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

DAHA ÖNCE PSİKİYATRİK BİR HASTALIK TANISI ALMIŞ OLAN KİŞİLERDE SİGARA BIRAKTIRMA PROGRAMIYLA KISA VE ORTA VADEDE SİGARA BIRAKMADAKİ BAŞARI ORANLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Öznur ALTUNTAŞ

SAMSUN- 2014

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

DAHA ÖNCE PSİKİYATRİK BİR HASTALIK TANISI ALMIŞ OLAN KİŞİLERDE SİGARA BIRAKTIRMA PROGRAMIYLA KISA VE ORTA VADEDE SİGARA BIRAKMADAKİ BAŞARI ORANLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Öznur ALTUNTAŞ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. B. Murat YALÇIN

SAMSUN- 2014

TEŞEKKÜR

Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içinde uzmanlık eğitimime ve hayata hazırlanmama katkısı olan tüm değerli hocalarıma;

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

Asistanlık eğitimime başladığım günden itibaren anlayışı, hoşgörüsü ve sabrıyla desteğini hiçbir zaman esirgemeyen anabilim dalı başkanım sevgili hocam Prof. Dr. Füsun Yarış'a;

Asistanlığımız süresince her zaman birbirimize destek olduğumuz asistan arkadaşlarıma ve uzman olup aramızdan ayrılan çok değerli arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca hep yanımda olan, desteğini ve sevgilerini her zaman hissettiren ve kendilerinden çok beni düşünen anneme ve babama,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Öznur ALTUNTAŞ

Samsun, 2014

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR I

İÇİNDEKİLER II

TABLO LİSTESİ V

GRAFİK LİSTESİ VI

ŞEKİL 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. Psikiyatrik Hastalarda Sigara İçme Oranı 2

2.3.Sigaraya Bağlı Morbidite, Mortalite Ve Hastalık Yükü 4

2.4. Pasif Sigara Dumanı 5

2.5 Nikotin Bağımlılığı Ve Değerlendirilmesi 5

2.6 Tütün Bağımlılığı Kontrolü 8

2.7.Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım 11

2.7.1.İlaç Dışı Tedaviler 13

2.7.2. İlaç Tedavileri 18

2.7.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi 18

2.7.2.2 Bupropion 20

2.8 Psikiyatrik Hastalarda Sigara Bırakma Tedavisi 22

2.9. Sigara Bıraktırma Polikliniklerinde Hastaya Yaklaşım 25

3.MATERYAL VE YÖNTEM 26
3.1 Araştırmanın Yeri 26
3.2 Araştırmanın Tipi 26
3.3 Araştırmanın Evreni 26
3.4 Araştırmanın Örneklem Hacmi 26
3.5 Örneklem Seçimi 26
3.6 Araştırmanın Metodolojisi 27
3.6.1.Verilerin Toplanması 28
3.6.1.1 Dosya Taraması 28
3.6.1.2 Hasta Telefon Konsültasyonları 29
3.7 Veri Analizi 30
3.8 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler Ve Kısıtlılıklar 30
3.9 Etik İzin 30
4. BULGULAR 31
4.1 Çalışmaya Katılan Kişilerin Demografik Özellikleri 31
4.2 Çalışmaya Katılan Kişilerin Sigara Kullanım Özellikleri 32
4.3 Vaka Grubunun Psikiyatrik Tanıları Açısından Sınıflandırılması 33
4.4 Çalışmaya Katılan Kişilerin Sigara Bırakma Yöntemlerinin Değerlendirilmesi 34
4.5 Vaka Grubunda Sigara Bırakma Durumu Ve Özellikleri 36
4.6. Kontrol Grubunda Sigara Bırakma Durumu Ve Özellikleri 39
4.7 Vaka ve Kontrol Gruplarının Sigara Bırakma Durumları Açısından Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi 40
4.7.1 Vaka ve Kontrol Gruplarında Sigara Bırakan Kişilerin Demografik Verilerinin Karşılaştırılması 41
4.7.2 Vaka ve Kontrol Gruplarında Sigara Bırakan Kişilerin Sigara Kullanım Özelliklerinin ve Bağımlılık Durumlarının Karşılaştırılması 41
4.8 Vaka ve Kontrol Gruplarında Sigarayı Bırakamayan Kişilerin Değerlendirilmesi 42
5. TARTIŞMA 44

6. SONUÇ 54

7. ÖNERİLER 57

8. KAYNAKLAR 59

9.EKLER 68

EK-1 68

EK-2 69

TABLO LİSTESİ

Tablo.2.2.1 ABD'deki Psikiyatrik Hastalığı Bulunanlarda Sigara Kullanma Durumlarının Özellikleri

Tablo.2.5.1 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Tablo.2.6.1 Tütün Kontrol Yöntemleri Ve Etkinlikleri

Tablo.4.2.1 Çalışmaya Katılan Kişilerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Göre Bağımlılık Derecesinin Değerlendirilmesi

Tablo.4.3.1 Vaka Grubunun Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu

Tablo.4.4.1 Sigara Bırakma Yöntemlerinin Vaka Ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo.4.4.2 Vaka Grubunun Sigara Bırakma Tedavi Yöntemlerinin Psikiyatrik Tanılarına Göre Dağılımı

Tablo.4.5.1 Vaka Grubunun Psikiyatrik Tanılarına Göre Sigara Bırakma Oranları

Tablo.4.5.2 Sigara Bırakma İle Bağımsız Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Tablo.4.6.1 Kontrol Grubunda Sigara Bıraktırma Yöntemlerine Göre Sigara Bırakma Başarı Oranları.

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1.1 Çalışmaya Katılan Grupların Medeni Durumlarının Değerlendirilmesi

Grafik 4.1.2 Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı

Grafik 4.5.1 Vaka Grubunda Sigara Bırakma Yöntemlerine Göre Başarı Oranları

Grafik 4.6.1 Kontrol Grubunun Sigara Bırakma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Grafik 4.7.1.1 İki Grubun Sigara Bırakan Kişilerin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Grafik 4.8.1 Vaka ve Kontrol Gruplarında Sigarayı Bırakamama Sebeplerinin Dağılımı.

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil.2.7.1.1 Birinci basamakta tütün kullanımı ve bağımlılığı için tedavi modeli

Şekil 2.7.1.2 Sigara Bırakma Sürecinde Değişim Döngüsünün Aşamaları

Şekil 2.7.2.1 Sigara Ve Nikotin Nazal Spreylerin Venöz Kanda Ulaştıkları Nikotin Düzeyleri

Şekil 3.6.1.1.1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bıraktırma Polikliniği'nde Üç Aylık Rutin Hasta Takibi

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

OMÜTF: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

DSM-4: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders- Mental Bozukluklar İçin Tanı Ve İstatistik El Kitabı

ICD: International Classification Of Diseases- Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

KAH: Koroner Arter Hastalığı

YTD: Yaşam Tarzı Değişikliği

MY: Motivasyonel Yaklaşım

GATS: Global Adult Tobacco Surveillance System- Küresel Erişkin Sigara Kontrol Sistemi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

FDA: Food And Drug Administration- Amerika İlaç ve Gıda Örgütü

PTSB: Posttravmatik Stres Bozukluğu

EPA: Environmental Protection Agency- Çevresel Koruma Ajansı

FCTC: The Framework Convention On Tobacco Control- Tütün Kontrolü Çerçevesi Sözleşmesi

MPOWER: Küresel Tütün Kontrolü İçin Politika Paketi

TTM: Transteorik Model

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

VTA: Ventral Tegmental Alan

DA. Dopamin

SR Sustained Release-Sürekli Salınım

BKI: Beden Kitle İndeksi

ÖZET

Amaç: Sigara, dünya üzerindeki en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre tüm dünyada 15 yaş üstü nüfusun 1/3'ü sigara içmektedir. Bu kişilerin birçoğunda DSM-IV ve ICD-10 tanı kriterlerine göre psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Sigara bağımlılığı ve psikiyatrik hastalıklar arasında güçlü bir bağlantı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda sigara bıraktırma polikliniğine başvuran psikiyatrik tanı almış hastalara uygulanan sigara bırakma tedavi programı ile kısa ve orta vadede sigara bırakma oranlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Mayıs 2011-Haziran 2013 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (OMUTF) Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne sigara bırakmak amacıyla başvuran toplam 513 kişi seçilmiş ve bunlardan telefonla ulaşılan 433 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Psikiyatrik tanısı bulunan 123 (% 28,4) hasta vaka grubunu, 310 (% 71,5) sağlıklı birey ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Sigara bıraktırmak için görüşülen kişilerin sosyodemografik verileri toplandıktan sonra, nikotin bağımlılığı ve bağımlılık süresi değerlendirilmiştir. Sigara bırakma tedavi programı dâhilinde hastalara yaşam tarzı değişikliği önerilip, bağımlılık düzeylerine göre tedavileri düzenlenmiştir. Bu kişiler sigara bırakma tarihinden itibaren iki ay sonrasına kadar poliklinikte üç kez görülüp, bırakma tarihinden en az üç ay sonra telefonla hastalara ulaşılıp sigara içimi sorgulanmıştır. Üç ay sonrasında sigara içmeyen hastalar sigarayı bırakmış olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızın vaka grubunun 84'ü (% 68,3) kadın, 39'u (% 31,7) erkekti. Yaş ortalaması ise 43,34±11,21 yıl idi. Hastaların 93'ü (% 75,6) evli idi. Sigara kullanım özelliklerine bakıldığında sigara kullanımı ortalama 28,63±46,13 paket/yıl, Fagerström nikotin bağımlılık testine (FNBT) göre bağımlılık skoru ortalama 5,83±2,34 puandır. Çalışmamızın vaka grubu DSM-IV tanı kriterlerine göre psikiyatrik tanılarına göre sınıflandırıldığında vakaların 85'i (% 69,1) distimik bozukluk, 16'sı (% 13,0) majör depresyon, 12'si (% 9,8) bipolar affektif bozukluk, 6'sı (% 4,9) anksiyete bozukluğu ve 4'ü (% 3,3) alkol/madde bağımlılığı tanısı almıştır. Sigara bırakma tedavi programında hastaların hepsine yaşam tarzı değişikliği ve motivasyonel yaklaşım (YTD+MY) uygulanmış olup ek tedavi olarak % 30,9'una NRT, % 36,6'sına NRT ve ilaç tedavisi uygulanmıştır. Sadece YTD+MY uygulananların oranı ise % 32,5'tir. Buna göre telefonla ulaşılan 123 hastanın 46'sı (% 37,4) sigarayı bıraktığını ifade etmiştir.

Çalışmamızda sigara bırakma oranları karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalardan oluşan vaka grubu ile sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunda anlamlı bir fark görülmüştür (χ^2= 13,680, p= 0,001). Çalışmamızın vaka grubunda sigarayı bırakanların FNBT puanları değerlendirildiğinde FNBT ortalama 5,47±2,24 puandı. Vaka grubunda sigarayı bırakamayanların FNBT puanlarının ortalamasıyla (6,38±2,31 puan) sigarayı bırakanların FNBT puanlarının ortalaması karşılaştırıldığında ikisi arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p= 0,035). Çalışmamızda sigara bırakma oranları sadece YTD+MY uygulanan 40 hastada % 27,5, YTD+MY ve NRT uygulanan 38 hastada % 55,2, YTD+MY+NRT+ilaç tedavisi uygulanan 45 hastada ise % 31,1 olarak bulunmuştur. Vaka grubunda sigara bırakma yöntemlerinin sigara bırakma açısından anlamlı olduğu görülmüştür (χ^2= 7,614, p= 0,022).

Sonuç: Psikiyatrik tanısı bulunan sigara içen hastaların sağlıklı bireylere göre sigara bırakma oranları düşük bulunmuştur**.** Sigara içen psikiyatrik tanılı hastaların yardım almadan sigara bırakma oranları (< % 10) göz önüne alındığında sigara bırakma tedavi programının etkili olduğu söylenebilir.

ABSTRACT

Aims: Smoking is the most important preventable death cause in the world. According to estimations of WHO, 1/3 of population over 15 years of age smokes in the world. Also according to diagnosis criteria of DSM-IV and ICD-10, most of these people have mental disorders. It is thought that there is a strong relation between smoking addiction and mental disorders. In this study it is aimed to determine smoking cessation rate in short and medium term of ones diagnosed as mental disorders.

Material and Methods: Total 513 people, smoking and consulted to OMU Medical Faculty Smoking Cessation Clinic to stop smoking between May 2011 and June 2013 were chosen. Of them, 433 who were reached by calling are included this study. 123 (28.4 %) subjects who had any mental disorders are included in study group and 310 (71.5 %) who had none in control group. Nicotine addiction and its time has been evaluated after sociodemographic data were gathered from the ones terminated smoking. To their addiction level the treatment type had been decided to all of the participants (Life style modification, drug therapy etc.). The smokers have been seen at least three times after two months from their estimated smoking quit date. They had been called three months later from their first approval. The participants who do not smoke any cigarette after three months preview to their quit date accepted as none smokers.

Results: In this study, 84 (68.3 %) of the case group are women and 39 (31.7 %) are men. Mean age is 43.34±11.21 years. 93 (75.6 %) of patients were married. Their usage of tobacco was 28.63±46.13 package/year and they had a mean score of 5.83±2.34 from Fagerstrom Nicotine Dependence Test. In the study group 85 (69.1 %) of subjects had dysthymic disorder, 16 (13.0 %) had major depression, 12 (9.8 %) had bipolar affective disorder, 6 (4.9 %) had anxiety disorder, 4 (3.3 %) had alcohol/drug addiction according to diagnosis criteria of DSM-IV. In programme of smoking cessation, all patients have been adviced to life style modification and a motivational approach has been used. 30.9 % of them recieved additional nicotine replacement therapy, 36.6 % of them recieved additional nicotine replacement therapy and drug therapy. Among the 126 patients, 46 (37.4 %) of non smoker subjects after three months who had replied to telephone consultation only motivational approach has been applied to 32.5 % of them. There was a significant difference between the smoking cessation

rates between two groups (χ^2= 13,680, p= 0.001). The mean score for Fagerstrom Nicotine Dependence Test scores was 5.47±2.24 points in study group. There was a statistically significant difference between the Fagerstrom Nicotine Dependence Test scores of non smokers and smokers (p= 0.035). The smoking cessation rates varied according tho the method for the therapy was as follows; from 40 patients who had recieved motivational approach was 27.5 %, 38 patients who had recieved Motivational Approach and Nicotine Replacement Therapy was 55.2 %, 45 patients who had recieved Motivational Approach, Nicotine Replacement Therapy and drug therapy was 31.1 %. In the study group, the difference between methods of smoking cessation has seemed as significant (χ^2= 7,614, p= 0,022).

Conclusion: The rates of smoking cessation of ones smoking and having mental disorders have been found lower than healthy people. The treatment of smoking cessation programme is seemed as effective when it is thought the rates (< 10%) of smoking cessation of ones smoking and having mental disorders without any help.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Giriş

Sigara, dünya üzerindeki en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Günümüzde her on erişkinden birinin ölümüne neden olan tütün bağımlılığı, dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur (1).

Dünyada 1,1 milyar kişi sigara içmektedir. Bu sayı 15 yaş üstü dünya nüfusunun yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır. Bunların % 80'i gelişmekte olan ülkelerde yer almaktadır (2). Türkiye dünyada en yoğun sigara içilen ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye'de sigara içme sıklığı % 31,2 olarak tespit edilmiştir. Bu oran erkeklerde % 63, kadınlarda ise % 24'tür (3). Yapılan çalışmalarda sigara içen erişkinlerin üçte birinde herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunduğu izlenmiştir (4). Bu da sigara bağımlılığı ile psikiyatrik hastalıklar arasında güçlü bir bağlantı olduğunu göstermektedir.

Sigara bıraktırma programları, ilaç dışı ve ilaç tedavileri olmak üzere ikiye ayrılır. Kişilerin sosyodemografik özellikleri ve mevcut hastalıklarına göre belirlenir. Özellikle psikiyatrik tanılarına göre motivasyonel terapiler ağırlıklı olmak üzere sigara bıraktırma programları düzenlenmektedir.

1.2.Amaç

Bu çalışmanın amacı uygulanan standart bir sigara bıraktırma programının herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış kişiler üzerinde kısa ve orta vadede sigara bırakma oranları üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Sigara Epidemiyolojisi

Kolay temin edilmesi ve kullanımının yasal olması nedeniyle sigara bağımlılığı en sık görülen madde bağımlılığı çeşididir. Bundan dolayı özellikle gelişmekte olan ülkelerde kullanımı gittikçe yaygınlaşmaktadır (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre tüm dünyada 15 yaş üstü nüfusun 1/3'ü sigara içmektedir. Yani yaklaşık 1,1 milyar insan sigara içmekte ve bunların yaklaşık 800 milyon gibi büyük bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Tüm dünyada her 10 saniyede bir kişi tütün ürünlerine bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Tahmini olarak 2020 yılında yılda 10 milyon insanın ölümünün sigaraya bağlı olacağı ve bunların da % 70'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir (6). DSÖ'nün farklı bölgelerinde yürütülen toplum tabanlı çalışmaların sonuçlarına göre tütün kullanımı GATS (Global Adult Tobacco Surveillance System) ile her yıl güncellenmektedir (7).

Türkiye tütün üretimi ve tüketiminde önde gelen ülkeler arasındadır. 2001 verilerine göre ülkemizdeki tüketim dünya tütün tüketiminin % 2'sini ve DSÖ Avrupa Bölgesi tüketiminin % 14'ünü oluşturmaktadır (8). Türkiye'de 2008 yılında yürütülen küresel erişkin tütün araştırması sonucu 15 yaş üstü erişkin grupta toplam tütün kullanım sıklığı % 31,2'dir. Kadınlarda sigara kullanım oranı kadınlarda % 15,2 erkeklerde % 47,9 olarak tespit edilmiştir. Çeşitli çalışmalarda ülkemiz için sigaraya başlama yaşının 13-17 arasında değiştiği gösterilmiştir (3). Gelişmiş ülkelerde ve erkeklerde sigara içme sıklığı sürekli azalırken, kadınlarda ve gelişmekte olan ülkelerde sürekli bir artış görülmektedir (6). Nüfus artışlarının yüksek olması, kadınların sosyal statülerinin yükselmesi, sağlık konusundaki bilgisizlik ve sigara bağımlılığı ile mücadele yöntemlerinin yetersizliği bu ülkelerde sorunun tüm hızıyla devam etmesine neden olacaktır. Ayrıca gelişmiş ülkelerde sigara ile ilgili çeşitli kısıtlamalarla karşılaşan büyük sigara şirketlerinin yeni pazar arayışı ile üçüncü dünya ülkelerine yönelmeleri de sorunu bu ülkeler açısından artırmaktadır (3).

2.2. Psikiyatrik Hastalarda Sigara İçme Oranı

Sigara ve psikiyatrik hastalıklar arasında güçlü bir bağlantı vardır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avustralya'da erişkin içicilerin üçte birinde DSM-IV ve ICD-10 tanı kriterlerine göre psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Sigara içmeyen

psikiyatrik hastaların oranı ise sadece % 15'tir (9). Yapılan çalışamalara göre psikiyatrik hastalar, psikiyatrik tanısı olmayanlara göre iki kat daha fazla sigara içmektedirler (10). Sigara kullanma oranları şizofrenlerde % 90, manide % 70, diğer psikiyatrik bozukluklarda ise % 45-70 arasında bildirilmektedir (11). 2009 yılında ABD'de yapılan araştırmaya göre sigara kullanma oranları oranları Tablo.2.2.1'de gösterilmiştir.

Tablo.2.2.1 ABD'deki Psikiyatrik Hastalığı Bulunanlarda Sigara Kullanma Durumlarının Özellikleri

TANI	ABD Populasyonu (%)	Güncel İçicilik (%)	Yaşam Boyu İçicilik (%)	Bırakma Oranı (%)
Sosyal fobi	12,5	35,9	54,0	33,4
PTSB*	6,4	45,3	63,3	28,4
Anksiyete bozukluğu	4,8	46,0	68,4	32,7
Panik atak	3,4	35,9	61,3	41,4
Majör depresyon	16,9	36,6	59,0	38,1
Distimik bozukluk	6,8	37,8	60,0	37,0
Bipolar bozukluk	1,6	68,8	82,5	16,6
Psikotik bozukluk	0,6	49,4	67,9	27,2

* Posttravmatik Stres Bozukluğu

Genel olarak ağır psikiyatrik bozukluğu olanlarda (örn. şizofreni) sigara içme oranı daha yüksektir. Psikiyatrik hastalar ABD nüfusunun sadece % 22'sini oluştursa da satılan sigaranın % 44'ünü bu grup tüketmektedir (12).

2000 yılında Türkiye'de 304 psikiyatrik hasta ile yapılan bir çalışmada nikotin bağımlılığı oranı tüm hastalarda % 29,3, bipolar bozuklukta % 70,6, psikotik bozukluklarda % 44,1, anksiyete bozukluklarında % 25,8, depresif bozukluklarda % 25,3, cinsel işlev bozukluklarında % 30,0, uyum bozukluklarında % 25 ve somatoform bozukluklarda % 21,2 olarak bulunmuştur (11).

2.3.Sigaraya Bağlı Morbidite, Mortalite Ve Hastalık Yükü

Sigara içenler mortalite etkilerine ek olarak 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 sigaranın neden olduğu sağlık sorunlarından dolayı ölmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (13). Sigaranın zararlı etkileri başlıca dört başlık halinde ele alınabilir:

1.Önemli Öldürücü Hastalıklar: Sigara kullanımı, dünyada en sık görülen sekiz ölüm nedeninin altısında risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bunlar iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonları, kronik obstruktif akciğer hastalığı, tüberküloz ve solunum sistemi kanserleridir (6).

2. Diğer Öldürücü Hastalıklar: Sigara kullanımının akciğer kanseri dışında 10 - 12 kadar başka kanserle de ilişkisi vardır. Bunlar arasında gırtlak, ağız boşluğu, yutak, yemek borusu, mide-barsak, mesane, pankreas, kadınlarda rahim ve meme kanseri sayılabilir. Kanserlerden ayrı olarak kalp-damar sisteminin pek çok hastalığının, bu arada özellikle felç (inme) geçirmenin oluşunda ve akciğer rahatsızlıklarında sigara içilmesi etkilidir (14).

3. Diğer Hastalıklar: Sigara kullananlarda yukarıda sayılan ve yaşamı tehdit eden önemli hastalıklara ek olarak çok sayıda hastalığın görülme sıklığı sigara içmeyenlerden daha fazladır. Çeşitli mide-barsak hastalıkları, damar sertliği ve damar tıkanıklığı,

alerjiler, gözlerde katarakt ve diğer görme bozuklukları, osteoporoz, hafıza bozuklukları gibi hastalıklar bu grupta sayılabilir (14, 15, 16).

4. Diğer Etkiler: Sigara kullanımının etkileri yalnızca bazı hastalıkların meydana gelmesi ile sınırlı değildir. Hastalıklar, özellikle de öldürücü olan hastalıklar çok önemli olmakla birlikte, ağızda fena koku, çevredeki eşya, evlerde perdeler ve giysiler üzerindeki fena koku, yangın tehlikesi, genel anlamda çevre kirliliği gibi sağlıkla doğrudan bağlantısı olmayan durumlar da sigaranın diğer etkileri olarak belirtilebilir (14, 15).

2.4. Pasif Sigara Dumanı

Pasif sigara dumanı maruziyeti (çevresel sigara dumanı maruziyeti) de ciddi sağlık problemlerine yol açmaktadır. Amerika'da pasif içicilik yılda ortalama 3400 akciğer kanserine ve 46000 kişinin kalp hastalığı nedeniyle ölmesine yol açmaktadır. Bunun dışında ani bebek ölümlerine, düşük doğum ağırlıklı veya preterm doğumlara ve çocukluk çağı astımına neden olmaktadır (6).

Çevresel sigara dumanı, yan duman ve ikinci el ana dumandan oluşur. Yan duman yanan sigaranın yanan uç kısmından çıkan dumandır; ana duman sigara içme sırasında ortaya çıkan ve doğrudan inhale edilen dumandır. Aslında bilinen 3850 madde ve bilinen 50 karsinojen madde yan dumanda ana dumandan daha fazla miktarda bulunur (15).

1992'de ABD'de Çevresel Koruma Ajansı (EPA) çevresel sigara dumanını Sınıf A karsinojen olarak tanımlayan bir rapor yayımlanmıştır. İstemsiz sigara dumanı maruziyeti ile koroner arter hastalığı (KAH) riski arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda sigara kullananlarla aynı evi paylaşan sigara içmeyen bireylerde KAH riskinin % 20 - 50 daha fazla arttığı gösterilmiştir (17).

2.5 Nikotin Bağımlılığı Ve Değerlendirilmesi

Sigara içme, nikotin bağımlılığı sonucu sürdürülen ve pekişen bir davranıştır. 2000'li yılların öncesinde sigara içmenin sosyal olarak öğrenilmiş bir alışkanlık ve kişisel bir seçim olduğu düşünülüyordu. Psikolojik etkenlerin ve alışkanlıkların da payı olmakla birlikte bağımlılıkta esas bileşen sigaranın içindeki nikotindir. Sigara içme

alışkanlığında nikotinin temel rolü olduğu son 10 yılda yaygın kabul görmeye başladı (7).

Nikotinin bağımlılık yapan mekanizmasıacı ve ödül üzerine pekişen bir döngü oluşturur. Nikotin, bir kimyasal nörotransmiter olan asetil kolini taklit ederek merkezi ve periferik sinir sistemini etkiler. Nöronlar asetil kolin aracılığıyla haberleşir. Reseptöre bağlanan asetil kolin sinir hücresini aktive eden bir dizi değişikliğe yol açar. Nikotinin kimyasal taşıyıcı olarak etkisi söz konusu olduğunda etkilenen, gövdesi Ventral Tegmental Alan (VTA)'da bulunan ve lifleri Nükleus Akumbens'e (NAc) uzanan hücrelerdir (18).

İçiciler sigaradan bir nefes çektiğinde alınan nikotin, beyine taşındıktan sonra sinir hücreleri arasındaki boşluklara yerleşerek VTA'daki nikotinik asetil kolin reseptörlerine tutunur. Bu, NAc'deki hücrelerden dopamin salınmasına neden olur ve bu da sigara içiminin ödül sistemini yaratır. NAc'den dopamin salgılanmasının hayvan ve insan davranışında önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur. Bu ödül etkisini yaratanı bulmasını ve tekrarlamasını söyleyen bir sinyal yaratır (18,19).

Sigara Bağımlılığının Döngüsü (18,19)

- Nikotin dopamin salınımına yol açar.
- Dopamin rahatlatıcı ve keyif verici ödül sistemini oluşturur.
- Sigara içiminden bir süre sonra dopamin miktarı azalır.
- Dopamin yoksunluğu irritabilite ve strese yol açar. Sigara içicisi dopamin salınması için nikotin açlığı çeker.
- Nikotinin asetilkolinerjik reseptörlere sürekli bağlanması etkide gecikme, desensitizasyon ve upregülasyona yol açar.
- Nikotin miktarı azaldıkça, reseptörlerdeki hipereksitabilite nikotin isteğine yol açar.

Sigara içicilerinin içmede ısrar etmesinin yoksunluk belirtilerinden, çoğunlukla da huzursuzluk, rahatsızlık, üzgün hissetme, bozulmuş konsantrasyon, iştah artışından

kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu yoksunluk belirtileri son sigaranın alınmasından birkaç saat sonra başlar ve bir hafta boyunca en yoğun şekilde seyreder. Etkili semptomların çoğu 3-4 hafta içinde çözülür fakat iştah artışı birkaç ay sürebilir (18).

DSM-IV kriterleri herhangi bir maddeye karşı bağımlılığı son bir yıl içinde aşağıdaki yedi maddeden üçünün görülmesi olarak tanımlamaktadır (20):

1. Niyetlendiğinden daha fazla miktar ve süre kullanmak

2. Sürekli bırakma isteği ya da başarısız bırakma girişimleri

3. Kullanımı için fazla vakit harcamak

4. Sosyal faaliyetleri, hobileri, başka zevk verici aktiviteleri azaltmak ya da terk etmek

5. Maddeye bağlı ya da madde kullanımıyla artan fiziksel ya da psikolojik problemler yaşamasına rağmen kullanmaya devam etmek.

6. Tolerans gelişmesi

7. Yoksunluk belirtileri

Sigara bağımlılığın şiddeti klinik uygulamalarda Fagerstörm Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile belirlenmektedir. FNBT Tablo.2.5.1'de gösterilmiştir. Bu test aslında 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından Fagerström Tolerans Testi'nin revize edilmiş şeklidir (1). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin, Fagerström Tolerans Testi'ne göre iç tutarlılığının daha iyi ve daha kolay yanıtlanabilir olduğu belirtilmiştir (21). Türkiye'de 2004 yılında yapılan çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin güvenilirliği orta derecede bulunmuş ve Türkiye'de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır (7). Bu testin genel mantığına baktığımız zaman; kişinin içtiği sigara miktarı ile belli bir süre sigara içmeden durabilme derecesi incelenmektedir (22).

Tablo.2.5.1 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz? **a.** Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan) **b.** 6- 30 dakika içinde (2 puan) **c.** 31- 60 dakika (1 puan) **d.** 1 saatten fazla (0 puan)
Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? **a.** Evet : (1 puan) **b.** Hayır: (0 puan)
Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir? **a.** Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan) **b.** Diğer herhangi biri (0 puan)
Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? **a.** 10 adet veya daha az (3 puan) **b.** 11- 20 (2 puan) **c.** 21- 30 (1 puan) **d.** 31 veya daha fazlası (0 puan)
Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? **a.** Evet (1 puan) **b.** Hayır (0 puan)
Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ? **a.** Evet (1 puan) **b.** Hayır (0 puan)
Toplam skor 0-2: Çok az bağımlılık 6-7: Yüksek bağımlılık 3-4: Az bağımlılık 8-10: Çok yüksek bağımlılık 5: Orta derecede bağımlı

2.6 Tütün Bağımlılığı Kontrolü

DSÖ'nün 'Tütünsüz Hayat' girişimindeki amacı, tütün tüketiminin neden olduğu hastalıkları ve ölümleri önlemek, sosyal, çevresel ve ekonomik zararlarının küresel

yükünü azaltmak ve gelecek nesilleri tütüne maruziyetten korumaktır (23). The WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)- DSÖ Tütün Kontrol Çerçevesi Sözleşmesi özellikle şu noktaları vurgulamıştır:

1. Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre, 'çocuk' tanımı 18 yaşından küçük bireyleri içerir.
2. Sigara ve sigara sonucu oluşan problemler bir 'halk sağlığı sorunu' olarak kabul edilmektedir.
3. Sigara içen kadın nüfusu arttığı için cinsiyete özel kontrol mekanizmaları gereklidir.
4. Sigara ve diğer tütün ürünleri bağımlılığa neden oldukları için bir hastalık olarak kabul edilmektedir.
5. Sigara içenlerin yanı sıra sigara dumanına maruz kalanları da kapsayan koruyucu önlemler alınmalıdır.
6. Tütün endüstrisine karşı Tütün Kontrolü Çerçevesi Sözleşmesi kapsamında kampanyalar düzenlenmelidir.
7. Tütün endüstrisinin sponsorlukları önlenmelidir.
8. Etkili tütün kontrolü için yerel, kültürel, sosyal, ekonomik, siyasi ve hukuki faktörlerin dikkate alınması gerekir.
9. Tütün kullanımıyla mücadele için sektörler arası işbirliği gerekmektedir (23).

Buna bağlı olarak birincil düzeyde önerilen tütün kontrol yöntemleri ve etkinlikleri Tablo.2.6.1'de gösterilmiştir (24).

Tablo.2.6.1 Tütün Kontrol Yöntemleri, Etkinlikleri ve Önerileri	
Çevresel duman etkilenimini azaltmaya yönelik stratejiler	
Sigara yasak ve kısıtlamaları	Önerilir (güçlü kanıt)
Ev ortamında maruziyeti önlemeye yönelik toplum eğitimi	Etkinliğe yönelik kanıt yok
Çocuk, ergen ve gençlerin tütüne başlamasının azaltılmasına yönelik stratejiler	
Tütün ürünlerinin birim fiyatlarının artırılması	Önerilir (güçlü kanıt)
Diğer girişimlerle birlikte kitle iletişim araçlarıyla eğitim	Önerilir (güçlü kanıt)
Tütünün bırakılmasını artırıcı stratejiler	
Tütün ürünlerinin birim fiyatlarını arttırılması	Önerilir (güçlü kanıt)
Kitlesel medya ile eğitim	
Diğer girişimlerle kombine edilmiş kampanyalar	Önerilir (güçlü kanıt)
Sigara bırakma serileri	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Sigara bırakma serilerinin yarışmaları, ödüller	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Sağlık sistemleri için uygun girişimler	
Hizmet sunucu hatırlatıcı sistemleri	Önerilir (güçlü kanıt)
Hizmet sunucu eğitim sistemleri	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Hizmet sunucu hatırlatıcı+eğitimi	Önerilir (güçlü kanıt)
Hizmet sunucu geri bildirim sistemi	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Tütün kullanımı ve bağımlılığının etkin tedavisinde paket fiyat dışındaki maliyetlerin azaltılması	Önerilir (güçlü kanıt)
Diğer girişimlere ek olarak hasta telefon destek sistemi	Önerilir (güçlü kanıt)

Türkiye'de tütün kontrolü ile mücadelede 1996 yılında çıkan 'Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun' dönüm noktasıdır. 2004'te Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi imzalanmıştır. Sözleşmenin 14. Maddesinde 'Tütün Bağımlılığını Azaltma ve Bıraktırma' politikası kabul edilmiştir. Bu politikadaki

ifadelerin ilk sözcüklerinin baş harflerinden oluşan kısaltma kullanılmak suretiyle rapor MPOWER (Küresel Tütün Kontrolü İçin Politika Paketi)olarak adlandırılmıştır (25). MPOWER bileşenlerinden birisi de 'Sigarayı bırakmaya yardım et' olmuştur (6, 25).

2.7.Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım

Sigara alışkanlığı insanların sonradan edindikleri bir davranıştır. Yani insanların doğasında sigara içme davranışı yoktur. Bu nedenle sigara içme davranışından vazgeçilmesi de mümkündür. 2008 yılında ülkemizde yapılan Küresel Tütün Araştırması sonuçlarına göre erişkin ülke nüfusuna oranı % 31,2 olan tütün kullanıcılarının % 53'ü sigarayı bırakmak istediklerini belirtmişler ve % 45'i de bırakmayı denemiştir. 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. Ancak son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenlerin % 15,8'i sigarayı bırakmayı başarmışlardır. Aynı araştırmada olumlu bir gelişme olarak tütün kullanım oranının 2006'ya göre toplum genelinde % 2,1 azaldığı gözlenmiştir (26). Araştırmalar sigara içenlerin % 40'ının her yıl sigara bırakma girişiminde bulunduğunu ancak yardım almazlarsa çoğunun yeniden sigaraya başladığını göstermektedir (27).

Amerikan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı'nın sigara bırakma ile ilgili klinik pratik kılavuzunda tütün bağımlılığı ve tedavisi ile ilgili 10 temel prensip belirlenmiştir:

1. Tütün bağımlılığı tekrarlayan girişimleri ve birden çok bırakma denemesini sıklıkla gerektiren kronik bir hastalıktır. Etkili tedavisi bulunmaktadır. Tedavi ile uzun süreli bırakma oranları belirgin olarak artmaktadır.

2. Hekimlerin ve sağlık hizmetini verenlerin hastaların tütün kullanım durumlarını sorgulayarak kayıt altına alması ve tütün kullanan hastalara bırakması için gerekli tedaviyi vermesi çok önemlidir.

3. Tütün bağımlılığına yönelik tedaviler geniş bir nüfus üzerinde etkilidir. Hekimler sigara bırakma denemesi yapmak isteyen her hastayı kılavuzlarda belirtilen danışmanlık ve ilaç tedavilerini alması için yönlendirmelidir.

4. Kısa süreli tütün bağımlılığı tedavileri etkindir. Hekimler tütün kullanan her hastaya kılavuzda etkin olduğu belirtilen tedavilerden birini kısa süreli de olsa kullanmasını önermelidir.

5. Bireysel, grup ile ve telefonla verilen danışmanlık etkindir. Bunların etkinliği yoğun tedaviyle daha da artar.

6. Tütün bağımlılığı için birçok etkili ilaç bulunmaktadır. Tıbbi olarak kontrendike olan durumlar veya tedavinin etkinliği ile ilgili verilerin yetersiz olduğu özel gruplar (örn. gebeler, dumansız sigara içenler, hafif içiciler ve adölesanlar) dışında hekimler bu ilaçların kullanımını önermelidir. Yedi adet birinci basamak ilaç (beş adet nikotin içeren ve iki adet nikotin içermeyen) güvenilir olarak uzun süreli bırakma oranlarını artırmaktadır: Bupropion SR, nikotin sakızı, inhaler nikotin, nikotin pastilleri, nikotin nazal spreyleri, nikotin bantları, vareniklin. Hekimler bu ilaçların önerilen çeşitli kombinasyonlarını da kullanmayı seçebilirler.

7. Danışmanlık ve ilaç tedavisi tek başlarına tütün bağımlılığını tedavi etmede etkindirler. Fakat danışmanlık ve ilaç tedavisinin birlikte kullanımı tek başlarına kullanımlarından daha etkilidir. Bu yüzden hekimler bırakma denemesi yapan her hastaya hem danışmanlık hem de ilaç tedavisi önermelidir.

8. Telefonla danışmanlık etkilidir. Daha fazla kişiye ulaşılabilir ve erişim alanı daha geniştir. Dolayısıyla hekimler ve sağlık hizmeti veren sistemler hastaların telefonla danışmanlığa ulaşabilmesine yönelik önlemleri almalıdır.

9. Eğer tütün kullanıcısı henüz bırakma denemesi yapmaya istekli değilse hekim ilerideki muhtemel bırakma denemesi ihtimalini artırmak amacıyla kılavuzda belirtilen motivasyon artırıcı yöntemleri kullanmalıdır.

10. Tütün bağımlılığı tedavileri hem klinik olarak etkin hem de diğer klinik bozukluklara yönelik girişimlerle karşılaştırıldığında göreceli olarak çok daha maliyet-

etkindir. Sağlık sigortası planları kılavuzda belirtilen danışmanlık ve ilaç tedavilerini kapsayacak şekilde düzenlenmelidir (28).

Sigarayı bırakacak olan hastanın öncelikle sigarayı bırakmaya hazırlanması gerekmektedir. Bu nedenle öncelikle kişinin sigara bağımlılığının tanısı gerekir. Tanı konulduktan sonra hastanın öncelikle hazırlık dönemi geçirmelidir. Bu dönem için transteorik model kullanılabilir (29).

"Transteorik Model" (TTM), Proshaska ve arkadaşlarının 1983 yılında geliştirdiği kişinin kendi davranışını değiştirmeye yönelik hazırlık düzeyini ortaya koyan bir modeldir. TTM'ye göre birey sigara bırakmaya ilişkin isteksiz/farkındalık öncesi, farkındalık, eyleme hazırlık (plan geliştirme), eylem (planı uygulama), sürdürüm, depreşme ve yeniden döngüye girme aşamalarından geçmektedir (29). Toplum temelli girişimler için uygun olduğu belirtilen bu modelin, programların bireylerin gereksinimlerine göre planlanmasını sağlaması nedeniyle başarı oranının ve değişimi sürdürme oranının yüksek olduğu gösterilmiştir (30).

Sigaranın bırakılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından biri farmakoterapi, diğeri ise ilaç dışı olarak tanımlayabileceğimiz bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Her iki yöntem de tek başına etkili olup, iki yöntem birlikte uygulandığı zaman bırakma oranlarını artırmaktadır (31).

2.7.1.İlaç Dışı Tedaviler

İlaç dışı sigara bırakma müdahaleleri kişiye veya topluma yönelik olarak planlanmaktadır. Toplum sağlığı açısından alınabilecek önlemler arasında topluma yönelik eğitim programları, sigaranın yüksek vergilendirilmesi, reklam kısıtlamaları, yasaklama ve diğer kısıtlamalar sayılabilir (32).

Bireysel, ilaç dışı sigarayı bırakmaya yönelik müdahaleler eğitim amaçlı, bilişsel-davranışsal veya motivasyonel olarak sınıflandırılabilir (32).

Sağlık çalışanları kişilerin nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi ve sigaranın bırakılması sırasında kişilerin eğitilmesi ve motivasyonlarının sağlanmasında önemli rol üstlenmektedirler. Karşılaşılan her hastaya sigara içme davranışı ve bırakması

hususunda sistematik bir yaklaşım gerekmektedir, bu durum bırakmadaki başarı oranını daha da artırmaktadır (Kanıt düzeyi A) (33) (Sistematik yaklaşım aşağıdakilerden bir veya daha fazlasını içermelidir:

- Sigarayı bırakmak için kısa tavsiyeler
- Sigara içenlerin bırakma konusundaki bilgileri ve tutumlarının değerlendirilmesi
- Uygun olan durumlarda danışmanlık ve farmakoterapinin önerilmesi
- Kendi kendine yardım malzemelerinin sağlanması

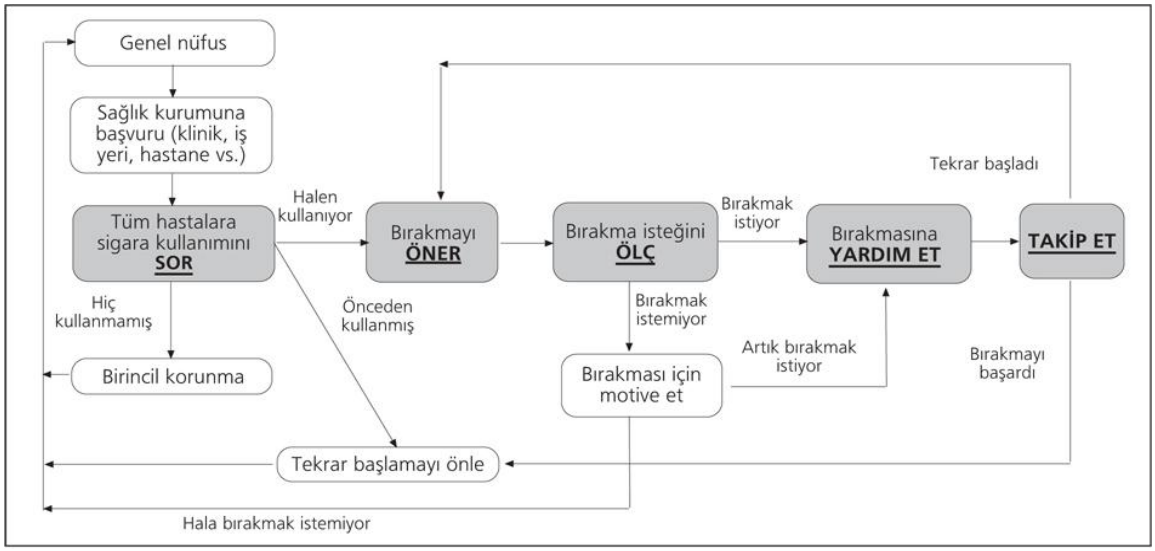
Sigaranın bırakılmasına yönelik davranışçı girişimlerin çoğu etkilidir ve standart tıbbi uygulamaların bir parçası olarak uygulanmalıdır. Girişimler kısa önerilerden özel personel tarafından yürütülen kapsamlı programlara dek değişmektedir (34).

Kısa tavsiyeler; tüm sağlık görevlilerinin ve sağlık hizmeti sunmak için oluşturulan sistemlerin her zaman, sigara içen kişileri belirlemesi ve sigara içme durumlarını belgelemesiyle başlar. Sigara tiryakilerinin etkin bir şekilde belirlenmesinden sonra yapılan 3-5 dakikalık kısa hekim tavsiyesiyle % 3-5 dolaylarındaki bir yıllık yardım almadan sigara bırakma oranının % 5,5-7,5'e yükseldiği gösterilmiştir (32). Bu nedenle hekimlerin sağlık sorunları nedeniyle başvuran sigara tiryakilerine her seferinde sigarayı bırakmayı tavsiye etmelerinin yerinde olacağı düşünülmektedir (Kanıt düzeyi A) (28).

Davranışsal destek, bırakma oranlarının artışına olumlu katkı yapmaktadır. Tek başına veya diğer tedavilerle birlikte kullanımı önerilmekle birlikte literatürde bu kullanım şekilleriyle ilgili farklı bırakma oranları yer almaktadır. Farklı nikotin yöntemleriyle birlikte davranış eğitiminin başarı oranlarının % 17 - 35 arasında değiştiği belirtilmektedir. Tek başına eğitim için bir yıllık izleme sonucunda bırakma oranları ortalama olarak % 25, grup tedavisi için % 28, hekim danışmanlığı ve yönlendirme için ise % 6- 43 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (35). Davranışsal destek programları sigara isteği ve cazip gelen durumları belirleme, motivasyonu artırma, sosyal destek sağlama, nikotin yoksunluk belirtilerini yönetme gibi yaklaşımları içerir (36). Bu amaçla standardize edilmiş iki model oluşturulmuştur.

1. Basamaklı Tedavi Modeli (5Ö)

Amerikan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı'nın sigara bırakma ile ilgili klinik pratik kılavuzunda tütün kullanımı ve bağımlılığı için basamaklı tedavi modeli önerilmiştir. Basamaklı tedavi modeli Şekil 2.7.1.1'de gösterilmiştir (37). Bu modelin ilk basamağında sağlık kurumuna başvuran tüm hastaların tütün kullanımı açısından sorgulanması yer almaktadır (Öğren). Eğer hasta halen sigara kullanmaktaysa ikinci basamakta hastaya sigarayı bırakması önerilmelidir (Öner). Eğer önceden kullanıp bırakmışsa tekrar başlamaması açısından uyarılmalıdır. Hastanın bırakma kararlılığı ve nikotin bağımlılık düzeyi ölçülmelidir (Ölç). Hasta sigarayı bırakmak istiyorsa danışmanlık ve ilaç tedavisi verilerek yardım edilmelidir (Önderlik et). Daha sonra takip planı yapılarak relaps açısından izlenmelidir. (Örgütle). Eğer hasta henüz sigarayı bırakmak niyetinde değilse bırakması için motive edilmeli ve ileride bırakma denemesi yapmak istediğinde tekrar yardımcı olunmalıdır (38).



Şekil.2.7.1.1 Birinci Basamakta Tütün Kullanımı ve Bağımlılığı İçin Tedavi Modeli

2. TeRKET Modeli

TeRKET modeli özetlenmiş özgül tavsiyeler bütünü olup sigarayı bırakmaya ve sonrasında relapsın önlenmesine yönelik motivasyonu güçlendirici bir etki sağlamaktadır (32). Sigarayı bırakma motivasyonunun artırılması için düzenlenmiş TeRKET yaklaşımı şu maddeleri içermektedir:

Tüm **e**tkileri gözden geçirme: Sigarayı bırakmanın hastanın kendisiyle ne kadar ilgili olduğunu anlamasının sağlanması

Riskleri vurgulama: Hastadan sigaranın sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymasının istenmesi

Kazançları vurgulama: Hastadan sigarayı bırakmanın faydalarını sıralamasının istenmesi

Engelleri belirleme: Hastadan sigarayı bırakmayı engelleyen faktörleri ve zorlukları saptamasının istenmesi

Tekrarlama: Yeterince motive olmayan veya sigaraya tekrar başlayan hastalarda TeRKET yaklaşımının tekrarlanması.

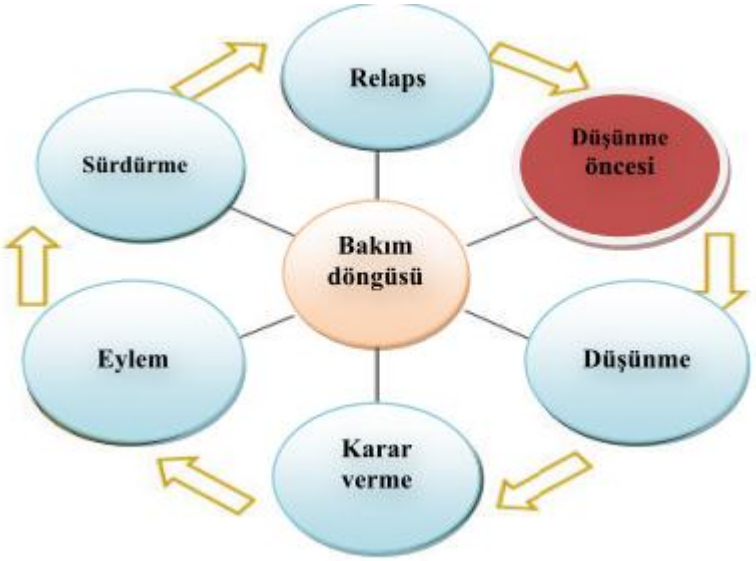
Kendi kendine yardım malzemeleri, davranışçı girişim yöntemlerine yardım ya da aracılık eden broşürler ve el kitapları, görsel materyal ve bilgisayar programlarını kapsar. Bu yöntemler, bir terapistin yaptığı girişimlerle karşılaştırıldığında çok daha fazla sayıda kişiye ulaşabilir. Bu materyaller sigarayı bırakan insanların sayısında küçük bir artış sağlayabilirse de, başlıca önemleri klinisyenin tavsiyelerine yardımcı olmalarıdır (39).

Motivasyonel görüşme; kişilerin davranış değişikliğini hedefleyen, kendi belirsizliklerini keşfederek çözmelerine yardımcı olmaya yönelik bir danışmanlık tekniğidir. Miller ve Rollnick tarafından geliştirilmiş, birçok araştırmada etkin olduğu kanıtlanmış bir yöntemdir. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir. Sigara bırakma yaklaşımı olarak motivasyonel görüşmeyi, kısa hekim tavsiyesi veya standart yaklaşım ile karşılaştıran 14 çalışmalık bir meta analizde

aile hekimleri tarafından uygulanan motivasyonel görüşmenin daha etkili olduğu bildirilmiştir (40).

Motivasyonel görüşmenin özünü işbirliği, çağrışım, hasta mahremiyeti ve özerkliği oluşturur (41). Motivasyonel görüşme çatışmadan çok empatiyi kullanır ve davranış değişikliğinden doktor değil hastanın sorumlu olduğunu kabul eder (42).

Motivasyonel görüşme sigara bırakma sürecinde "değişim döngüsünün'' her aşamasında olmalıdır. Değişim döngüsü Şekil.2.7.1'de gösterilmiştir. "Değişim döngüsünün" aşamaları (düşünme öncesi dönem, düşünme dönemi, karar verme, eylem, relaps ve sürdürme) sigaradan vazgeçmeyi düşünme ile sigara içmeyi bırakmada başarıya ulaşmaya ya da gerçekte tekrarlama ve yeniden içmeye başlamaya kadar olan sürecin tümünü vurgular (42). Kısa sürede sigara içmekten vazgeçmeyi başaran pek çok sigara içicisi tekrar sigaraya başlamaktadır (relaps) ve bu aşamada sigarayı bırakmayı tekrar denemesi için yeniden başlamış içiciyi ikna etmek için çok önemlidir. Amaç bırakmayı başarmak değil, hastayı bırakma girişimine yakınlaştırmaktır. Bazı kullanıcılar basamakları hızla tırmanırlar, bazılarında bu yıllar alabilir. Süreç dinamiktir ve yardım ekibi daima pozitif ve destekleyici olmalıdır (43).



Şekil.2.7.1.2 Sigara Bırakma Sürecinde Değişim Döngüsünün Aşamaları

2.7.2. İlaç Tedavileri

Bağımlı bir kişide sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (44). Bu durum sigarayı bırakmaya çalışan kişilerin başarısızlığında en önemli rolü oynamaktadır. Bugüne kadar geliştirilen farmakoterapi yöntemlerinde hedef, nikotin yoksunluğunu ve yoksunluk belirtilerini önlemektir. Günümüzde tüm kılavuzlarda yer alan ve TC. Sağlık Bakanlığı ve Amerikan İlaç Kurumu (FDA) onaylı iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır; nikotin replasman tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapi. FDA, farmakoterapinin sigara bağımlılığının tedavisi için güvenli ve etkili yöntemler olduğunu onaylamıştır (45, 46). İkisinin de sigara bırakmadaki etkisi benzerdir. İki tedavi seçeneği arasındaki seçim tedavi için kontrendikasyon varlığına, hastanın seçimine ve nikotin bağımlılık derecesine göre yapılır (Kanıt düzeyi A) (38, 47).

Farmakoterapinin sigara bırakmada etkili olduğunu destekleyen dört önemli faktör öne sürülmüştür. İlk olarak farmakoterapi ile sigara bırakmak isteyenlerin, diğer gruplara göre motivasyonları daha yüksektir. Çünkü hasta ilaç kullanımını kabul etmesiyle yapılacak kan tahlillerini, ilacın yan etkilerinin tespiti için bir sonraki görüşmeyi kabul etmiş demektir. Bu da hastanın bir sonraki görüşmeye katılmasını sağlamaktadır. İkincisi danışmanlık ile farmakoterapinin birlikte sunulduğu gruplarda sadece danışmanlık sunulan gruplara göre sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Üçüncüsü danışmanlık ve destek tedavisi veren kişiye göre değiştiği halde farmakoterapi standardize edilmiştir. Dördüncü faktör ise madde bağımlılığı, davranış bozukluğu bulunanlarda sigara içme oranlarının yüksek olduğu düşünülürse hastaların poliklinik ortamında diğer hastalıklarının da değerlendirilmesi için fırsat sunmaktadır (48).

2.7.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi

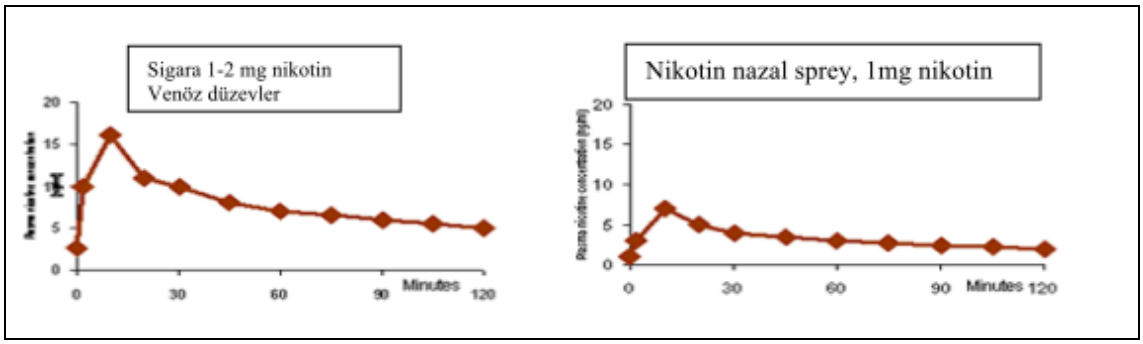
Nikotin replasman tedavisi kandaki nikotini yerine koyarak tütün çekilme semptomlarının şiddetini azaltma yoluyla etkili olur. Bu, sigarayı bırakma ile ilişkili kesilme semptomlarını sigara içme dürtüsüne karşı koymaya yardım ederek azaltır (42). NRT, kişide yüksek ya da orta derecede nikotin bağımlılığı saptanırsa, günde 15 taneden fazla sigara içiyorsa ya da hafif derecede bağımlı olmasına karşın sigara bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden yarar görmemişse uygulanır (49). Sigara

bırakmada NRT'lerin etkinliğiyle ilgili yapılan bir meta-analizde, NRT kullanan ve en az altı aylık bir yoksunluk dönemi bildiren çalışmalarda bırakma oranı tedavi almayan veya plasebo verilmiş çalışmalara göre 1,71 kat daha yüksek olarak saptanmış, yöntemler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (nikotin sakızı 1,61, bant 2,07, sprey 2,92, inhaler 3,05). Bu yüzden seçim hastanın tercihi ile belirlenmelidir. Çalışmanın diğer sonuçları ise nikotin bağımlılık düzeyinin ve ek olarak kullanılan diğer yöntemlerin bırakma oranlarını etkilemediğidir (35). Ayrıca nikotin bandı ve kombinasyon tedavileri karşılaştırıldığında nikotin bandı ve kısa etkili nikotin replasman ürününün uzun süreli kullanımının tek başına nikotin bandı (OR 1,9; % 95 güven aralığı 1,3- 2,7) veya nikotin bandı ve bupropion SR (OR 1,3; % 95 güven aralığı 1,0- 1,8) kombinasyonuna göre daha etkili olduğu görülmüştür (37). Ancak bir Cochrane sistematik derlemede ise sadece NRT ile sigarayı bırakanların % 93'ünün altı ay içinde tekrar sigara içmeye başladığı bildirilmiştir. NRT ve diğer ilaç tedavilerin davranışsal destek programlarıyla etkili olduğu ifade edilmiştir (46).

Nikotin sakızı ilk geliştirilen NRT yöntemlerden biridir. Sakız çiğnendiğinde ion değişimi aracılığıyla nikotin salınır. Açığa çıkan nikotin bukkal mukoz membranlardan emilir. Nikotin sakızının iki ve dört miligram dozlarında bulunmaktadır (50). Nikotin sakızının gastrik yan etkileri, kafein ve asitli yiyeceklerle bozulan emilimi, bağımlılığın sakıza geçmesi nedeniyle kullanımı sınırlı olmuş, transdermal bant, intranazal sprey ve inhalerler geliştirilmiştir (35).

Nikotin bantı, nikotinin banttan transdermal yöntemle salınımıdır (50). Nikotin bantları çeşitli şekil ve ebatta bulunabilirler. 16- 24 saat süreyle takılabilirler ve kullanılan banta bağlı olarak 7- 22 mg arası nikotin sağlarlar. Yüksek doz nikotin bantları (44 mg'lık) ağır tiryakiler için daha etkilidir. Bantlar gün boyunca yavaş sabit nikotin salınımı için tasarlanmıştır. Toplam kullanım süresi 6- 12 hafta arasındadır (42). Avrupa'da yapılan bir çalışmada yüksek doz nikotin bantı kullanımı ile sigara bırakmada uzun vadeli başarı sağlandığı ancak 12 haftadan uzun süre verilen tedavilerde başarı oranının değişmediği görülmüştür (51). Sık görülen yan etkileri ise cilt duyarlılığı ve tahriştir (42).

Nikotin nazal spreyleri NRT'nin diğer formlarından daha fazla tek sigarayla alınan nikotinin farmokokinetiğini taklit eder.(Şekil.2.7.2.1) Yan etkileri burun ve boğaz tahrişi, öksürük ve ağızda yanmadır (42). Nikotin bantıyla birlikte kullanıldığında daha etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (45).



Şekil.2.7.2.1 Sigara ve Nikotin Nazal Spreylerin Venöz Kanda Ulaştıkları Nikotin Düzeyleri

Nikotin tabletleri 12 ay sonunda yaklaşık % 17'lik bırakma oranı sağlar. Nikotin tabletleri 30 dakikadan fazla süre ile 2 ya da 4 mg nikotin dozu sağlar. Yan etkileri ağızda yanma hissi, boğaz ağrısı, öksürük, kuru dudaklar ve ağız ülserleri olabilir (42, 46).

2.7.2.2 Bupropion

Bupropion, seçici bir dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür. Depresyon tedavisinde etkili olmasının yanı sıra sigaranın bırakılmasına bağlı gelişen yoksunluk semptomlarını azaltmada etkinliği kanıtlanmış bir ilaçtır ve bu amaçla kullanılmasına ilişkin onay almış ilk nikotin dışı farmakolojik ajandır. Amerika İlaç ve Gıda Örgütü (FDA) 1985 yılında bupropionun hızlı salınımlı formunu, ikinci jenerasyon antidepresan olarak onaylamış, 1996 yılında da hızlı salınımlı formuna alternatif olarak sürekli salınımlı formunu onaylamıştır. Günde iki kez kullanılan sürekli salınımlı formunun nöbet insidansı % 0,1 olarak belirlenmiş olup, uzamış nörolojik toksisiteye neden olduğu görülmüştür. Bupropionun hızlı ve sürekli salınımlı formunun yan etkilerinden dolayı günde tek doz kullanılan yavaş salınımlı formu, 2003 yılında FDA tarafından onaylanmıştır. Yavaş salınımlı formuna bağlı olarak nöbet oldukça nadir bildirilmiştir (52).

Nikotin ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler, beyin sapından nükleus akkumbense uzanan ödül döngüsünde rol alan dopamin (DA) salgılayan nöronları aktive eder. Bupropionun, bu nöronların DA salgısını azaltarak ödül döngüsünü baskıladığı ve sigara içme arzusunu azalttığı gösterilmiştir (53). Ayrıca sigara bırakma sürecinde kilo alımını da engeller (54).

Bupropion tedavisinin 52 hafta kullanılarak plasebo ile karşılaştırdığı bir çalışmada, 24 aylık izlemde relapsı azalttığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada bupropionun ileri yaş ve başlangıçta kilo almayan ya da az alan olgularda relapsı önlemede daha etkili olduğu görülmüştür (7).

Bupropion SR (sustained release-sürekli salınım) ve nikotin bantının ayrı ayrı ve birlikte kullanımının etkinliğini değerlendirmek üzere planlanan Jamerson ve arkadaşlarının çok merkezli 52 haftalık çalşmasında, tedavinin ilk üç haftasında başarısız olan hastalarda tek başına bupropion SR ya da nikotin bantı ile kombinasyonu, kısa ve uzun dönem sigara bırakma oranı plasebo ya da yalnız nikotin bantı kullanımına göre anlamlı derecede farklıdır (53).

2.7.2.3 Vareniklin

Nikotin yerine koyma ve bupropion tedavisi dışında plasebo kontrollü çalışmalarla etkinliği kanıtlanmış bir diğer ilaç vareniklindir. Vareniklin bir nikotinik asetil kolin reseptör parsiyel agonistidir. İlacın α4β2 nikotinik asetilkolin reseptörleri üzerindeki intrinsik parsiyel aktivasyonu sayesinde, nikotin yoksunluğu döneminde oluşan düşük mezolimbik dopamin düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Böylece sigara kesilme semptomlarını düzelttiği ileri sürülmektedir. Ayrıca sigara kullanımı sırasında görülen dopamin yükselmesi ilacın α4β2 nikotinik asetil kolin reseptörlerine kompetitif bağlanması sayesinde düşer. Böylece ilacın sigara arzusunu azalttığı bildirilmektedir (55).

Vareniklin ile 12. haftada sigara bırakma oranları % 23,0 ile % 29,7 arasında bildirilmiştir. Kronik obstruktif akciğer hastalığı olan hastalarda plasebo kontrollü vareniklin ile yapılan bir çalışmada 9-12. haftalar arasında vareniklin ile % 42,3, plasebo ile % 8,8 bırakma oranları bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise vareniklin ile

altı ay sonraki bırakma başarısı % 49,5 olarak bulunmuştur (56). Vareniklinin 12 haftalık kullanımının ardından 12 hafta daha devam edilmesi sonucunda 52 haftaya kadar yapılan izlemlerde relaps oranlarını anlamlı olarak azalttığı görülmüştür. Başarı oranları 24 haftada vareniklin grubunda % 70,5 iken plasebo grubunda % 49,6 ve 52 haftada vareniklin grubunda % 43,6, plasebo grubunda % 36,9 bulunmuştur. Aynı çalışmada vareniklin yan etki bakımından plasebo grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (57). Vareniklin'in 12 hafta kullanılmasının Bupropion ve plaseboyla karşılaştırıldığı bir başka çalışmada 52 haftanın sonunda bırakma oranları Vareniklin için % 21,9, Bupropion için % 16,1 ve plasebo için % 8,4 bulunmuştur. Bu çalışmada yan etki olarak en fazla bildirilen vareniklin için bulantı (% 28,1) ve bupropion için uykusuzluk (% 21,9) olmuştur (58). Vareniklin ve bupropionun karşılaştırıldığı sistematik derlemede 52 haftalık izlem sonunda vareniklin kullananlarda sigara bırakmayı sürdürme durumu bupropiona göre 1,52 kat fazla bulunmuştur (59).

Vareniklin tedavisine ilk üç gün 0,5 mg günde tek doz şeklinde başlanır. Sonraki dört gün doz günde iki kez 0,5 mg'a yükseltilir. Sonraki günlerde ise tedavi günde iki kez 1 mg şeklinde 12 haftaya tamamlanır. Bazen tedavi süresinin 24 haftaya uzatılması gerekebilir. Tedaviye bağlı en sık görülen yan etki bulantıdır. Daha seyrek olarak kusma, gaz çıkarma, ağızda kötü tat, anormal rüyalar ve uyku düzensizlikleri görülmektedir (55).

2.8 Psikiyatrik Hastalarda Sigara Bırakma Tedavisi

Kronik psikiyatrik hastalığı olan birçok kişi için sigara, günlük rutinin önemli bir parçası olan bir faaliyettir. Sigara içmek aynı zamanda kronik psikiyatrik hastalık kültürünün ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmiştir. Ayrıca, klinisyenler genellikle psikiyatrik hastalığı olan kişilerin sigarayı bırakamayacağını veya bunun için istekli olmadıklarına inanmaktadırlar (60). Bu yüzden psikiyatrik hastalıklarda sigara içme oranının daha yüksek olmasına rağmen bu grubun sigara bırakması ile ilgili fazla çalışma yapılmamıştır. Bu grupta ilaç tedavilerinden ziyade davranışsal destek kullanılması dikkat çekicidir (61).

Sigara sitokrom P_{450} enzimini indükleyerek çeşitli psikiyatrik ilaçların etkisini % 50 oranında azaltmaktadır. CYP1A2 tarafından metabolize edilen ilaçlar diazepam, haloperidol (parsiyel), olanzapin (parsiyel), klozapin, mirtazapin ve trisiklik

antidepresanlardır. Ayrıca sigara barbitürat ve benzodiazepinlerin de serum düzeylerini düşürmektedir. Haslemoto'ya göre günde 7-12 arası sigara içilmesi klozapin ve olanzapin metabolizma hızını en yüksek değere ulaştırmaktadır, bu yüzden yan etkileri önlemek için başlangıç dozlarının sigara içmeyenlerde yarı yarıya azaltılması önerilmektedir (61, 62).

Düzenli olarak CYP1A tarafından metabolize edilen bir ilaç kullanımında sigara bırakıldığında enzim indüksiyonu azalır, ilacın plazma düzeyinde artış olur. Birkaç gün içinde ilaç toksik düzeye erişebilir. Benzer şekilde tekrar sigara kullanılmaya başlandığında ilaç plazma düzeyi günler içinde azalır (10, 61).

Klozapin plazma düzeyi sigara içenlerde içmeyenlere göre % 40 daha düşüktür. Klozapin toksisitesi ise sigarayı bırakan klozapin tedavisi alan hastalarda görülmüştür. Bu yüzden sigara bırakma tedavisine başlanmadan önce klozapin, olanzapin ve flufenazin düzeylerinin ölçümü önerilmektedir. Sigara bıraktıktan bir hafta sonra ilaç dozu % 25 azaltılmalı ve tekrar ilaç plazma düzeyi kontrol edilmelidir. Benzodiazepinler ve trisiklik antidepresanlarda ise doz % 25'e kadar düşürülebilir (61).

Bazı psikiyatrik hastalıklar, sigara kullanımına yatkınlığın nörobiyolojik etkileri yanında sigara bırakmayı zorlaştırmakta ve yoksunluk döneminde karışık nörobiyolojik etkilere sebep olmaktadır. Gen çalışmaları, en az bir A1 allel gene sahip olanların artmış dopaminerjik aktiviteye ve depresyon belirtilerine sahip olduklarını ve sigara içtiklerini göstermiştir. Bu genetik bağlantılar sigaranın duyusal işleme, dikkat, biliş ve ruh halini normalleştiren özelliklerini açıklamaktadır. Ayrıca nikotin ilaç plazma düzeylerini azalttığı için ilaçların yan etkilerini azaltıcı yönde de faydalı olabilmektedir. Ayrıca nikotinin esrar gibi beynin zevk algılama alanında (nucleus akumbens) güçlü etkileri vardır (12).

Sigarayı bırakan kişilerde depresif belirtilerde artış görülmektedir. Yoksunluğun ilk dönemlerinde depresif belirtilerin artışıyla tekrar sigaraya başlama ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle sigarayı bırakmayı planlayan depresyon tanılı hastalar daha yakından takip edilmelidir (10, 61).

Depresif bozukluklarda genel populasyona uygulanan sigara bırakma tedavilerinin hepsi uygulanabilir. Nikotin replasman tedavileri depresyonlu hastalarda

depresif belirtilerde azalmaya ve sigara bırakma oranının artışına neden olur. Sistematik bir derlemede nikotin sakızının depresif belirtileri azalttığı, anksiyete, sinirlilik gibi çekilme semptomlarına olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir. Nikotin bantlarının ise nikotin sakızına göre daha olumlu ruh haline neden olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Bupropion ise alkolizm öyküsü olmayan depresyonlu hastalarda etkilidir (62). Yapılan bir çalışmada bupropionun uzun süreli kullanımının majör depresyonlu hastalarda sigaraya tekrar başlama oranlarını önlediği gösterilmiştir. Vareniklinin sigara içen depresyonlu hastalarda etkinliğini değerlendirmek için yeterince çalışma bulunmamaktadır. Bipolar hastalarda vareniklinin manik epizodları tetiklediğine dair bir çalışma mevcuttur (10). Depresyon öyküsü bulunan sigara içicilerde psikolojik ve motivasyonel görüşmeler, gevşeme egzersizleri, yaşam tarzı değişiklikleri standart sigara bırakma tedavilerine yardımcı yöntemlerdir (61).

Sigara bırakma için yapılandırılmış psikolojik yaklaşımlar özellikle yüksek nikotin bağımlılığı olan tekrarlayan majör depresyon atakları bulunan hastalarda etkili sigara bırakma yöntemlerindendir. Tekrarlayan depresyon öyküsü olanların sadece eğitim verilenlere göre bilişsel davranışçı terapilerden daha fazla yararlandığı ve memnun kaldığı görülmüştür (61, 63).

Şizofreni tanılı sigara içen kişilerde genel popülasyona göre sigara bırakma oranları daha düşüktür. Bunun nedeni olarak motivasyon eksikliği, daha az bırakma girişimi, yüksek nikotin bağımlılık düzeyi ve tedaviye ulaşımın kısıtlılığı sayılabilir. Ayrıca şizofrenideki nöropsikolojik defisitler de sorumlu tutulmaktadır. Bununla birlikte nüks riskini azaltmak için ilaç kombinasyonları, psikososyal müdahaleler ve genel tıbbi bakımın birlikte verilmesiyle sigara bırakma oranlarının artırılacağı düşünülmektedir (64).

NRT, genel populasyona göre şizofrenide daha az etkilidir. Bupropion kullanımında ise ilaç bırakıldıktan sonra nüks oranlarında artış olsa da klinik semptomlarda kötüye gidiş veya artış görülmemiştir. NRT ve bupropion kombinasyonu bırakmada ve yoksunluk döneminde etkilidir (63, 65).

Şizofrenilerde grup terapileri ve NRT kombinasyonu genel populasyona göre daha az etkili olmasına rağmen etkin tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir (10).

Ancak atipik antipsikotiklerle birlikte uygulanması hastada yoksunluk gelişmesine neden olabilir. NRT ve bupropion kullanımı sigara tüketimini azaltır (66).

Vareniklin ile ilgili sigara içen şizofren hastalar üzerinde herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Ancak bir olguda vareniklinin şizofreni semptomlarını alevlendirdiği bildirilmiştir (67).

2.9. Sigara Bıraktırma Polikliniklerinde Hastaya Yaklaşım

Sigara bıraktırma poliklinikleri sigarayı bırakmak isteyen bütün içicilere yoğun bir tedavi programının uygulandığı uzmanlaşmış polikliniklerdir.

Sigara bıraktırma polikliniği olmaksızın bırakma olasılığı % 3-5 iken poliklinik yardımı ile bu oran % 40'lara kadar yükselmektedir. İngiliz kılavuzunda sigara bırakma tedavilerinin yüksek oranda maliyet-etkin olduğu vurgulanmaktadır (34). Ayrıca DSÖ Avrupa ofisinin kanıta dayalı tütün tedavi önerilerinde birinci basamak tedavinin yüksek oranda maliyet-etkinliği vurgulanarak hem kamu hem de özel sigortalarca ödenmesi önerilmektedir. Türkiye'de sigara bırakma girişimlerinin birinci basamakta yeterince yer almadığı gözlemlenmektedir. Son yirmi yılda özelleşmiş sigara bırakma poliklinikleri açılmıştır (13).

Burada yapılan ilk görüşmede hekim hastanın genel sağlık durumunu değerlendirdikten sonra sigara bırakma yöntemleri konusunda bilgi verir ve gerektiğinde uygulamayı düşündüğü farmakolojik tedavi konusunda hastayı aydınlatır. Bu polikliniklerde sigara konusunda yetişmiş hekim psikososyal yardım ya da davranış eğitimi açısından hastaya yardımcı olur. Hastalara broşür, kitapçık gibi materyaller sağlanabilir (68).

Sigara bırakma programının her biri en az 10 dakika süren, dört ya da daha fazla görüşmeyi içermesi önerilmektedir. Hastalar bırakma gününden sonraki ilk 15 gün içinde en az bir kez görülmeli, takip eden üç ay, ayda bir kez ve daha sonra üç ayda bir görüşmelerle bir yıllık izlem tamamlanmalıdır. Görüşmeler, hem bireysel, hem de grup görüşmeleri biçiminde yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri etkili bir uygulamadır. Telefon görüşmeleri, hastalar kontrole gelmediği zaman ve poliklinik kontrol tarihleri arasında, hekimin belirlediği tarihlerde ve sıklıkta yapılabilir (69).

3.MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri

Çalışmamız; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan etik kurul raporu alındıktan sonra, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (OMÜTF) Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı tarafından planlanarak yürütülmüş olup, çalışmaya katılmayı kabul eden Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne sigara bırakmak amacıyla başvurmuş kişilerle işbirliği içinde uygulanmıştır.

3.2 Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte, retrospektif, yapılandırılmış vaka kontrol çalışmasıdır.

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni OMÜTF Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne Mayıs 2011- Haziran 2013 tarihleri arasında sigara bırakmak amacıyla başvuran kişilerdir.

3.4 Araştırmanın Örneklem Hacmi

Mayıs 2011– Haziran 2013 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne yaklaşık 3500 kişinin başvurusu olmuştur. Örneklem sayısını belirlemek için güç analizi yöntemi kullanılmıştır. Türkiye'de sigara içen psikiyatrik hastaların oranı göz önünde tutularak % 95 CI (p= 0,05) güven aralığında çalışmaya dahil edilmesi gereken örneklem sayısı minimum 347 olarak belirlenmiştir. Çalışmada hasta/kontrol grubu oranının ½ şeklinde olmasına karar verildi. Buna göre sigara içen psikiyatrik tanısı bulunmayan birey sayısı (kontrol grubu) 232, sigara içen psikiyatrik tanısı bulunan hasta sayısı (hasta grubu) 115 kişi olarak tespit edildi. Bu veriler ışığında örneklemimiz 170 hasta ve 340 kontrol grubu olarak belirlenmiş olup, önceden çalışmamızda isimleri kullanılmadan verilerinin kullanılacağına dair bilgilendirilmiş onamları alınan kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.5 Örneklem Seçimi

Çalışmamızda örneklem grubunu sigara bıraktırma polikliniğine başvuran 18 yaş üstü, sigarayı en az bir yıl süre ile kullanan kişiler oluşturmuştur. Çalışma grubunu

oluşturan hastalar iki yöntemle belirlenmiştir. İlk olarak daha öncesinde herhangi bir psikiyatrik tanı almamış, ancak olası bir tanıdan şüphelenilen kişiler, psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiş ve tanıları doğrulanmıştır. Daha sonra psikiyatrik hastalığının tedavisi açısından bir sorun oluşturmayacağı düşünülenler tedavi programına alınmıştır. İkinci olarak daha önceden DSM-4 tanı kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk/hastalık tanısı olan kişiler dosyalarındaki özgeçmiş bilgileri belirlenerek çalışma grubuna dâhil edilmiştir. Kontrol grubu ise alfabetik sıraya göre her üçüncü Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliği başvuru dosyası alınarak randomize olarak seçilmiştir. İlk kontrol vakası, ilk ismi "A" ile başlayan üçüncü dosya, ikinci vaka altıncı, üçüncü dosya dokuzuncu ve benzeri şekilde 950 dosya arasından sıra ile belirlenmiştir. Kişilere çalışmamızın amacı anlatılıp çalışmamıza gönüllü olarak katılmaları için kişilerin aydınlatılmış onamları alınmıştır.

3.6 Araştırmanın Metodolojisi

OMÜTF aile hekimliği sigara bıraktırma polikliniğine 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 sonrası hastalarla sigara bıraktırma polikliniğinde bire bir görüşmeler yapılarak hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sigara içme yılı, sigaraya başlama yaşı, içilen günlük sigara miktarı, sigarayı bırakma deneme sayısı, organik bir rahatsızlığının olup olmadığı, psikiyatrik hastalık hikâyeleri sorgulanmıştır. Fizik muayene sonrası hastalardan gerekli laboratuar tetkikleri istenip hastalara yaşam tarzı değişiklikleri önerilmiştir. Bu öneriler; alıştıklarından farklı bir sigara markası kullanmaları, çay ve/veya benzeri içecekten sonra veya herhangi bir öğün yemekten sonra sigara tüketmemeleri, sigara içtikleri çevreyi değiştirmeleri, kişiler arası sigara alış verişi yapmamaları, yataktan kalktıktan sonra en az 1,5 saat sigara içmemeleri ve haftanın en az üç günü yarım saat yürümeleri idi. Kişiler 10 gün sonra ikinci görüşmeye çağrılıp yaşam tarzı değişikliklerine uyumları sorgulanmış ve hem uygulanacak sigara bırakma tedavi programı hem de sigara bırakma günü belirlenmiştir. Sigara bırakma günü kişiler telefonla aranıp sigarayı bıraktığı teyit edilmiştir. Kişilerle sigara

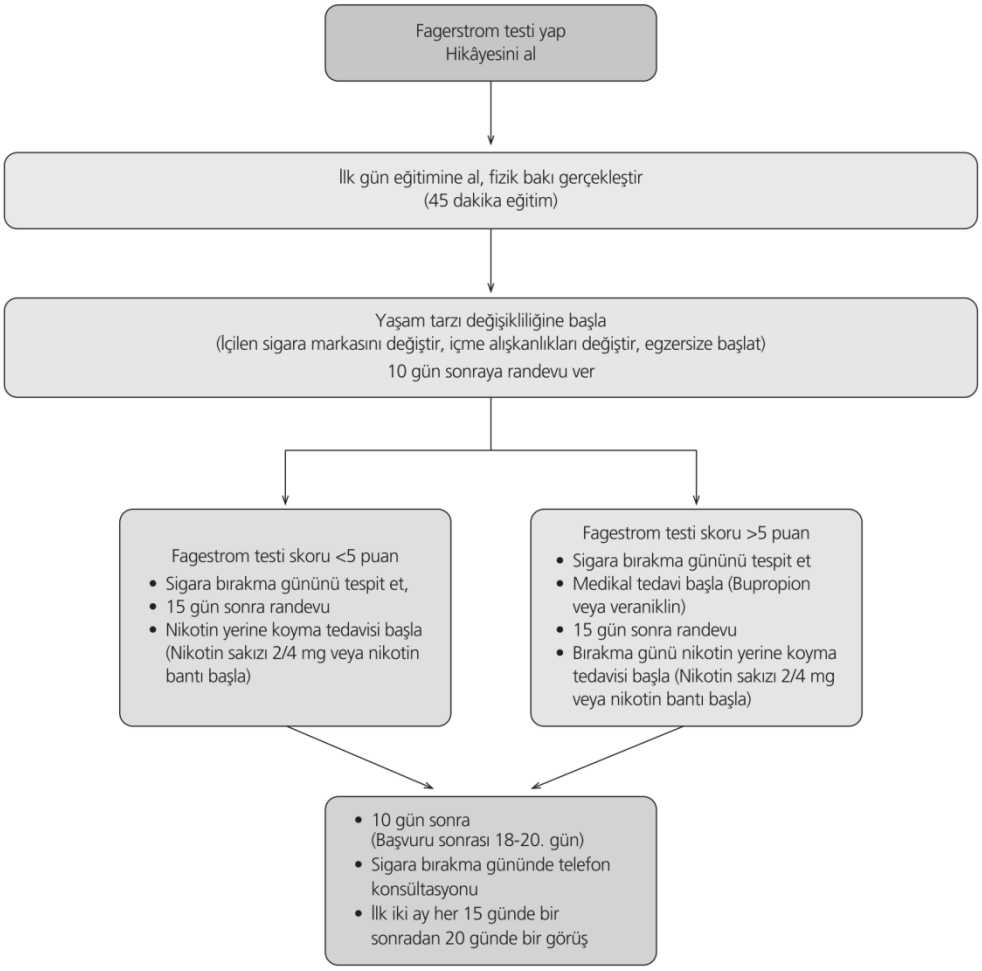
bıraktıkları günden itibaren ilk iki ay 15 günde bir, daha sonrasında 20 günde bir görüşülmüştür. Yapılan görüşmelerde edinilen bilgiler sonucu en az üç ay sigara içmeyenler kısa vadede, en az altı ay sigara içmeyenler ise orta vadede sigarayı bırakmış olarak kabul edilmiştir.

3.6.1.Verilerin Toplanması

Çalışmamıza gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastaların verileri iki şekilde toplanmıştır. Bunlar dosya taraması ve telefon görüşmeleri şeklinde olmuştur.

3.6.1.1 Dosya Taraması

Hastaların dosyalarında sigara kullanım hikâyeleri, bağımlılık düzeyleri, antropometrik ölçümlerde (bel çevresi ve BKİ) dâhil olmak üzere fizik bakı bulguları, tam kan sayımı, biyokimya (üre, kreatin, kan şekeri, LDL, HDL, total kolesterol) ve diğer bazı inceleme tetkikleri sonuçları (EKG vb.) ve izlem notları bulunmaktadır. Başvuran hastaların sosyodemografik verileri toplandıktan sonra, nikotin bağımlılığı ve bağımlılık süresi değerlendirilmiştir. Sigara bırakma tedavi programı dâhilinde hastalara yaşam tarzı değişikliği önerilip, Fagerström testi skoruna göre tedavisi düzenlenerek bırakma tarihinden itibaren iki ay sonrasına kadar poliklinikte üç kez görülüp, bırakma tarihinden en az üç ay sonra telefonla hastalara ulaşılıp sigara içimi sorgulanmış ve üç ay sonrasında sigara içmeyen hastalar sigarayı bırakmış olarak kabul edilmiştir (Bkz. Şekil.3.6.1.1.1).



Şekil.3.6.1.1.1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bıraktırma Polikliniği'nde Üç Aylık Rutin Hasta Takibi

3.6.1.2 Hasta Telefon Konsültasyonları

Veri toplama esnasında hastaların sigara içme durumları daha sonradan yapılan telefon görüşmeleri ile öğrenilmiştir. Bu görüşmeler beş dakika sürecek şekilde yapılandırılmıştır. İlk olarak kendini tanıtma sonrasında çalışma hakkında bilgi verme ve sözel onam alma sonrasında aşağıda belirtilmiş olan sorular hastalara yönlendirilmiştir;

- *Şu an sigara kullanma durumunuz nedir?*
- *Sigarayı bıraktıysanız en son ne zaman sigara içtiniz?*

- *Sigaraya tekrar başladıysanız ne zaman başladınız ve sebebi nedir?*

Alınan cevaplar kayıt edilmiş ve sigarayı bırakamamış kişiler eğer isterlerse tekrar bıraktırma polikliniğinde yüz yüze görüşmek için davet edilmiştir. Bırakmış olanlar tebrik edilmiş ve motivasyonları önerilerle artırılmaya çalışılmıştır. Toplam 513 görüşme yapılmıştır. Bunların 170'i çalışma 343'ü kontrol grubuydu. Çalışma grubundan 30, kontrol grubundan 50 hastaya ulaşılamamıştır (n= 513,% 15,5).

3.7 Veri Analizi

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik verileri, laboratuar bulguları ve uygulanan sigara bırakma tedavisi programının verileri SPSS (statistical package for social sciences version 15,0) istatistik programına aktarılmış, bu veriler parametrik, non-parametrik (Ki-Kare, Independent Sample T-Test, ANOVA, Logistik Regresyon Analizi vb) çeşitli istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiş, istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p< 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler Ve Kısıtlılıklar

Çalışma evreninin Samsun'la sınırlı olması, sonuçlarının ulusal ve benzeri daha geniş topluluklara uygulanabilirliğini kısıtlayacaktır. Çalışmanın yapısı gereği verilerin kişisel beyana dayanması ve gerçeklerden belli oranda sapma riskini içermesi ve kişilerin bir kısmına telefonla ulaşılamaması çalışmanın diğer kısıtlı yanlarını oluşturmaktadır.

3.9 Etik İzin

Gerekli etik izin OMÜTF Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı olarak alınmıştır. (Ek-1)

Çalışmadan önce araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışma hakkında bilgi verilip onamları alınmıştır.

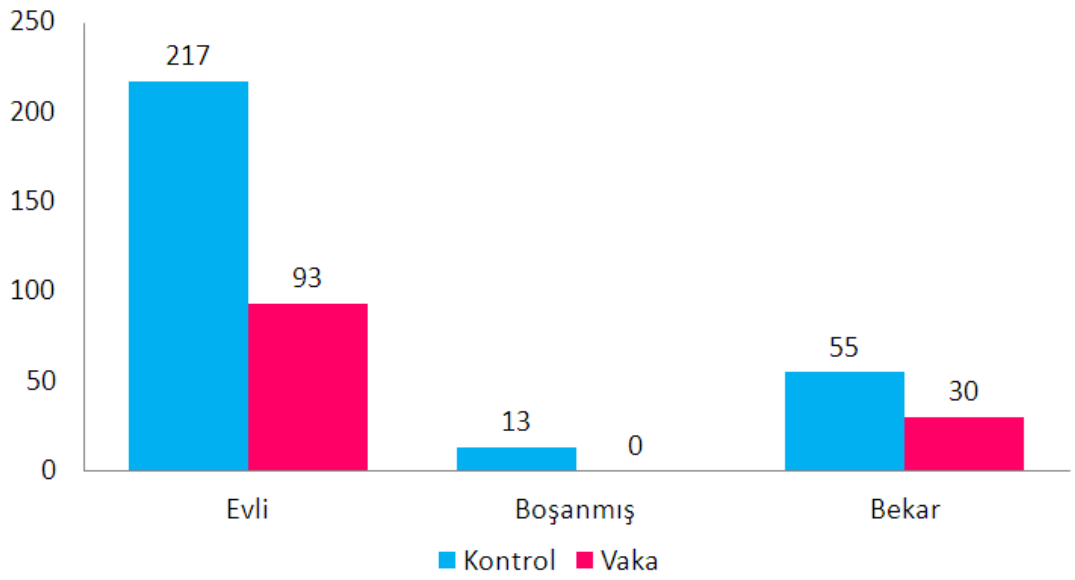
4. BULGULAR

4.1 Çalışmaya Katılan Kişilerin Demografik Özellikleri

Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran 513 hastanın dosyası incelenmiş, telefonla ulaşılan 433 hastanın verileri değerlendirmeye alınmıştır.

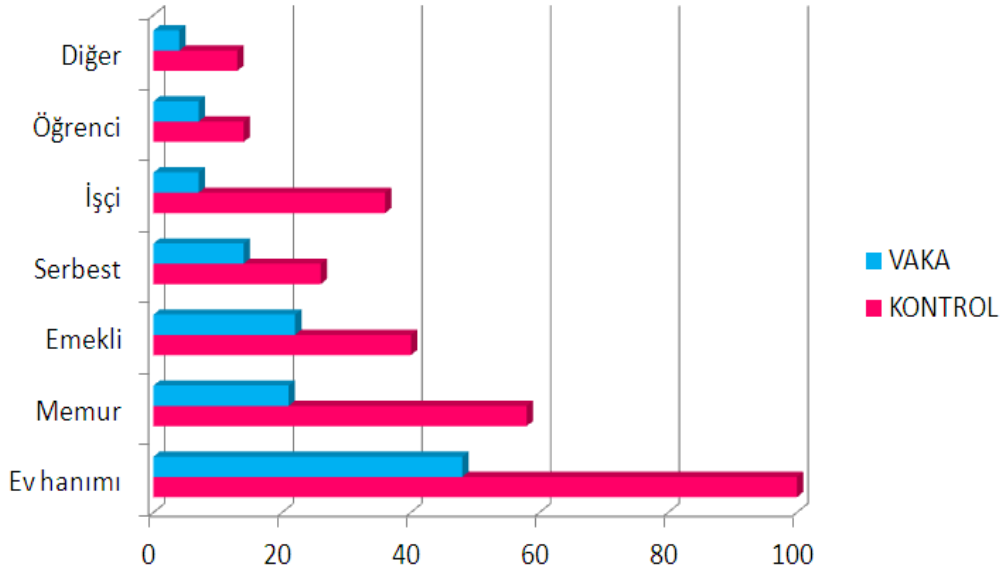
Katılımcıların 123'ü (% 28,5) psikiyatrik tanısı bulunan vaka grubunu, 310'u (% 71,5) ise psikiyatrik tanısı bulunmayan kontrol grubunu oluşturmaktadır. Vaka grubunun 84'ü (% 68,3) kadın, 39'u (% 31,7) erkekti. Yaş ortalaması ise 43,34±11,21 yıl idi. Kontrol grubunun ise 171'i (% 55,2) kadın, 139'u (% 44,8) erkek olup yaş ortalaması 43,56±12,74 yaş olarak bulunmuştur. İki grup arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir (t= 0,160, p= 0,87). Cinsiyet açısından ise vaka grubunda erkek sayısı az olduğu için iki grup arasında anlamlı fark görülmüştür (χ^2= 6,272, p= 0,012).

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde vaka grubunun 93'ü (% 75,6), kontrol grubunun ise 217'si (% 70,0) evlidir. Vaka ve kontrol gruplarının medeni durum açısından değerlendirilmesi Grafik.4.1.1'de gösterilmiştir.



Grafik.4.1.1 Çalışmaya Katılan Grupların Medeni Durumlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların büyük çoğunluğu ev hanımı olup meslekler arasında anlamlı fark görülmüştür (χ^2= 17,157, p= 0,013). Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı Grafik.4.1.2'de gösterilmiştir.



Grafik.4.1.2 Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı

4.2 Çalışmaya Katılan Kişilerin Sigara Kullanım Özellikleri

Çalışmaya katılan bütün olguların sigara kullanım durumları değerlendirildiğinde ortalama 27,01±53,57 paket/yıl, vaka grubunda 28,63±46,13 paket/yıl, kontrol grubunda ise 26,19±57,04 tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen vakaların şimdiye kadarki paket/yıl miktarları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t= 0,410, p= 0,68). Çalışmaya katılanların % 40,4'ü evinde kendisinden başka sigara içenlerin olduğunu belirtmiş olup bunların % 28,6'sı vaka grubunda bulunmaktadır (χ^2= 17,547, p= 0,001).

Fagerström nikotin bağımlılık testine (FNBT) göre bağımlılık skoru örneklemde ortalama 5,83±2,34 puandır. Vaka grubunun FNBT değeri ortalama 6,04±2,32 puan, kontrol grubunun FNBT değeri ortalama 5,74±2,34 puandır. İki grup arasında FNBT

açısından anlamlı fark bulunmamıştır (t= 1,200, p= 0,22). Bağımlılık derecelerinin değerlendirilmesi klinik pratikte uygulandığı şekilde üç sınıfa (0-3= Düşük derece bağımlılık, 4-6= Orta derece bağımlılık, 7-10= Yüksek derece bağımlılık) ayrılmıştır. FNBT'ye göre bağımlılık derecelerinin değerlendirilmesinde vaka grubunda yüksek bağımlılık oranı fazla iken kontrol grubunda ise orta dereceli bağımlılık oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin FNBT'ye göre bağımlılık derecesinin değerlendirilmesi Tablo.4.2.1'de gösterilmiştir.

Tablo.4.2.1 Çalışmaya Katılan Kişilerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine Göre Bağımlılık Derecesinin Değerlendirilmesi

Bağımlılık düzeyi	**Düşük (0- 3)**	**Orta (4- 6)**	**Yüksek (7-10)**
Vaka (n, %)	**19 (% 15,4)**	**46 (% 37,4)**	**58 (% 47,2)**
Kontrol (n, %)	**55 (% 17,7)**	**130 (% 41,9)**	**125 (% 40,3)**

4.3 Vaka Grubunun Psikiyatrik Tanıları Açısından Sınıflandırılması

Çalışmamızın vaka grubu DSM-IV tanı kriterlerine göre psikiyatrik tanı konulmuş kişilerden oluşmaktadır. Vakaların 85'i (% 69,1) distimik bozukluk, 16'sı (% 13,0) majör depresyon, 12'si (% 9,8) bipolar affektif bozukluk, 6'sı(% 4,9) anksiyete bozukluğu ve 4'ü (% 3,3) alkol/madde bağımlılığı tanısı almıştır. Vaka grubunun % 65'i DSM-IV tanı kriterlerine göre konulmuş psikiyatrik tanılarıyla uyumlu psikiyatrik tedavi almaktadır. Psikiyatrik tanılarına göre psikiyatrik tedavi alma durumları Tablo.4.3.1'de gösterilmiştir.

Tablo.4.3.1 Vaka Grubundaki Vakalara Konulan Psikiyatrik Tanılar ve Tedavi Alma Durumları

Psikiyatrik Tanı	Psikiyatrik Tedavi		TOPLAM
	Alıyor	Almıyor	
Distimik bozukluk	53 (% 63,9)	32 (% 80)	**85 (% 69,1)**
Majör depresyon	13 (% 15,7)	3 (% 7,5)	**16 (% 13,0)**
Bipolar affektif bozukluk	10 (% 12,0)	2 (% 5,0)	**12 (% 9,8)**
Anksiyete bozukluğu	6 (% 7,2)	0 (% 0,0)	**6 (% 4,9)**
Alkol/ madde bağımlılığı	1 (% 1,2)	3 (% 7,5)	**4 (% 3,3)**
TOPLAM	**83 (% 67,5)**	**40 (% 32,5)**	**123 (% 100)**

4.4 Çalışmaya Katılan Kişilerin Sigara Bırakma Yöntemlerinin Değerlendirilmesi

Sigara bırakma tedavi programında hastaların hepsine yaşam tarzı değişikliği ve motivasyonel yaklaşım (YTD+MY) uygulanmış olup ek tedavi olarak % 17,6'sına NRT, % 37,0'sine NRT ve ilaç tedavisi uygulanmıştır. Sadece YTD+MY uygulananların oranı ise % 45,5'tir. Sigara bırakma yöntemleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır (χ^2= 23,790, p= 0,001). Sigara bırakma tedavi yöntemlerinin vaka ve kontrol gruplarına göre dağılımı Tablo.4.4.1'de gösterilmