001$). Bırakanların cinsiyetlere göre kilo değişimlerine bakıldığında erkekler kadınlardan daha fazla kilo almışlardır. Cinsiyetlere göre sigarayı bırakanların kilo farkları tablo 4.7.4.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4.7.4.1 Sigarayı Bırakanların Cinsiyetlere Göre Kısa ve Uzun Dönem Kilo ve BKİ Değişimleri

	İlk üç aydaki kilo artışı	Uzun dönem kilo artışı	İlk üç aydaki BKİ artışı	Uzun dönem BKİ artışı
Kadın	4,35±3,7kg	3,77±2,6kg	1,79±1,58	1,33±1,92
Erkek	5,06±3,23kg	5,03±3,2kg	1,74±1,1	1,52±1,7

Çalışmaya dâhil edilen vakaların sigara bırakma durumlarına göre çeşitli antropometrik ölçümlerinin cinsiyetlere göre ortalamaları Tablo 4.7.4.2’de sunulmuştur.

4.7.4.2 Çalışmaya Dâhil Edilen Kişilerde Farklı Cinsiyetlerde Sigara Bırakma Durumlarının Çeşitli Antropometrik Veriler Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırılması

	Bırakanlar			Relapslar			Hiç Bırakmayanlar		
	Kadın	Erkek	p değeri	Kadın	Erkek	p değeri	Kadın	Erkek	p değeri
Başvuru kilo	63,36±9,6	80,68±11,2	t=5,509, p<0,001	68,84±14,7	79,97±13,2	t=5,004 p<0,001	69,58±15,2	78,83±14,7	t=3,445, p=0,001
3. ay kilo	67,72±9,7	85,75±11,1	t=5,746, p<0,001	71,72±15,3	82,88±14	t=4,782 p<0,001	69,73±15,5	78,97±14,9	t=3,400, p=0,001
Şu anki kilo	66,63±8,1	85±9,6	t=6,843, p<0,001	69,31±13,1	82,2±12,2	t=6,380 p<0,001	70,09±14,5	80,15±13,6	t=3,995, p<0,001
Başvuru BKİ	25,67±4,5	27,82±3,8	t=1,776, p=0,082	27,44±5,6	27,17±4,1	t=0,352 p=0,726	28,33±6,5	26,95±4,7	t=1,380, p=0,170
3. ay BKİ	27,47±4,9	29,57±3,6	t=1,684, p=0,099	28,59±6	28,14±4,3	t=0,547 p=0,585	28,39±6,6	26,99±4,7	t=1,385, p=0,168
Şu anki BKİ	27,01±4,2	29,35±3,4	t=2,095, p=0,042	27,65±5,2	27,91±3,7	t=0,371 p=0,711	28,5±6,1	27,4±4,2	t=1,192, p=0,236
Kilo alım miktarı	3,77±2,6	5,03±3,2	t=1,422 p=0,162	3,2±3,2	3,01±3	t=0,389 p=0,698	0,218±0,896	0,208±0,918	t=0,061, p=0,952

Çalışmaya dâhil edilen vakaların antropometrik ölçümlerindeki değişiklikler cinsiyetlerine göre incelendiğinde sigarayı bırakmış, bir ara bırakmış veya hiç bırakmamış kadın vakaların sigara bırakma polikliniğine yaptıkları ilk başvuru sırasındaki kiloları arasında bir fark bulunamamıştır ($F= 1,3080$, $p=0,255$). Aynı şekilde kadın vakaların başvuru BKI ($F=1,446$, $p=0,239$), üç ay sonraki BKI ($F=0,248$, $p=0,781$) ve çalışma yapıldığı esnadaki BKI ($F=0,650$, $p=0,523$) ortalamaları arasında bir fark bulunmamıştır. Ancak ilk başvuru esnasında daha sonradan sigarayı bırakacak kadınlarla (ortalama 77,28 cm) hiç bırakmayanların ortalama bel ölçüleri arasında (84,77 cm) 7,4 cm kadar istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,415$, $p=0,036$). Ancak her üç grubun üç ay sonraki kiloları ($F=0,636$, $p=0,531$) ve çalışma esnasındaki kilolarının ortalama değerleri arasında bir fark yoktur ($F=0,486$, $p=0,616$). Bunun yanında sigarayı hiç bırakmamış kadınlar ile diğer gruplardaki kadınların bırakma sonrasında aldığı kiloların ortalaması arasında bir fark vardır. Buna göre sigarayı bir ara bırakmış olan kadınlar hiç bırakmayanlara göre ortalama 3 tamamıyla bırakmış olanlar hiç bırakmayanlara göre ise ortalama 3,5 kilo aldıklarını bildirmişlerdir. ($F=26,400$, $p<0,001$). Sigarayı bir ara bırakmış ve tamamıyla bırakmış olan kadın vakaların aldıkları kiloları arasında ise bir fark yoktur ($p=0,659$). Sigarayı bırakan gruptaki kadınların başvuru, üçüncü ay ve çalışma sırasındaki kilo ortalamaları arasında istatistiksel bir fark vardır ($F=9,066$, $p=0,008$). Bu fark sigara bırakılması öncesindeki ilk kilo ölçümünün ortalaması ile diğer iki ölçümün ortalamaları arasında gerçekleşmiştir. Ancak ikinci ve üçüncü ölçümlerin ortalamaları arasında bir fark bulunamamıştır. Sigarayı bırakan gruptaki kadınların başvuru, üçüncü ay ve çalışma sırasındaki BKI ortalamaları arasında istatistiksel bir fark vardır ($F=9,178$, $p=0,007$). Buna göre başvuru ile üçüncü ay ($F=27,855$, $p<0,001$) ve çalışma yapıldığı sıradaki BKI ($F=29,847$, $p<0,001$) ortalamaları arasında istatistiksel bir fark vardır. Bu ilişki üçüncü ay ile şimdiki BKI ortalamaları arasında izlenmemiştir ($p>0,05$).

Çalışmaya dâhil edilen erkek vakalar incelendiğinde sigarayı bırakmış, bir ara bırakmış veya hiç bırakmamış vakaların sigara bıraktırma polikliniğine yaptıkları ilk başvuru sırasındaki kiloları arasında bir fark bulunamamıştır ($F= 0,241$, $p=0,743$). Aynı şekilde gruplar arasında ilk başvuru esnasındaki bel ölçüleri ($F= 0,069$, $p=0,934$), tedaviden üç ay sonraki ortalama kiloları ($F=2,910$, $p=0,057$) ve çalışma esnasındaki kilolarının ortalama değerleri arasında bir fark yoktur ($F=1,650$, $p=0,195$). Benzer

şekilde erkek vakaların başvuru BKI ($F=0,422$, $p=0,656$) ve çalışma yapıldığı esnadaki BKI ($F=2,550$, $p=0,081$) ortalamaları arasında bir fark bulunmamıştır. Ancak başvurudan üç ay sonraki BKI değerleri incelendiğinde sigarayı bırakmış grubun BKI ortalamaları ile hiç bırakmamış grubun ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ($F=3,742$, $p=0,025$). Her üç grubun çalışma yapıldığı esnada ortalama aldıkları kilo miktarı birbirinden istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=46,565$, $p<0,001$). Uzun dönemde sigarayı bir ara bırakmış olan erkekler (ort=3,01 kg), hiç bırakmayanlara göre ortalama 2,8, tamamıyla bırakmış olanlar (ort=5,034 kg) ise hiç bırakmayanlara göre ortalama 4,8 kilo aldıklarını bildirmişlerdir. Buna göre bir ara bırakanlarla, bırakanlar arasında da 2,02 kg fark bulunmaktadır. Sigarayı bırakan gruptaki erkeklerin üçüncü ay ve çalışma sırasındaki kilo ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=20,826$, $p=0,001$). Bu fark sigara bırakılması öncesindeki ilk kilo ölçümü ile diğer iki ölçüm arasında gerçekleşmiştir. Ancak ikinci ve üçüncü ölçümlerde bir fark bulunmamıştır. Sigarayı bırakan gruptaki erkeklerin başvuru, üçüncü ay ve çalışma sırasındaki BKI ortalamaları arasında istatistiksel bir fark vardır ($F=33,753$, $p<0,001$). Buna göre başvuru ile üçüncü ay ($F=26,380$, $p<0,001$) ve çalışma yapıldığı sıradaki BKI ($F=28,186$, $p<0,001$) ortalamaları arasında istatistiksel bir fark vardır. Bu ilişki üçüncü ay ile şimdiki BKI ortalamaları arasında izlenmemiştir ($p>0,05$).

4.7.5 Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Kilo Değişimi ve Antropometrik Parametreler Üzerine Etkisi

Sigara bırakma tedavisi alanlarda Vareniklin tedavisi gören hastaların çoğunluğu ($n=48$, %53,9) kilo alırken diğer tedavi yöntemlerinde çoğunlukla kilo değişimi olmamıştır. Ancak kilo alanların da çoğunluğunu ($n=72$, %45,9) Bupropion kullananlar oluşturmaktadır. Yöntemlere göre kilo değişimi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=12,520$, $p=0,051$). Vaka grubumuzun da uygulanan tedavi yöntemleri ile kilo değişimleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($\chi^2=1,687$, $p=0,640$).

Tüm vakalar değerlendirildiğinde uygulanan sigara bırakma yöntemi ile alınan kilo arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($F=1,263$, $p=0,287$). Vaka grubu değerlendirildiğinde ise kilo alımı ve kilo değişimleriyle yöntem arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0,609$, $p=0,613$). Çalışmaya dâhil olan tüm vakalarda sigara bırakma

durumundan bağımsız olarak uygulanan sigara bırakma yöntemlerine göre kilo değişimleri Tablo 4.7.5.1 de belirtilmiştir.

Tablo 4.7.5.1 Uygulanan Sigara Bırakma Yöntemlerine Göre Kilo Değişimlerinin Dağılımı

Yöntem	Değişim yok	Kilo aldı	Kilo verdi	Toplam
YTD+ MY	32 (%69,6)	14 (%30,4)	0 (%0)	46 (%100)
YTD+MY+NRT	24 (%49)	23 (%46,9)	2 (%4,1)	49 (%100)
YTD+MY+ Bupropion	78 (%51,7)	72 (%47,7)	1 (%0,7)	151 (%100)
YTD+MY+ Vareniklin	38 (%42,7)	48 (%53,9)	3 (%3,4)	89 (%100)
Toplam	172 (%51,3)	157 (%46,9)	6 (%1,8)	335 (%100)

4.7.6 Sosyodemografik Özellikler ve Kilo Değişimleri

Medeni durumlarına göre tüm gruplarda çoğunlukla kilo değişimi olmazken aradaki fark anlamlı değildir ($x^2=4,546$, $p=0,603$).

Mesleklerine göre kilo değişimleri değerlendirildiğinde memurlar ve işçiler çoğunlukla kilo almış olup aralarındaki farklılık anlamlı değildir ($x^2=6,899$, $p=0,735$).

4.7.7 Yaşam Tarzı Değişimleri ile Kilo Değişimi İlişkisi

Yaşam tarzı değişimlerine uyumları sorgulandığında katılımcıların çoğunluğu 283'ü (%84,5) düzenli egzersiz yapmamıştır. Sigara bırakma tedavisi süresince çoğunlukla ($n=167$, %49,8) iştah düzeyi artmıştır. Bununla birlikte günlük alınan kalori miktarından çoğunlukla ($n=193$, %57,6) değişim olmamıştır.

İştah artışı olanlarda belirgin kilo artışı olurken aynı şekilde günlük alınan kalori miktarı artan hastalar da kilo almışlardır ($x^2=278,087$, $p<0,001$). Düzenli spor yaptığını belirten vakaların çoğunlukla ($n=35$, %67,3) ortalama kilolarında artış izlenirken düzenli spor yapmayanların çoğunluğunun ($n=159$, %56,2) kilolarında bir değişim olmamıştır ($x^2= 25,777$, $p<0,001$).

Çalışma grubumuz olan sigarayı tamamen bırakanların yaşam tarzı değişimleri değerlendirildiğinde 6 kişinin (%12,5) iştah düzeyinde değişim olmazken çoğunlukla iştah düzeylerinde artış olmuştur. Bununla birlikte sigarayı bırakan katılımcıların günlük kalori alımında çoğunlukla ($n=35$, %72,9) artış olmuştur. Yaşam tarzı değişimleri önerilerinde bulunulan katılımcıların 34'ü (%70,8) düzenli spor yapmazken 14 (%29,2) sigara bırakan katılımcı düzenli spor yaptıklarını belirtmişlerdir.

Kontrol grubumuz olan sigara bırakamayanların yaşam tarzı değişimleri değerlendirildiğinde çoğunluğunun ($n=111$, %87,4) iştah değişimi olmazken 14 (%11) kişinin iştahında artış olmuş. Sigarayı bırakamayanların çoğunluğunun ($n=118$, %92,9) günlük kalori alımında bir değişiklik olmazken 8 (%6,3) kişinin ise artış olmuştur. Yaşam tarzı değişimlerine uyumları sorgulandığında sigarayı bırakamayan katılımcıların 124'ü (%97,6) düzenli egzersiz yapmazken 3'ü (%2,4) düzenli egzersiz yapmıştır. Sigarayı bırakamayanlardan spor yapanların kilolarında bir değişim olmazken kilo değişimi olanların hiçbiri spor yapmamış olup aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($x^2=0,263$, $p=0,877$).

Katılımcıların sigara bırakma durumlarına ve cinsiyetlere göre iştah, günlük kalori alım miktarındaki değişim ve egzersiz yapma durumu Tablo 4.7.7.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.7.7.1 Katılımcıların Sigara Bırakma Durumlarına ve Cinsiyetlere Göre İştah, Günlük Kalori Alım Miktarındaki Değişim ve Egzersiz Yapma Durumu

	Bırakanlar			Relapslar			Hiç Bırakmayanlar		
	Kadın	Erkek	p değeri	Kadın	Erkek	p değeri	Kadın	Erkek	p değeri
Egzersiz yapma durumu	Evet: 6 (%31,6) Hayır:13 (%68,4)	Evet:8 (%27,6) Hayır:21 (%72,4)	$\chi^2=0,766,$ $p=0,507$	Evet: 19 (%27,9) Hayır: 49 (%72,1)	Evet: 16 (%17,4) Hayır: 76 (%82,6)	$\chi^2=0,111,$ $p=0,081$	Evet: 1 (%1,8) Hayır: 54 (%98,2)	Evet: 2 (%2,8) Hayır: 70 (%97,2)	$\chi^2=0,724,$ $p=0,601$
İştah ortalaması (1=çok azaldı, 5=çok arttı)	4,31±0,74	4,31±0,66	t=0,026, p=0,979	3,85±0,81	3,89±0,84	t=0,288, p=0,774	4,31±0,74	3,05±0,37	t=1,059, p=0,292
Günlük kalori alımı (1=çok azaldı, 5=çok arttı)	3,94±0,91	3,96±0,77	t=0,074, p=0,941	3,52±0,81	3,71±0,7	t=1,561, p=0,121	3,07±0,26	3,04±0,26	t=0,662, p=0,509

Erkek katılımcıların bırakma durumu ile yaşam tarzı değişimleri değerlendirildiğinde tamamen bırakan katılımcıların iştahı hem bırakamayanlardan hem de bir dönem bırakıp tekrar başlayanlardan daha fazla artmıştır (F=47,484, p<0,001). Ayrıca bir dönem bırakanların iştahı bırakamayanlardan daha fazla artmış olup istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001).Günlük kalori alımına bakıldığı zaman ise bırakmış olanların günlük kalori artışı hiç bırakamayanlardan daha fazlayken (F=36,798, p<0,001) bir dönem bırakanlarla arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır (p=0,123).

Kadın katılımcıların sigara bırakma durumu ile yaşam tarzı değişimleri incelendiğinde bırakanların iştahı hiç bırakamamışlardan (p<0,001) ve bir dönem bırakanlardan (p=0,024) daha fazla artmıştır (F=29,037). Günlük kalori alımı değerlendirildiğinde ise bırakmış olanlar hiç bırakamamış olanlara göre (p<0,001) ve bir dönem bırakanlara göre (p=0,049) günlük daha fazla kalori alımı olduğunu belirtmişlerdir (F=13,892)

4.7.7.1 Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Yaşam Tarzı Üzerine Etkileri

Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde uygulanan sigara bırakma yöntemi ile iştah düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (F=1,373, p=0,251). Aynı şekilde günlük alınan kalori değişimlerinde uygulanan yöntemlere göre anlamlı ilişki saptanmamıştır (F=0,629, p=0,597).

Çalışma grubumuz olan sigarayı bırakanların uygulanan yöntemlere göre iştah düzeyleri çoğunlukla artmış olup aralarında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($\chi^2=2,529$, p=0,865). Günlük alınan kalori miktarı çoğunlukla artarken 1 Bupropion ve 1 Vareniklin kullanan vakaların günlük alınan kalori miktarında azalma olmuş olup aralarındaki ilişki anlamlı değildir ($\chi^2=5,040$, p=0,831).

4.7.7.2 Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Yaşam Tarzı Üzerine Etkileri

Tüm vakalar değerlendirildiğinde bağımlılık düzeyi ile iştah değişimi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (F=1,717, p=0,146). Ayrıca günlük kalori değişimi üzerine nikotin bağımlılık düzeyinin etkisi yoktur (F=1,003, p=0,406).

Çalışma grubumuz olan sigarayı bırakan katılımcıların sigara kullanım alışkanlıklarının yaşam tarzı değişimleri üzerine etkileri değerlendirildiğinde bağımlılık düzeyi ile iştah değişimi ve günlük alınan kalori miktarı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubu olan sigara bırakamayanların iştah düzeyleri ile bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=9,217$, $p=0,162$)

Tüm katılımcıların paket/yıl ($F=1,717$, $p=0,146$) ve FNBT ($F=0,100$, $p=0,982$) skorları ile iştah düzeyi arasında istatistiksel bir ilişki izlenmemiştir. Tüm katılımcıların paket/yıl ($F=1,003$, $p=0,406$) ve FNBT ($F=1,437$, $p=0,221$) skorları ile günlük alınan kalori miktarı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

5. TARTIŞMA

Sigara bağımlılığının etiolojisinde biyolojik, psikolojik, davranışsal ve çevresel faktörler katkıda bulunmaktadır. Bu yüzden bir sigara bağımlısı biyopsikososyal yönden de değerlendirilmelidir. Sigara kullanımının bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutta etkileri olması nedeniyle sigaranın bırakılmasında çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Sigarayı bırakmış olanlarda en istenmeyen senaryo bağımlılığının sigaraya tekrar başlamasıdır. Bırakma sürecinde yaşanan kilo alımı ciddi sigaraya tekrar başlama nedenleri arasındadır. Ülkemizde sigara kullanımı ve sağlık üzerindeki istenmeyen etkileri üzerinde yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktayken sigara bırakma sürecindeki antropometrik değişimleri değerlendiren çalışma sayısı kısıtlıdır. Çalışmamızda sigarayı bırakanlar ile bırakmayanlar ve bir süre bırakanların antropometrik değişimleri arasındaki farklılığı ortaya koymak amaçlanmıştır.

Çalışmamıza katılan vakaların demografik verileri değerlendirildiğinde çalışmaya dâhil edilen vakaların 193'ü (%57,6) erkek, 142'si (%42,4) kadın iken bu vakaların ortalama yaşları $40,10 \pm 9,81$ yıl idi. Her iki cinsiyetin yaşları birbirleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmemiştir. Ülkemizde sigara bıraktırma ile ilgili yapılan diğer çalışmalar değerlendirildiğinde 2013 Ankara'da Argüder ve arkadaşlarının yaptığı sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri değerlendiren retrospektif bir çalışmada 400 olgunun %38,75'i kadın, %61,25'i erkekti, yaş ortalamasının 44 olduğu izlenmiştir (48). 2004 yılında Trabzon'da Çan ve arkadaşlarının sigara bırakma polikliniğine başvuran bağımlıların başarı sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada ise gerçekleştirilen 226 başvurunun 129 (%57,1)'u erkek, 97 (%42,9)'si kadın olduğu izlenirken bu vakaların yaş ortalaması $37,8 \pm 11,8$ yıl idi (55). 2005 yılında Salepçi ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise 68 olgunun yaş ortalaması $39,71 \pm 11,23$ (19-65) olup 32'si (%47,1) erkek, 36'sı (%52,9) kadındı (56). Önen ve arkadaşlarının farklı tedavi yöntemlerinin sigara bıraktırma başarısını değerlendirdiği bir başka çalışmada ise katılımcıların %57,9'u kadın iken (n=215), katılımcıların yaş ortalaması ise 42,12 yıl idi ve cinsiyetlere göre yaş dağılımı anlamlı değildi (57). Kmetova ve arkadaşlarının sigara bıraktırma kliniğinde yaptıkları bir çalışmada olguların %47,9'u kadın olup tüm vakaların yaş ortalamaları 48 yıl idi (58). Caraballo ve arkadaşlarının uzun dönemde relaps nedenlerini araştırdıkları bir çalışmada da bizim çalışmamız gibi yaşlar ve cinsiyetler arasında anlamlı bir fark

görülmemiştir (59). Çalışmamıza dâhil edilen vakaların yaş ortalamaları diğer çalışmalarla benzerlik göstermekteydi. Yine çalışmamızda erkek katılımcıların kadınlara göre sayısal olarak fazla olması genel nüfustaki erkeklerin sigara kullanımının kadınlara göre fazla olmasıyla açıklanabilir bir durumdur.

Çalışmamıza dâhil edilen vakaların medeni durumu incelendiği zaman çoğunun evli olduğu (n=282, %84,2) izlenmiştir. Yapılan değerlendirmede her iki cinsiyet arasında medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görülmüştür. Salepçi ve ark. sigara bırakma polikliniği verilerini değerlendirdiği bir çalışmada benzer şekilde olguların çoğu (%83,8) evliydi (56). Argüder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde olguların çoğunun (%83,7) medeni durumu evli olarak bulunmuştur (3). Şahbaz ve ark. demografik özelliklerin sigara bırakma başarısı üzerine etkilerini değerlendirdikleri çalışmada ise vakaların % 65,7'sinin evli olduğunu izlemişlerdir (60).

Çalışmamıza dâhil olan katılımcıların meslekleri değerlendirildiğinde vakaların büyük çoğunluğunun devlet memuru olduğu izlenmiştir. Cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde kadınların çoğunun (%65,5) ev hanımı, erkeklerin çoğunun ise (%37,6) devlet memuru olduğu izlenmiştir. Argüder ve ark. 2012'de Ankara'da yaptıkları çalışmada vakaların meslekleri en sık sırası ile ev hanımı (%24,9), devlet memuru (%14,3) ve emekli (%11,8) olarak izlenmiştir (3). 2008 yılında Adana'da yapılan çalışmada aynı şekilde en sık meslekler ev hanımı (%36,6) ve emekli (%12) olarak izlenmiştir (61).

Çalışmamızda katılımcılar klinik özelliklerine göre değerlendirildiğinde vakaların 144'ü (%43) kendilerinde hipertansiyon, diabetes mellitus, depresyon, koroner arter hastalığı (KAH) vb. gibi en az bir adet mevcut kronik hastalık bulunduğunu beyan etmişlerdir. Her iki cinsiyette de depresyon en sık görülen kronik hastalıktır (n=69, %33,8). Cinsiyetler ile kronik hastalık varlığı arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=20,260$, $p=0,042$). Önen ve arkadaşlarının Ankara'da 2010 yılında yaptıkları çalışmada katılımcıların %53'ünün bilinen bir kronik hastalıkları olup en sık görülen hastalık grubu kardiyovasküler hastalıklardı (57). 2003 yılında Solak ve arkadaşlarının İzmir'de sigara bırakma polikliniğinin sigara bırakma tedavisinin sonuçlarını değerlendirdikleri bir çalışmada en sık görülen kronik hastalık %13,8 ile hipertansiyon bulunmuş olup depresyon %4,1 oranında görülmüştür (62). Şahbaz ve

arkadaşlarının sigara bırakma polikliniğinin bir yıllık sonuçlarını değerlendirdiği çalışmada ise olguların %31,7'sinde ek bir sistemik hastalık mevcut olup en sık görülen hastalıklar hipertansiyon ve diabetes mellitus olarak tespit edilmiştir (60).

Çalışmamızda katılımcıların %17,6'sının ailelerinde etiolojisinde sigara olan en az bir hastalık olduğu görülmüş olup en sık görülen hastalıklar olarak malignite (%10,1), KAH (%9,6) sigara bağımlılarının ailelerinde mevcuttu. İzmir'de 2012 yılında sigara bırakma açısından dezavantajlı bir grupta uygulanan sigarayı bırakma programının bir yıllık sonuçlarının araştırıldığı bir çalışmada ise aile öyküsü olarak en sık bildirilen hastalıklar hipertansiyon %30,9, diyabet, akciğer kanseridir (63). 2005 yılında sigara bırakma polikliniğinin verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada çoğunlukla (%19,1) akciğer kanseri olduğu görülmüş olup KAH sıklığı %14,7'dir (56).

Çalışmamızdaki vakaların antropometrik özelliklerini değerlendirdiğimizde kadınların kiloları ortalama $68,39 \pm 14,42$, erkeklerin ise $79,65 \pm 13,53$ idi. Ayrıca başvuru anındaki kadınların BKİ'leri $27,55 \pm 5,92$ erkeklerin ise $27,18 \pm 4,32$ idi. Bizim bulgularımızla kıyaslandığında başvuru sırasındaki BKİ açısından farklı veriler gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Komiyama ve ark. tarafından yapılan sigara bırakma sonrası kilo alımını araştıran bir çalışmada Japon katılımcıların ortalama BKİ'leri $23,5 \pm 3,6$ bulunmuştur (8). Bu durum Japonya'da obezite prevalansının dünya ortalamasının çok altında olmasıyla açıklanabilse de konunun daha derin araştırılmaya ihtiyaç gösterdiği açıktır. Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde postmenopozal dönemdeki kadınların sigara bırakma dönemindeki kilo değişimin değerlendirildiği yurtdışı bir çalışmada ise vakaların ortalama başlangıç kiloları $72,2 \pm 16,4$, BKİ'leri ise ortalama $27,4 \pm 5,7$ olarak saptanmıştır (64). Yurtdışında yine postmenopozal kadınlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise vakaların başlangıç kilo ortalamaları $71,9 \pm 13,8$, BKİ ortalamaları ise $27,15 \pm 5,1$ olduğu izlenmiştir (65). Sigara bırakma sonrası kilo alımını etkileyen faktörleri inceleyen bir başka çalışmada ise tüm katılımcıların ortalama kiloları $79,1 \pm 16,8$ olarak bulunmuştur(7).

Katılımcıların sigara kullanım özelliklerine bakıldığında tüm katılımcılar sigara kullanım süresi $19,9 \pm 9,11$ yıl olup kadınların erkeklerden ortalama iki yıl daha az sigara içtiği izlenmiştir. Her iki cinsiyetin yaşları arasında bir fark olmaması nedeni ile kadınların sigaraya erkeklere nazaran iki yıl daha geç başladıkları düşünülebilir. Günlük sigara kullanım miktarına bakıldığında katılımcıların şimdiye kadar ortalama

22,28±7,19 dal sigara tükettiği görülmüştür. Sigara bırakma tedavilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise bizim bulgularımızdan farklı bir şekilde tüm vakaların sigara kullanım süreleri $21,8 \pm 10,5$ yıl olarak, günlük içilen sigara sayısının da ortalama $25,0 \pm 11,2$ olduğu saptanmıştır (66). Durusoy ve arkadaşlarının 2012'de gerçekleştirdikleri çalışmada ise bulgularımızla uyumlu olarak günlük içilen sigara sayısı ortalama $21,6 \pm 11,7$ dal bulunmuştur (63). Sigara bırakma tedavileri ile ilişkili yakınmaları değerlendiren bir çalışmanın katılımcılarının ise $19,8 \pm 11,6$ yıl sigara kullandığı görülmüştür (67). Eroğlu ve ark. ise sağlık çalışanları üzerine yaptıkları bir çalışmada ise sigara kullanım süresi $17,78 \pm 9,79$ yıl olarak tespit etmişlerdir. Bu süre bizim bulgularımızdan dört yıl daha kısadır (68).

Çalışmamıza dâhil edilen katılımcılar ortalama $22,08 \pm 11,96$ paket/yıl sigara kullanmışlardır. Ülkemizde yapılan sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada sigara kullanım miktarı $35,36 \pm 21,30$ paket/yıl olarak bulunmuştur (69). Sigara bırakmada etkili olan faktörlerin araştırıldığı bir başka çalışmada ise sigara kullanım miktarı 23 paket/yıl olarak bulunmuştur (70). Demir ve ark.'nın sigara bırakma polikliniklerinin sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında tüm vakaların sigara kullanım miktarını $32,86 \pm 26,74$ paket/yıl olarak bulmuş olup bizim çalışmamızdan çok daha yüksek sigara kullanım miktarına sahipti (71).

Çalışmamızda tüm katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyinin gösteren FNBT skorları $5,80 \pm 2,43$ puan bulunmuştur. Katılımcıların 138'si (%41,2) yüksek düzeyde nikotin bağımlılığına sahipken, 134'ü (%40) orta düzeyde, 63'ü (%18,8) ise düşük düzeyde bağımlılığa sahiptir. Çan ve ark. kendi sigara bırakma polikliniği sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında FNBT bağımlılık düzeyini $5,4 \pm 2,0$ puan olarak bulunmuşlardır (67). Karadağ ve ark.'nın nikotin bağımlılığı düzeyinin sigara bırakma üzerine etkisinin araştırıldığı 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 (72).

Çalışmamızda katılımcıların %57,9'u en az bir kez öncesinde sigara bırakma girişimi olmuşken %42,1'inin daha önce hiç profesyonel destek ile ya da kendiliğinden sigara bırakma girişiminin olmadığı bulunmuştur. 2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre her gün sigara içenlerin %26,5'i bugüne kadar sigarayı bırakmayı en az bir kez denemiştir (73). Yaşar Z. ve ark. görev yaptıkları sigara

bırakma polikliniklerindeki sigara bırakma başarısını değerlendirdikleri çalışmalarında, olguların %69,3'ü daha önce sigarayı bırakmayı düşünmüş, bunlardan da %68,3'ü sigara bırakma girişiminde bulunduğunu belirtmişlerdir (70). Sağlık çalışanları arasında Eroğlu ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise katılımcıların %68,9'u çalışma öncesinde en az bir kez sigara bırakma girişimi olduğunu belirtmişlerdir (68).

Çalışmamızda katılımcıların %44,8'inin birlikte yaşadığı kişilerin sigara kullandığı görülmüştür. Durusoy ve ark.'nın mesleki açıdan sigara bırakması riskli bir grup üzerinde yaptıkları çalışmada vakaların %49,1'u evinde kendisi dışında sigara içen diğer bir kişi daha olduğunu belirtirken, vakaların tamamının işyerinde sigara dumanına maruziyet olduğu saptanmıştır (63). Bizim çalışmamızda ise farklı olarak katılımcılar çoğunlukla işyerlerinde sigara dumanına maruz kalmamaktaydı. Bu durumun istisnası ev hanımları olmuştur. Sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmada olguların %13,1'inde ailede sigara içen birey bulunmamaktaydı (68). Salepçi ve arkadaşlarının sigara bırakma polikliniklerinin başarı oranlarını değerlendirdikleri çalışmalarında olguların %57,4'ünün evinde, %58,8'inin ise çalıştığı ortamda sigara içildiği tespit edilmiştir (56).

Sigara bırakma polikliniğimizde çalışmaya dâhil ettiğimiz hastalara uygulanan tedavi yöntemlerine bakıldığında en sık sırasıyla yaşam tarzı değişimi ile birlikte Bupropion tedavisi, Vareniklin, NRT, sadece yaşam tarzı değişimi ve motivasyonel yaklaşım uygulanmıştır. Bolu'da sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada ise vakalara en sık olarak sırasıyla yaşam tarzı değişimi, yaşam tarzı değişimi ve NRT, yaşam tarzı değişimi ve Bupropion, yaşam tarzı değişimi ve Vareniklin tedavisi verilmiştir (70). Çan ve arkadaşlarının sigara bırakma polikliniği sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada ise en sık NRT ve sonrasında Bupropion tedavisi uygulanmıştır (67). 2012 yılında Dicle Üniversitesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada başvuranlara sırasıyla yaşam tarzı değişimine ek olarak Bupropion, NRT, sadece yaşam tarzı değişimi ve Bupropion+NRT kombinasyon tedavisi uygulanmıştır (16).

Çalışmamızda sigara bırakma polikliniğimizin 2011-2012 yılları arasında başvuran olguların sigara bıraktırma başarılarına bakıldığında katılımcıların %14,3'ü sigarayı tamamen bırakırken %37,9'u ise sigarayı hiç bırakmamıştır; %47,8'i ise sigarayı bir dönem bırakıp bir süre sonra tekrar başlamıştır. Yine tüm katılımcılar

değerlendirildiğinde 208 kişi (%62) geçici ya da kalıcı olmak üzere belirli bir süre sigarayı bırakmıştır. Sigarayı geçici ya da kalıcı olarak bırakan katılımcıların çoğunluğu sigarayı uzun dönem bırakmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalardaki sigara bıraktırma başarı oranlarına bakıldığında Salepçi ve arkadaşlarının kendi sigara bırakma polikliniklerinin bir yıllık başarısına bakıldığında bir yıl süreyle sigara kullanmayanlar bırakmış olarak kabul edilmiş olup bırakma oranı %41,2 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada tüm bırakanlara bakıldığında ise katılımcılar sigarayı çoğunlukla (%75) kısa dönem bırakmışlardır (56). Çan ve ark.'nın kendi sigara bırakma polikliniği başarı düzeyine bakıldığında ise bir yıllık sigara bırakma başarısı %43,4, ikinci yılın sonundaki sigara bırakma başarısı ise %35,3 olarak bulunmuştur (55). Solak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın bir yıllık başarısına bakıldığında ise %45,5 olarak bulunmuştur (62). Bizim çalışmamızda bir yıl ve üzerinde bırakma oranı %37,9 olup her üç çalışmaya göre daha düşük düzeyde bırakma oranına sahipti. Yaşar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bir yıllık sigara bırakma oranı bizim çalışmamızla benzerdi (%37,3) (70). Bir başka sigara bıraktırma merkezinin başarı düzeyine bakıldığında ise bir yıllık sigara bırakma düzeyi %21,6 olarak bulunmuş olup bizim başarı oranından daha da düşük bulunmuştur (74).

Çalışmamızda sigarayı tamamen bırakanlar sigarayı ortalama $24,5 \pm 3,2$ ay süreyle bırakırken sigarayı bir dönem bırakıp tekrar başlayan katılımcılar ise ortalama $4,21 \pm 4,14$ ay süreyle sigarayı bırakmıştır. Cinsiyetlere göre sigarayı bırakma sürelerine bakıldığında erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre sigarayı 2 ay daha uzun süre bıraktığı tespit edilmiş olsa da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. 2004 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi sigara bırakma polikliniğinde yapılan çalışmada uzun dönemde bırakanların sürelerine bakıldığında tüm vakalar ortalama 13,9 ay sigarayı bırakırken kadınlar erkeklerden ortalama 1 ay kadar daha uzun süre sigarayı bırakmış olup her iki cinsiyet arasında sigarasız kalma başarısı yönünden bir fark bulunmamıştır (55). Solak Z.A. ve arkadaşlarının sigara bıraktırma başarısının sonuçlarına bakıldığında bir yılın sonunda kadınların %46,9'u erkeklerin ise %44,4'ü sigarayı bırakmış olup bizim çalışmamızda olduğu gibi cinsiyetlerle bırakma arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (62). Salepçi ve arkadaşlarının sigara bırakma başarılarını değerlendirdikleri çalışmalarında da cinsiyet ile sigara bırakma oranları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (56). Yine Argüder ve arkadaşlarının

yaptıkları çalışmada da cinsiyet ile bırakma oranları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (75).

Çalışmamızda sigara dumanına maruz kalma ile sigarayı bırakma süresi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Solak ve arkadaşlarının çalışmalarında 1. yılsonunda evde sigara içen yakını olamayanlarda başarı oranı %47,9 iken sigara dumanına maruz kalanlarda ise %44,1 bulunmuş olup evde sigara içen bir yakının olmasının sigarayı bırakma başarısını olumsuz etkilemediği saptanmıştır (69). Dezavantajlı bir grupta uygulanan sigara bırakma programının sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada ailesinde sigara içen birinin olması ve yaşadığı evde sigara içilme durumu ile sigara bırakma süresi ve başarısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (63). Argüder ve arkadaşlarının kendi sigara bırakma polikliniği verilerini değerlendirdikleri çalışmalarında da evlerinde sigara içen birilerinin varlığı ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki saptanmamıştır (75). Ayrıca Fidan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre evde ve işte sigara içen olup olmaması açısından her iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (45). Buna karşılık Çan ve arkadaşlarının Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında evlerinde kendisinden başka sigara içen kişi bulunanların %46,2'si sigarayı bırakırken, evinde kendisinden başka sigara içen kimse olmayan katılımcıların %58,7'si sigarayı bırakmıştır. Bu çalışmaya göre birlikte yaşadıklarının sigara kullanması sigara bırakmayı olumsuz etkilemektedir ($p=0.039$)(67). Sigara bırakma polikliniğinin bir yıllık verilerinin incelendiği bir başka çalışmada çalıştığı ortamda sigara içilmeyen olgularda ($p=0.001$) sigara bırakma oranları anlamlı olarak yüksek bulundu (56).

Çalışmamızda sigara bırakmayı olası etkileyen diğer durumlara bakıldığında evli katılımcılar çoğunlukla uzun dönem bırakırken bekâr, boşanmış ya da eşi vefat edenler çoğunlukla sigarayı kısa dönem bırakmıştır. Medeni durum ile sigara bırakma dönemleri arasındaki bu ilişki anlamlı bulunmuştur. Şahbaz ve ark.'nın sigara bırakma üzerine etkili faktörleri araştırdıkları çalışmalarında hem bırakanların hem de bırakamayanların çoğunluğu evli olup bu oran bırakanlarda anlamlı oranda daha fazla bulunmuştur. Ayrıca evli olmanın sigara bırakamama riskini 0,4 kat azaltmakta olduğu bulunmuştur (60). Çalışmamızın aksine Argüder ve arkadaşlarının sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında medeni durumlar ile bırakma

başarısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (75). Sigara bırakma polikliniğinin bir yıllık verilerinin incelendiği bir başka çalışmada yine medeni durumlar ile bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(56).

Çalışmamızda bırakma durumlarına göre bağımlılık düzeylerine bakıldığında bırakanların FNBT ortalaması 5,43 puan, relaps olanların 5,86 puan ve hiç bırakamayanların ise 5,85 puan olup bağımlılık düzeyi ile bırakma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde, Afyon'da 2004 yılında sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada bırakanların nikotin bağımlılık düzeyin $5,1 \pm 2,2$ iken bırakmayanların nikotin bağımlılık düzeyi $5,5 \pm 2,2$ puan olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (45). Dezavantajlı bir gruba uygulanan sigara bırakma tedavisinin sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada bağımlılık düzeyi ile bırakma başarısı arasında bir ilişki saptanmamıştır (63). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada sigara bırakma başarısıyla nikotin bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (55). Yine Salepçi ve arkadaşlarının sigara bırakma polikliniği başarı durumunu değerlendirdikleri çalışmalarında nikotin bağımlılık düzeyi ile sigara bırakma oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (56). Buna karşılık Bolu'da sigara bırakma polikliniğinin bir yıllık bırakma başarısının değerlendirildiği bir çalışmada bırakamayan grup FNBT skoru anlamlı olarak yüksek bulunmuş; nikotin bağımlılık düzeyi ile bırakma başarısı arasında ilişki mevcut olduğu görülmüştür (70). Nikotin bağımlılığının sigara bırakmadaki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada yüksek derecede nikotin bağımlılığının sigara bırakma başarısını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (76).

Çalışmamızın sigara bırakma başarısını uygulanan tedavi yöntemlerine göre değerlendirdiğimizde bırakanların çoğunluğu (%41,7) yaşam tarzı değişimi ve motivasyonel yaklaşıma ek olarak Vareniklin kullanırken relaps olanların çoğunluğu (%51,9) ise Bupropion tedavisi alanlar olup uygulanan tedavi yöntemleri ile bırakma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmamızda sigara bırakma açısından Vareniklin kullananlarda başarı oranı diğer yöntemlerden daha yüksek bulunmuştur. Başarı oranlarına bakıldığında tüm Vareniklin kullanan katılımcıların %22,5'i sigarayı bırakırken, NRT alanların %18,4'ü, Bupropion kullananların %10,6'sı ve sadece yaşam tarzı değişimi – motivasyonel yaklaşım uygulanan hastaların %6,5'i

sigarayı tamamen bırakmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalardaki uygulanan sigara bırakma yöntemlerinin başarı oranlarına baktığımızda Yaşar ve arkadaşlarının kendi poliklinik sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında sadece yaşam tarzı değişimi uygulananların %15,2'si, buna ek olarak NRT kullananların %43,7'si, Bupropion kullananların %52,2'si, Vareniklin kullananların %66,7'si, Bupropion ve NRT kullananların %45,5'i sigarayı bırakabilmişti. Bu çalışmada da Vareniklin sigara bıraktırma açısından en başarılı tedavi yöntemi iken sigara bırakma oranları bizim çalışmamıza göre anlamlı oranda daha yüksekti (70). Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri araştıran bir diğer çalışmada da bırakma başarısı en yüksek olan tedavi yöntemi %50,7 ile Vareniklin tedavisiydi. Diğer tedavi yöntemlerine baktığımızda ise sırayla Bupropion kullanan katılımcıların %39,3'ü, NRT uygulananların %36,2'si ve motivasyonel yaklaşım uygulananların ise %18,9'u sigarayı bırakmıştır (75). Farklı tedavi yöntemlerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise yaşam tarzı değişimi ve motivasyonel yaklaşım ile farmakolojik tedavi kullananlar karşılaştırıldığında farmakolojik tedavi görmek daha etkili bulunmuştu. Aynı çalışmada ayrıca uygulanan farmakolojik tedavilerin etkinliklerine bakıldığında ise tek başına Bupropion kullanımının NRT ve Bupropion + NRT kombinasyon tedavisine göre daha üstün olduğu görülmüştür. Sigaraya tekrar başlayan olgular ise çoğunlukla NRT uygulanan vakalardı. Bu çalışmada sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlere bakıldığında özellikle Bupropion kullanmak sigara bırakma başarısını artırmaktadır (57). Bir başka çalışmada motivasyonel yaklaşım ile NRT karşılaştırılmış NRT ile 1. yıl bırakma oranları %55,2 bulunurken sadece motivasyonel yaklaşım uygulanan olgularda ise %40 olarak bulunmuş olup NRT lehine olan bu başarı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (62). Yaşam tarzı değişimi, NRT ve Bupropion tedavilerinin karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada ise olguların kullandıkları tedavilere göre 1. yılsonunda sigara bırakma oranlarına bakıldığında NRT kullanan grupta başarı %30,9, farmakolojik tedavi uygulanmaksızın sadece yaşam tarzı değişimi uygulayan grupta %18,8, Bupropion kullananlarda ise %6,7 olarak bulunmuş olup NRT ve yaşam tarzı değişiminin Bupropion kullanımından daha etkin olduğu görülmüştür (45). Şahbaz ve arkadaşlarının çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında 1 yılsonunda bırakan katılımcıların %60'ına NRT, %26,7'sine Bupropion tedavisi uygulanmıştı (60). Sigara bırakma tedavisinin sonuçlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada ise 1. yılsonunda

NRT alan olguların %55,2'si sigarayı bırakırken, NRT almayan grupta ise bu oran %40 olarak bulunmuştur (62).

Çalışmamızda katılımcılarımızın tümüne önerilen yaşam tarzı değişimlerine uyumlarını değerlendirdiğimizde sigara bırakma durumlarından bağımsız olarak sigara bırakma tedavisi uygulanan tüm hastaların neredeyse yarısı (%46,9) tedavileri süresince kilo almışlardır. Yaşar ve arkadaşlarını yaptıkları çalışmada bırakanların %67,8'i kilo alırken bırakamayanların %8,6'sı kilo almışlardır (70). Ülkemizde sigara bırakma tedavileri sonrasında yaşam tarzı değişimi önerilerine uyumu sorgulayan ve antropometrik değişimleri değerlendiren yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Yurt dışında sigarayı bırakan katılımcılarda kilo değişimini etkileyen faktörleri araştıran bir çalışmada sigarayı bırakmanın bir yıl sonrasında katılımcıların %88,6'sı kilo almışlardır (7).

Çalışmamızın vaka grubu olan sigarayı tamamen bırakanların %81,3'ü kilo almış olup geri kalan diğer vaka grubumuzun ise kilolarında değişim olmamıştır. Erken ve geç dönemde sigara bırakma sonrası kilo değişimini inceleyen bir çalışmada bırakma durumuna göre bırakan, bırakmayan ve bir dönem bırakıp tekrar kullananların tümünde kilo alımı olurken en fazla kilo alan grup bırakanlardı (77). Sigara bırakma sonrası kilo değişimini inceleyen bir başka çalışmada ise sigarayı bırakanların %86'sı kilo alırken bu oran bırakamayanlarda %59'dur (78). Sigaranın etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada sigarayı bırakanlar kısa ve uzun dönemde anlamlı oranda sigara kullananlardan daha fazla kilo aldığı görülmüştür (79). Kontrol grubumuz olan bırakamayanlar ve relaps olanlar değerlendirildiğinde sigarayı bırakamayanların %92,1'inde kilo değişimi olmamış; bir diğer kontrol grubumuz olan relaps olan vakaların çoğunluğu (%68,1) kilo almıştır. Yurt dışında yapılan diğer çalışmalarda çoğunlukla hem bırakanlarda hem de relaps olanlarda kilo alımı olmuştur (77, 78).

Sigarayı bırakanların dönemlerine göre kilo değişimleri değerlendirildiğinde kilo alanların çoğunluğu (%43,2) uzun dönem sigara bırakanlardan oluşmaktayken kısa dönem sigara bırakanlarda çoğunlukla kilo değişimi olmamıştır. Sigara bırakma sonrasında kilo değişimi üzerine etkili faktörleri inceleyen bir çalışmada sigara bırakma sonrasında çalışmamızdan farklı olarak ilk 3 ayda anlamlı bir şekilde BKİ artışı olmuştur (8). Bir başka çalışmada ise sigarayı bırakan katılımcılardan 3. aydaki kilo

değişimlerine bakıldığında %34,7'sinin kilolarında değişim olmazken %36,7'si ise kilo almıştır (80).

Çalışmamızda kilo değişimini olası etkileyen faktörlere baktığımızda nikotin bağımlılık düzeyi, günlük sigara kullanım miktarı ve yaşam boyu sigara kullanım miktarı ile kilo değişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Yurtdışında yapılan çalışmaların sonuçları çoğunlukla çalışmamızdan farklıydı. Sigara bırakma tedavisi sırasındaki kilo değişimini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmadaki bağımsız değişkenlere bakıldığında bizim çalışmamızın aksine TG, HDL, günlük sigara kullanım miktarı ve FNBT düzeyinin sigara bırakma sonrası BKİ artışıyla kuvvetle ilişkili olduğu bulunmuş olup FNBT düzeyi bu değişkenlerden en güçlü birlikteliği olan değişkendi. Aynı çalışmada nikotin bağımlılık düzeyleri 7 ve altı, 8 ve üstü olmak üzere iki gruba ayrıldığında her iki grupta da kilo artışı görülmekle birlikte 7 ve altında artış daha azken 8 ve üzerinde gerçekleşen kilo artışı daha fazlaydı (8). Bir başka çalışmada yaş, bazal BKİ'nin kilo değişimi üzerine anlamlı oranda etkisi vardır; yaşlı katılımcılarda kilo artış miktarı anlamlı oranda daha az olmuştur. Ayrıca bazal BKİ yüksek olan katılımcıların bir yıllık kilo artış oranı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Başlangıçtaki günlük sigara tüketim miktarı ile kilo alımı arasında pozitif korelasyon mevcuttu (77). Bir diğer çalışmada ise günlük sigara kullanım miktarı ve nikotin bağımlılığının uzun dönemde kilo değişimi üzerine anlamlı oranda etkisi olduğu görülmüştür (7). Bir başka çalışmada yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı ile kilo artışı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (81).

Çalışmamızda uygulanan sigara bıraktırma tedavi yöntemlerine göre kilo değişimi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Aynı şekilde vaka grubumuzda da uygulanan tedavi yöntemleri ile kilo değişimleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Sigara bıraktırma tedavisi alanlarda Vareniklin tedavisi gören hastaların çoğunluğu (%53,9) kilo alırken diğer tedavi yöntemlerinde çoğunlukla kilo değişimi olmamıştır. Sigara bırakma sonrası kilo alımını etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada NRT kullananlar ile Vareniklin kullananlar karşılaştırıldığında uygulanan yöntemler ile kilo değişimi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (8). Bir meta-analizde Vareniklin kullananların bir yılsonunda NRT uygulananlarla benzer oranlarda kilo artışı olmuştur (82). Katılımcıların kilo değişimlerini etkileyen faktörleri değerlendiren bir çalışmada uygulanan tedavi yöntemi ve tedavi süresiyle kilo değişimi

arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (7). Çalışmamızda NRT uygulamasının sigara bırakma sonrası kilo alımını önleyici bir etkisi tespit edilmemiştir; yapılmış bir çok çalışma ise NRT uygulamasının sigara bırakma sonrası kilo artışını azalttığını göstermiştir (83, 84, 85). Çalışmamızdan farklı olarak sigara bırakma sonrası erken ve geç dönem kilo değişimini araştıran bir çalışmada NRT ile kilo alımı arasında negatif ilişki tespit edilmiştir (77).

Çalışmamızda medeni durumların ve mesleklerin kilo değişimi üzerine bir etkisi görülmemiştir. Sigara bırakma sonrasında erken ve geç dönem kilo değişimini araştıran çalışmada evli olmanın kilo alımı üzerine negatif etkisi olduğu tespit edilse de anlamlı bulunmamıştır (77).

Çalışmamızda tüm katılımcılar değerlendirildiğinde ilk kilolarına göre ilk üç ayda ortalama $2,12 \pm 3,26$ kg kilo alırken uzun dönemde ise $1,63 \pm 4,83$ kg kilo almışlardır. 3251 sigarayı bırakan katılımcıyla yapılan bir çalışmada 1. yılsonunda katılımcılar ortalama 2,7kg almışlardır (86). Sigarayı bırakanlar ve bırakmayanlar arasındaki kilo değişimleri değerlendiren çalışmada sigara bırakma durumuna bakılmaksızın 1 yıllık dönemde tüm katılımcılar $2,5 \pm 5,4$ kg kilo almışlardır (78). Yapılmış olan çalışmalara göre çalışmamızdaki katılımcıların kilo alım miktarı daha düşük tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kadınlar ilk üç ayda ortalama $2,01 \pm 3,47$ kilo alırken erkekler ortalama $2,2 \pm 3,1$ kilo almıştır. Uzun dönemde ise kadınlar ortalama $2,12 \pm 2,92$ kilo alırken erkekler ise ortalama $2,26 \pm 3,02$ kilo almışlardır. Hem kısa hem de uzun dönemde erkekler daha fazla kilo almışlardır Sigara bırakanların 5 yıllık takiplerinde süreçteki kilo değişimlerinin değerlendirildiği çalışmada erkekler 5 yılda ortalama 3,9 kg, kadınlar ise 4,75 kg kilo almış olup alınan bu kiloların yarısından fazlası ilk yılda alınmıştır (77). Sigara bırakma sonrası kilo alımını etkileyen faktörleri araştıran çalışmanın sonuçlarına göre sigara bırakıldıktan bir yıl sonra kadınlar ortalama 5,2 kg kilo alırken erkekler 5 kg kilo almışlardır. Kadınlar anlamlı oranda erkeklerden daha fazla kilo almışlardır (7).

Çalışmamızdaki katılımcıların ilk üç ayda BKİ $0,58 \pm 1,75$ kg/m² artış olurken uzun dönemde BKİ $0,77 \pm 1,2$ kg/m² artış olmuştur. Kadınların ilk üç ayki BKİ artışı $0,81 \pm 1,41$ kg/m² olurken erkeklerde bu oran $0,74 \pm 1,03$ kg/m² olmuştur. Kadınların uzun dönemdeki BKİ ortalama $0,34 \pm 1,91$ olurken erkeklerin ise $0,75 \pm 1,6$ artış olmuştur. Kısa dönemde kadınların BKİ artışı erkeklere göre daha fazla olsa da uzun

dönemde erkeklerin BKİ'leri daha fazla artmıştır. Sigara bırakma sonrası kilo artışını etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada tüm katılımcıların başlangıç ve 3. Aydaki BKİ karşılaştırılmış başlangıç BKİ (kg/m²) 23,5±3,6 kg/m² 3. aydaki BKİ 23,9±3,8 kg/m² olarak bulunmuş olup çalışmamıza benzer artış olmuştur (8). Sigara kullanım durumu ve BKİ arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada ise sigarayı bırakamayanlara göre sigarayı bırakan katılımcıların BKİ'leri 1,4 kg/m² daha fazla bulunmuştur (87). Sigara bırakma ve kilo değişimini araştıran bir kohort çalışmasında 1 yılda bırakamayanlarda ortalama 3,1 kg/m² BKİ artışı olurken bırakanlarda ise 3,6 kg/m² artış olmuştur (88). Keith ve ark.'nın sigarayı bırakanlar ve bırakamayanlar arasındaki kilo alımı ve egzersiz durumunu değerlendirdikleri çalışmada ise bir yılın sonunda bırakanlar ortalama 4,8±5,7 kg kilo alırken bırakamayanlar ise 1±4,7 kg kilo almışlardır (78).

Çalışmamızda vaka grubumuz üçüncü ayda ortalama 4,78±3,41 kg kilo alırken uzun dönemde ise 3,91±4,77 kg kilo almışlardır. Bir meta-analize göre sigara bırakma sonrası tüm olgular ilk yılda ortalama 5 kg kilo almaktadırlar (82). Sigara bırakanlarda kilo değişimi üzerine etkili faktörleri araştıran bir başka çalışmada tüm katılımcılar 1 yılsonunda ortalama 5,1 kg (%6,8) almışlardır (7). Çalışmamızda sigara bırakanların cinsiyetlere göre kilo değişimlerine bakıldığında erkekler kadınlardan anlamlı oranda daha fazla kilo almışlardır. Kadınlar uzun dönemde 3,77±2,6 kg kilo alırken erkekler 5,03±3,2 kg kilo almışlardır. NRT tedavisinin sigara bırakma sonrası kilo alımı üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada erkekler kadınlara oranla daha fazla kilo almışlardır (89). Erken ve geç dönemde sigara bırakma sonrası kilo değişimini inceleyen bir çalışmada sigarayı bırakan erkeklerin %65 'i 1. yılsonunda kilo alırken kadınlarda bu oran %60'dır. Aynı çalışmada sigarayı bırakamayan erkeklerin %52'si kadınların ise %51'i kilo almışlardır (77). Aynı çalışmada oransal olarak kilo alan erkeklerin sayısı fazla olmakla birlikte kadınlar daha fazla kilo almışlardır. Erken ve geç dönemde kilo değişimlerini inceleyen çalışmada sigarayı bırakan kadın katılımcılar 1. yılsonunda 5,22 kg alırken erkek katılımcılar ise 4,93kg kilo almışlardır. Aynı çalışmanın 5 yıllık sonuçlarına bakıldığında sigarayı bırakan kadın katılımcılar 8,71 kg kilo alırken erkek katılımcılar ise 7,57 kg kilo almışlardır (77). Çalışmamızın aksine Croghan ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada ise sigara bırakan kadın katılımcıların daha fazla kilo

alma riski olduğu vurgulanmıştır (90). Yine bir meta-analizin sonuçlarına göre de kadın katılımcılar çoğunlukla daha fazla kilo almışlardır. (91).

Çalışmamızda cinsiyetlere göre kilo değişimlerini kendi içinde değerlendirdiğimizde kadın katılımcıların bırakma durumlarıyla başlangıç, 3. ay ve şu anki kilo ve BKİ arasında istatistiksel bir fark yoktu. Kadınlar bırakma durumlarına göre değerlendirildiğinde sigarayı bırakmayanlarla diğer iki grup arasındaki kilo farkı anlamlı bulunurken bir dönem bırakanlar ve bırakanlar arasındaki kilo değişimi anlamlı değildi. O'Hara ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre de bırakan ve bir süre bırakanların kilo artışı bırakmayanlara göre anlamlı olarak yüksekken bırakanlar ve bir süre bırakanlar arasındaki kilo değişimi arasındaki fark anlamlı değildir (77). Çalışmamıza göre sigarayı bir dönem bırakıp tekrar kullanmaya başlayan kadınlar bırakmayanlara göre ortalama 3kg alırken; tamamıyla bırakan kadınlar bırakmayanlardan ortalama 3,5kg almışlardır. O'Hara ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonuçlarına baktığımızda relaps olan kadınlar bırakmayanlara göre ortalama 2,68kg daha fazla kilo alırken bırakanlar bırakmayanlara göre 4,22kg daha fazla kilo almışlardır (77). Sigara bırakma ve kilo değişimi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada ise sigarayı bırakan kadınlar uzun dönemde bırakmayanlara göre ortalama 5,7 kg kilo almışlardır (88). Çalışmamızda sigarayı bırakan gruptaki kadınların başvuru, üçüncü ay ve çalışma sırasındaki kilo ve BKİ ortalamaları arasında istatistiksel bir fark vardır. Özellikle başvuru ve 3. ayda ölçülen kilo arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Erkek katılımcıları kendi içinde değerlendirdiğimizde üçüncü ay ve şu anki kiloları arasında istatistiksel bir fark yoktu. Başvurudan üç ay sonraki BKİ değerleri incelendiğinde sigarayı bırakanlar ve bırakmayanların BKİ ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardı. Uzun dönemde sigarayı bir ara bırakmış olan erkekler (ort=3,01 kg), hiç bırakmayanlara göre ortalama 2,8, tamamıyla bırakmış olanlar (ort=5,03 kg) ise hiç bırakmayanlara göre ortalama 4,8 kg kilo aldıklarını bildirmiş olup her üç grup arasındaki farklılık anlamlıdır. O'Hara ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonuçlarına baktığımızda relaps olan erkekler bırakmayanlara göre ortalama 2,47kg daha fazla kilo alırken bırakanlar bırakmayanlara göre 4,27kg daha fazla kilo almışlardır (77). Bizim çalışmamızda ise sigarayı tamamen bırakanlar 5,03±3,23 , relaps olanlar 3,01±3,01, bırakmayanlar ise 0,2 kg kilo almışlardır. Sigara bırakma ve kilo değişimi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada sigarayı bırakan erkekler

birakmayanlara göre ortalama 5,1 kg almışlardır (88). Çalışmamızda sigarayı bırakan gruptaki erkeklerin üçüncü ay ve çalışma sırasındaki kilo ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu fark sigara bırakılması öncesindeki ilk kilo ölçümü ile diğer iki ölçüm arasında gerçekleşmiştir. Her üç grubun çalışma yapıldığı esnada ortalama aldıkları kilo miktarı birbirinden istatistiksel olarak anlamlıdır

Yaşam tarzı değişimlerine uyumları sorgulandığında katılımcıların çoğunluğu (%84,5) düzenli egzersiz yapmamıştır. Kmetova ve arkadaşlarının yaptıkları sigara bırakanların kilo değişimini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmada katılımcıların %42,9'u hiç egzersiz yapmamışken geri kalan katılımcılar farklı oranlarda spor yapmışlardır (7). Çalışmamızda sigara bırakma tedavisi süresince çoğunlukla (%49,8) iştah düzeyi artmıştır; bununla birlikte günlük alınan kalori miktarından çoğunlukla (%57,6) değişim olmamıştır. Hem iştah artışı olanlarda hem de günlük alınan kalori miktarında artış olanlarda belirgin kilo artışı olmuştur. Farklı olarak düzenli spor yaptığını belirten vakaların çoğunlukla (%67,3) ortalama kilolarında artış izlenirken düzenli spor yapmayanların çoğunluğunun (%56,2) kilolarında bir değişim olmamıştır. Sigarayı bırakanlar ve bırakmayanların fiziksel aktivite ve kilo alımı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada farklı düzeylerde egzersiz yapanlarla yapmayanlar karşılaştırıldığında yapmayanlar anlamlı oranda daha fazla kilo almışlardır (78). Kilo değişimini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada ise düşük fiziksel aktivite ve iştah artışı kilo alımını artıran faktörlerden olduğu tespit edilmiştir (7). Farley ve arkadaşlarının yaptıkları sigara bırakma sonrası kilo değişimini araştırdıkları çalışmalarına göre de sigarayı bıraktıktan sonra kilo almayı önlemeye yönelik düzenli fiziksel aktivitenin önemli olduğu vurgulanmıştır (84). Literatürlere bakıldığında spor yapmanın kilo alımını azaltıcı etkisi olduğu belirtilirken bizim çalışmamızda spor yapanlar çoğunlukla kilo almıştır. Bu durum spor yapma durumunu hastaların subjektif değerlendirmelerine bağlı olduğu düşünülebilir.

Çalışma grubumuzun yaşam tarzı değerlendirildiğinde çoğunlukla iştah düzeyi ve günlük kalori alımında artış olmuştur. Yaşar ve arkadaşlarının sigara bırakma poliklinik sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında bırakanların %31,8'inin iştahında artış olurken, bırakmayanların %20'sinde iştah artışı olmuştur (70). John ve arkadaşlarının çalışmalarına göre iştah artışının şiddetiyle sigara bırakma sonrası kilo alımı arasında kuvvetli ilişki tespit edilmiştir (92).

Yaşam tarzı değişimleri önerilerinde bulunulan sigarayı bırakan katılımcılar (%70,8) çoğunlukla düzenli spor yapmamıştır.

Sigarayı bırakamayanların yaşam tarzı değişimlerine bakıldığında çoğunlukla (%87,4) iştah değişimi ve günlük kalori alımında (%92,9) değişim olmamıştır. Yaşam tarzı değişimlerine uyumları sorgulandığında sigarayı bırakamayan katılımcıların çoğunluğu (%97,6) düzenli egzersiz yapmamıştır.

Erkek katılımcıların bırakma durumu ile yaşam tarzı değişimleri değerlendirildiğinde tamamen bırakan katılımcıların iştahı hem bırakamayanlardan hem de bir dönem bırakıp tekrar başlayanlardan daha fazla artmıştır. Ayrıca bir dönem bırakanların iştahı bırakamayanlardan daha fazla artmış olup istatistiksel olarak anlamlıydı. Günlük kalori alımına bakıldığı zaman ise bırakmış olanların günlük kalori artışı hiç bırakamayanlardan anlamlı oranda daha fazlayken bir dönem bırakanlarla arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p=0,123$). Erkeklerde bırakanlar ve relaps olanların anlamlı oranda bırakmayanlara göre iştah artışı ve günlük kalori artışı olmuştur.

Kadın katılımcıların sigara bırakma durumu ile yaşam tarzı değişimleri incelendiğinde bırakanların iştahı hiç bırakamamışlardan ve bir dönem bırakanlardan daha fazla artmıştır. Günlük kalori alımı değerlendirildiğinde ise bırakmış olanlar hiç bırakamamış olanlara göre ve bir dönem bırakanlara göre günlük daha fazla kalori alımı olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda yöntemlerin iştah düzeyi ve günlük kalori alımı üzerine etkisini incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını tespit edilmiştir. Bir kohort çalışmasına göre NRT uygulamasının iştah düzeyini azaltarak ve bazal metabolizmayı artırarak kilo alımında ortalama 2,8 kg kadar azaltma olduğu görülmüştür (93).

6.SONUÇ

6.1 Çalışmamıza toplam 335 vaka dâhil edilmiştir (142'si kadın, %42,2).

6.2 Erkek vakalar kadınlara göre ortalama 2 yıl daha fazla sigara kullanmıştır.

6.3 Erkek vakalar kadınlara göre 4,5 paket/yıl daha fazla miktarda sigara kullanmışlardır.

6.4 Her iki cinsiyet ile FNBT değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

6.5 Nikotin bağımlılık düzeyi ile meslek ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

6.6 İlk başvuru esnasında alınan bilgilere göre kadınlar erkeklere göre daha fazla sigara bırakma girişiminde bulunmuşlardır.

6.7 Çalışmamıza katılan vakaların büyük bir çoğunluğuna (%45,1) motivasyonel görüşme ile birlikte Bupropion uygulanmıştır.

6.8 Sigarayı bırakanlar arasında en başarılı yöntem yaşam tarzı değişikliği, motivasyonel görüşme ve Vareniklin'in birlikte uygulandığı grup olmuştur (n=20, %41,7).

6.9 Yaşam tarzı değişikliği, motivasyonel görüşme ve Bupropion kullanan vakalar diğer tedavi yöntemleri ile kıyaslandığında en sık relaps gösteren ve sigarayı hiç bırakamayan grup olmuştur.

6.10 İlk başvurularından ortalama iki yıl sonra araştırmaya dâhil edilen 335 katılımcıdan 48'i (%14,3) halen sigara içmiyordu. Vakalardan 160'ı (%47,8) sigarayı bir dönem bırakıp sonra tekrar başlamıştı. Bu son grup tedavi aldıktan sonra ortalama 4,5 ay sigarayı bırakmıştır.

6.11 Bırakma durumu ile cinsiyet, meslek, sigara dumanına maruz kalma, bağımlılık düzeyi arasından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır

6.12 Sigara bırakma polikliniğine başvuran kadınların ilk fizik bakılarında boyları erkeklere göre ortalama 4 cm daha kısa, belleri 10 cm daha ince ve kiloları 11 kg daha az olarak saptanmıştır. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Ancak cinsiyetlerin ilk başvuru esnasındaki BKİ'leri arasında istatistiksel olarak bir fark saptanamamıştır.

6.13 Sigara bırakma durumlarından bağımsız olarak sigara bırakma tedavisi uygulanan tüm hastaların neredeyse yarısı (n=157, %46,9) tedavileri süresince kilo almışlardır. En sık kilo alanlar sigarayı bırakmış grup olmuştur (n=39, %81,3).

6.14 Sigara bırakma durumlarına göre (bırakan, relaps ve hiç bırakmayan) cinsiyetler incelendiğinde kadın vakaların ilk başvuru, üçüncü ay ve şu anki kiloları arasında istatistiksel bir fark yoktur. Aynı şekilde ilk başvuru, üçüncü ay ve şu anki BKİ'leri arasında istatistiksel bir ilişki yoktur.

6.15 Sigara bırakma durumlarına göre (bırakan, relaps ve hiç bırakmayan) cinsiyetler incelendiğinde erkek vakaların ilk başvuru, üçüncü ay ve şu anki kiloları arasında istatistiksel bir fark yoktur. Aynı şekilde ilk başvuru ve şu anki BKİ'leri arasında istatistiksel bir ilişki yoktur. Ancak başvurudan üç ay sonraki BKİ değerleri incelendiğinde sigarayı bırakmış grubun BKİ ortalamaları ile hiç bırakmamış grubun ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır.

6.16 Sigarayı bırakmış olan erkek vakaların ortalama kiloları ve BKİ'leri ilk başvurularından sonra üçüncü ayda artmış ve bu artış daha sonrada kalıcı olmuştur.

6.17 Sigarayı bırakmış olan kadın vakaların ortalama kiloları ve BKİ'leri ilk başvurularından sonra üçüncü ayda artmış ve bu artış daha sonrada kalıcı olmuştur.

6.18 Kilo değişimi ile uygulanan tedavi yöntemi, medeni ve mesleki durum arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir.

6.19 Sigarayı bırakanların iştahlarında ve günlük kalori alımında artış gözlenirken bırakmayanlarda iştah ve günlük kalori alımında değişiklik olmamıştır.

6.20 Uygulanan tedavi yöntemlerinin iştah düzeyine ve kalori alımı üzerine etkisi tespit edilmemiştir.

6.21 Nikotin bağımlılık düzeyi, sigara kullanım miktarı ile iştah değişimi arasında istatistiksel bir ilişki tespit edilmemiştir.

7. KAYNAKLAR

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PloS Med 2006;3(11):e442. doi:10. 1371/journal.pmed.0030442
2. World Health Organization. Tobacco or Health: A Global StatusReport.Geneva,2010.http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (ErişimTarihi:25.05.2015).
3. Argüder E., Hasanoğlu H., Ayşegül Karalezli, Hatice Kılıç, Sigara bırakmaya eğilimi artıran faktörler, Tuberk Toraks 2012; 60(2): 129-135
4. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP et al., Trends in cigarette smoking in the United States. The changing influence of gender and race. JAMA; 261:49-55
5. US Public Health Service Report., A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 199-208; 2000
6. Tunç Z, Şahin E., Edirne’de Öğretmenlerin Sigara İçme İle Bırakma Davranışları Ve Etkileyen Faktörler Edirne,2007, Uzmanlık Tezi
7. Kmetova A., Kralikova E., Stepankova L., Zvolska K., Blaha M., Sticha M., Bortlicek Z., Schroeder D.R., Croghan I.T., Factors associated with weight changes in successful quitters participating in a smoking cessation program, Addictive Behaviors 39 (2014) 239–245
8. Komiyama M., Wada H., Ura S., Yamakage H., SatohAsahara N., Shimatsu A., Koyama H., Kono K., Takahashi Y., Hasegawa K., Analysis of Factors That Determine Weight Gain during Smoking Cessation Therapy, Plosone August 2013Volume 8 Issue8
9. Japuntich SJ, Leventhal AM, Piper ME, Bolt DM., Smoker Characteristics and Smoking-Cessation Milestones, Am J Prev Med 2011. 40(3): p. 286-294
10. TC. Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı, 2010
11. TC Sağlık Bakanlığı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye raporu, 2010

12. Ezzati M, Lopez AD., Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000., Lancet 2003;362:847-52
13. Peto R., Smoking and death: the past 40 years and the next 40., BMJ:937-9. 1994;309
14. Karlıkaya C. Ve Ark.,Tütün Kontrolü,Toraks Dergisi 2006; 7(1): 53.
15. Kesim Y. Sigaranın Farmakolojik Etkileri. Tür A (Ed) Sigaranın Sağlığa Etkileri Ve Bırakma Yöntemleri'nde Samsun Logos Yayıncılık 1995:29-53
- 16.Sürmeli CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2008, Uzmanlık Tezi
17. Henningfield JE, Stapleton JM, Benowitz NL et al. Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking. Drug Alcohol Depend 1993; 33:23-9
18. Yorgancıoğlu A. ve Ark., Sigara Bağımlılığı ve Hekimler Toraks Dergisi, 2000;1: S90-91
19. Demir T., Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 •Mart 2008, S232
20. Benowitz NL. Cigarette smoking and nicotine addiction Med. Clin. Of North America 1992;76:415-529
21. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO., The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991; 86: 1119-27
22. Bingöl A.K., Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan Yöntemlerin Başarısını Etkileyen Faktörler Ankara 2006, Uzmanlık Tezi
23. Hughes J.R. Nicotine-Related Disorders.In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams&Wilkins 1033-8, 2000

24. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi, Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi
25. Uzaslan E., Sigarayı Bırakma Yöntemleri, STED 2003 cilt 12/sayı 5, S:166-167
26. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S.Department .of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008,
27. Ralph S. Caraballo, Judy Kruger, Kat Asmanb, Linda Pederson, Rachel Widome, Catarina I. Kiefe, Brian Hitsman, David R. Jacobs Jr, Relapse among Cigarette Smokers: The CARDIA longitudinal study - 1985–2011, Addictive Behaviors 39 (2014) 101–106
28. Aslan M. Sigarayı Bırakanların Sosyodemografik Özellikleri ile Sigarayı Bırakmada Etkili Faktörler Ve Bırakma Yöntemleri, Van 2009, Uzmanlık Tezi
29. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G., Sociodemographic predictors of success in smoking intervention., Tobacco Control;10:165-9, 2001
30. TC. Sağlık Bakanlığı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu, 2010, S58-59
31. Şahbaz S., Kılınç O., Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri, sted 2005 cilt 14/sayı 5: S 98
32. Akçay Ş. Ve Ark. Tütün Kontrolü Ve Sigara Bırakma Tedavisi, Turk Toraks Derneği, 2013
33. Demir T., Sigara Bağımlılığı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:231-238
34. Özge C. Ve Ark. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşısı Raporu, Türk Toraks Derneği, 2014, s29-30
35. Gilpin EA, Pierce JP, Farkas AJ. Duration Of Smoking Abstinence And Success İn Quitting.J Nat Cancer Inst. 1997 Apr 16;89(8):572-6.

36. Carroll KM. Relapse prevention As A Psychosocial treatment: A Review Of Controlled Clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol* 1996;4(1):46-54
37. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. a clinical practice guideline for treating tobacco use *Am J Prev Med.* 2008;35(2):158-76
38. Herd N, Borland R, Hyland A. Predictors of smoking relapse by duration of abstinence: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction.* 2009;104(12):2088-99.
39. Yong HH, Borland R, Cooper J, et al. Postquitting experiences and expectations of adult smokers and their association with subsequent relapse: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Nicotine Tob Res.* 2010;12:S12-9.
40. Piasecki TM. Relapse to smoking, *Clin Psychol Rev.* 2006;26(2):196-215
41. Brown RA, Lejuez CW, Strong DR, et al. A prospective examination of distress tolerance and early smoking lapse in adult self-quitters. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(5):493-502
42. Japuntich SJ, Leventhal AM, Piper ME, Bolt DM. Smoker Characteristics and Smoking-Cessation Milestones. . *Am J Prev Med* 2011. 40(3): p. 286-294)
43. Hays JT, Ebbert JO, Sood A. Treating tobacco dependence in light of the 2008 US Department of Health and Human Services clinical practice guideline. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(8):730-5
44. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco for Tobacco Use and Dependence A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000, 283-24)
45. Fidan F. Ve Ark., Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları, *Kocatepe Tıp Dergisi*, Cilt 6 No: 3, Eylül 2005, S33
46. Matheny KB, Weatherman KE. Predictors of Smoking Cessation and Maintenance. *Journal of Clinical Psychology* 1998: 54(2); 223-235

47. Zhou X, Nonnemaker J, Sherill B et al. Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors* 2009; 34: 365-373
48. Argüder E. Ve Ark., Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler, *Turk Toraks Derg* 2013; 14: 81-7
49. Goto R, Takahashi Y, Nishimura S et al. A cohort study to examine whether time and risk preference is related to smoking cessation success. *Addiction* 2009; 104: 1018-1024
50. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE et al. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: implications for nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* 2007; 9: 555- 570
51. Dorner TE, Tröstl A, Womastek I et al. Predictors of short-term success in smoking cessation in relation to attendance at a smoking cessation programme. *Nicotine&Tobacco Research* 2011; 13(11): 1068-1075
52. Jennifer AF, West R. Enjoyment of smoking and urges to smoke as predictors of attempts and success of attempts to stop smoking: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence* 2011; 115: 30-34
53. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnson K et al. It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. The inter99 study. *Preventive Medicine* 2005; 40: 278-284
54. Smith BJ, Marshall AL, Huang N. Screening for physical activity in family practice: evaluation of two brief assessment tools *Am J Prev Med* 2005 Nov;29(4):256-64
55. ÇAN G., ÖZTUNA F., ÖZLÜ T., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçlarının Değerlendirilmesi, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(1): 69-74).
56. Salepçi B., Fidan A., Oruç Ö., Torun E., Çağlayan B., Kader Ş.N., Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başlarında Etkili Faktörler, *Toraks Dergisi* Cilt 6, Sayı 2 • Ağustos 2005

57. Önen Z.P., Şen E., Eriş Gülbay B., Öztürk A., Akkoca Yıldız Ö., Acıcan T., Saryal S., Karabıyıkoglu G., Farklı tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2010; 58(4): 385-392
58. Kmetova A., Kralikova E., Stepankova L., Zvolska K., Blaha M., Sticha M., Bortlicek Z., Schroeder D.R., Croghan I.T., Factors associated with weight changes in successful quitters participating in a smoking cessation program, *Addictive Behaviors* 39 (2014) 239–245
59. Ralph S. Caraballo, Judy Kruger, Asmanb K., Pederson L., Widome R., Catarina I. Kiefe , Hitsman B., David R. Jacobs Jr., Relapse among Cigarette Smokers: The CARDIA longitudinal study - 1985–2011, *Addictive Behaviors* 39 (2014) 101–106).
60. Şahbaz S., Kılınç O., Günay T., Ceylan E., Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri, *Toraks Dergisi Haziran 2007 Cilt 8;Sayı 2).*
61. Aslaner E, Adana İl Merkezinde Sigara Kullanımı Ve Etkilerinin, Sigaraya Ve Dumana Maruziyetin ve Tütün Kontrol Yöntemleri İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışların Telefon Surveyi İle Saptanması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2008, Uzmanlık Tezi
62. Aytemur Solak Z., Gündüz Telli C., Erdinç E., Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları, *Toraks Dergisi*, 2003;4(1):73-77
63. Durusoy R Davas A, Dezavantajlı bir grupta işyerinde sigarayı bırakma programının bir yıllık sonuçları, *Ege Journal of Medicine* 2012;51(3):143-150).
64. Alicia M. Allen, Alison Kleppinger b, Harry Landoc, Cheryl Oncken d Effect of nicotine patch on energy intake and weight gain in postmenopausal women during smoking cessation, *Eating Behaviors* 14 (2013) 420–423
65. Sharon S. AllenT, Dorothy Hatsukami, Dawn M. Brintnell, Tracy Bade, Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: A randomized controlled trial of postmenopausal female smokers, *Addictive Behaviors* 30 (2005) 1273–1280

66. Örsel O., Örsel S., Alpar S., Uçar N., Şipit1 T., Kurt B., Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2005; 53(4): 354-361
67. ÇAN G., ÖZTUNA F., TOPBAŞ M., Complaints related to smoking cessation, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007; 55(4): 364-369
68. Eroğlu S., İstanbul'da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler, *İstanbul Med J* 2013; 14: 170-4).
69. Aytemur Solak Z., Gündüz Telli C., Erdinç E., Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları, *Toraks Dergisi*, 2003;4(1):73-77
70. Yaşar ve Ark. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler, *Eurasian J Pulmonol* 2014; 16: 99-104
71. Demir T., Tutluoğlu B., Koç N., Bilgin L., Sigara Bırakma Polikliniğimizin Bir Yıllık İzlem Sonuçları, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(1): 63-68
72. Karadağ M. ve Ark., Nikotin Bağımlılığının Sigara Bırakmadaki Etkisi, *Yeni Tıp Dergisi* 2011;29(1):27-31).
73. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2012 Ertem M. ve Ark.
74. Demir T., Tutluoğlu B., Koç N., Bilgin L., Sigara Bırakma Polikliniğimizin Bir Yıllık İzlem Sonuçları, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(1): 63-68
75. Argüder E., Karalezli A., Hezer H., Kılıç H., Er M., Hasanoğlu H.C., Demir P., Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler, *Türk Toraks Dergisi* 2013; 14: 81-7
76. Karadağ M., Karadağ S., Ediz B., Işık E.S., Nikotin Bağımlılığının Sigara Bırakmadaki Etkisi *Yeni Tıp Dergisi* 2011;29(1):27-31
77. Peggy O'Hara,1 John E. Connett, Wondra W. Lee, Nides M., Murray R. and Wise R., Early and Late Weight Gain following Smoking Cessation in the Lung Health Study *Am J Epidemiol* Vol. 148, No. 9, 1998

78. Keith P.G., Keith M. Thraen-Borowski, Tanya R. Schlam, , Tara L. LaRowe, Michael C. Fiore, Timothy B. Baker, and Lisa H. Colbert, Smokers' Physical Activity and Weight Gain One Year after a Successful Versus Unsuccessful Quit Attempt, *Prev Med.* 2014 October; 67: 189–192. doi:10.1016
79. Basterra-Gortari, F. J., Forga, L., Bes-Rastrollo, M., Toledo, E., Martínez, J. A., & Martínez-González, M. A. (2010). Effect of smoking on body weight: Longitudinal analysis of the SUN cohort. *Revista Española de Cardiología*, 63, 20–27
80. Terry M. Bush, Michele D. Levine, Brooke Magnusson, Yu Cheng, Xiaotian Chen, Lisa Mahoney, Lyndsay Miles, Susan M. Zbikowski, Impact Of Baseline Weight On Smoking Cessation And Weight Gain In Quitlines, *Ann. Behav. Med.* Doi 10.1007/S12160-013-9537
81. Chiolero A., Jacot-Sadowski I., Faeh D., Paccaud F., Cornuz, J., Association of cigarettes smoked daily with obesity in a general adult population. *Obesity Silver Spring* 2007, 15, 1311–1318
82. Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P., Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ* 2012;345: e4439.)
83. Allen, S. Hatsukami, D., Brintnell, D.M., Bade, T. Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: A randomized controlled trial of postmenopausal female smokers. *Addictive Behaviors*, 2005; 30, 1273–1280)
84. Farley, A.C., Hajek, P., Lycett, D., Aveyard, P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2012) CD006219
85. Pack, Q. R., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Jackson, T., Weston, P., Piper, M. E., et al. A comparison of the nicotine lozenge and nicotine gum: An effectiveness randomized controlled trial. (2008). *WMJ*, 107, 237–243
86. Stop smoking and don't worry about weight gain *BMJ* 2013;346:f1611 doi: 10.1136/bmj.f1611

87. Munafò, M. R., Tilling, K., & Ben-Shlomo, Y. Smoking status and body mass index: A longitudinal study. *Nicotine & Tobacco Research*, 2009; 11, 765–771. doi:10.1093
88. Robertson L., McGee R., Robert J. Hancox, Smoking Cessation and Subsequent Weight Change, *Nicotine & Tobacco Research Advance Access* published January 24, 2014
89. Dale, L. C., Schroeder, D. R., Wolter, T. D., Croghan, I. T., Hurt, R. D., & Offord, K. P. (1998). Weight change after smoking cessation using variable doses of transdermal nicotine replacement. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 9–15
90. Croghan, I. T., Ebbert, J.O.,Hurt, R. D.,Hays, J. T.,Dale, L. C.,Warner,N., et al. (2009). Gender differences among smokers receiving interventions for tobacco dependence in a medical setting. *Addictive Behaviors*, 34, 61–67.
91. Aubin, H. J., Berlin, I., Smadja, E., & West, R. (2009). Factors associated with higher body mass index, weight concern, and weight gain in a multinational cohort study of smokers intending to quit. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 943–957
92. John, U., Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., & Schumann, A. (2006). Predictors of increased body mass index following cessation of smoking. *American Journal on Addictions*, 15, 192–197
93. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, et al. (1991) Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 324: 739–45

8. EKLER

EK-1

Tablo 2.3.1 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
<p>Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?</p> <p>a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan)</p> <p>b. 6-30 dakika içinde (2 puan)</p> <p>c. 31-60 dakika (1 puan)</p> <p>d. 1 saatten fazla (0 puan)</p>
<p>Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?</p> <p>a. Evet (1 puan)</p> <p>b. Hayır (0 puan)</p>
<p>Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?</p> <p>a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan)</p> <p>b. Diğer herhangi biri (0 puan)</p>
<p>Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?</p> <p>a. 10 adet ve daha az (0 puan)</p> <p>b. 11-20 adet (1 puan)</p> <p>c. 21-30 adet (2 puan)</p> <p>d. 31 ve daha fazlası (3 puan)</p>
<p>Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?</p> <p>a. Evet (1 puan)</p> <p>b. Hayır (0 puan)</p>
<p>Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?</p> <p>a. Evet (1 puan)</p> <p>b. Hayır (0 puan)</p>
<p>Tabloda yer alan sorulardan elde edilen puanların toplamı aşağıdaki şekilde yorumlanmalıdır: 0-2: Çok az bağımlılık 3-4: Az bağımlılık 5: Orta derecede bağımlı 6-7: Yüksek bağımlılık 8-10: Çok yüksek bağımlılık</p>

EK-2

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ

ADI SOYADI:
HASTA NO:
DOĞUM TARİHİ:
YAŞI:
CİNSİYET:

MEDENİ HALİ:
MESLEĞİ:
TELEFON NO:
BAŞVURU TARİHİ:
TEDAVİYE BAŞLAMA TARİHİ:

SİGARA KULLANIM ÖYKÜSÜ:

SİGARA KULLANIM SÜRESİ:
SİGARA KULLANIM MİKTARI (PAKET/YIL):
AİLEDE (YAŞADIĞI YERDE) SİGARA KULLANIM DURUMU:
SİGARA BIRAKMA GİRİŞİM SAYISI:
FAGERSTROM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ:
SİGARA DIŞINDA MADDE BAĞIMLILIĞI VAR MI? :

GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ:

HASTALIKLARI:

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLARI:

AİLE ÖYKÜSÜ: 1. DERECE AKRABA:

2.DERECE AKRABA:

FİZİK MUAYENE

SAĞ KOL KAN BASINCI(MMHG):
SOL KOL KAN BASINCI(MMHG):
BOY (CM):
KİLO(KG):
BEL ÇEVRESİ(CM):
BEDEN KİTLE İNDEKSİ(KG/M²):

LABORATUAR TETKİKLERİ

TAM KANSAYIMI
HEMOGLOBİN:
HEMATOKRİT:
MCV:
PLT:
WBC:

RUTİN BİYOKİMYA
BUN:
KREATİN:
AST:
ALT:

LDL:
HDL:

TRİGLİSERİD:
TOTAL KOLESTEROL:

UYGULANAN TEDAVİ

DAVRANIŞSAL EĞİTİM:

DAVRANIŞSAL EĞİTİM + NİKOTİN REPLASMAN TEDAVİSİ:

DAVRANIŞSAL EĞİTİM + BUPROPİON:

DAVRANIŞSAL EĞİTİM + VARENİKLİN:

(TELEFON GÖRÜŞMESİ İLE)

TEDAVİYİ KAÇ KERE UYGULADINIZ? : ____

TEDAVİ SONRASI SİGARA İÇME DURUMU;

SİGARAYI HİÇ BIRAKMADI(____)

SİGARAYI BIRAKTI (____)

SİGARAYI BİR SÜRE BIRAKIP TEKRAR BAŞLADI (____)

ŞUAN SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?

EVET (____)

HAYIR(____)

SİGARA BIRAKMIŞ İSE NE KADAR SÜRE BIRAKTINIZ? (AY)_____

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ SÜRESİNCE İŞTAH DURUMUNUZDA DEĞİŞİM OLDU MU?

1.ÇOK AZALDI	2.AZALDI	3. DEĞİŞİM YOK	4.ARTTI	5.ÇOK ARTTI

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ SÜRESİNCE GÜNLÜK ALINAN BESİN MİKTARINIZDA DEĞİŞİM OLDU MU?

1.ÇOK AZALDI	2.AZALDI	3. DEĞİŞİM YOK	4.ARTTI	5.ÇOK ARTTI

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ SÜRESİNCE SPOR YAPTINIZ MI?

EVET(____)

HAYIR(____)

1)Haftada kaç kere 20 dk ve üzerinde giysileriniz ıslatacak kadar yoğun egzersiz yaptınız?

(____) 3 ve daha fazla

(____)2 ve daha az ya da

(____)hiç

2) Haftada kaç kere 30 dk ve üzerinde solunum ve kalp hızını normalden daha fazla artıracak kadar orta yoğunlukta egzersiz ya da yürüyüş yaptınız?

(____)5 ve daha fazlası

(____)haftada 3-4

(____)haftada 1-2

(____)hiç

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNE BAŞLADIKTAN SONRASINDAKİ ÜÇ AY İÇİNDE KİLO DEĞİŞİMİNİZ OLDU MU?

DEĞİŞİM YOK	KİLO ALDI	KİLO VERDİ

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNE BAŞLADIKTAN SONRASINDA ÜÇÜNCÜ AYDAKİ KİLONUZ NEDİR? (KG) (İLK ÜÇ AYDA KAÇ KİLO ALDINIZ?)

ŞUAN KAÇ KİLOSUNUZ? (KG)

UYGULANAN SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ HAKKINDAKİ DÜŞÜNCENİZ NEDİR?

ÇOK ETKİSİZ	ETKİSİZ	KARARSIZIM	ETKİLİ	ÇOK ETKİLİ

TELEFON İLE GÖRÜŞME SÜRESİ(DK): _____

EK-3

ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1097

27.06.2014

Sayın : Doç. Dr. Bektaş Murat YALÇIN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Sigara Kullanım Durumlarının Uzun Vadede Kişilerin Beden Kitle İndeksi Üzerine Etkileri** başlıklı OMÜ KAEK 2014/597 Karar nolu Dosya taraması nitelikli araştırma projeniz:Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 27.03.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Abdülkerim BEDİR
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkanı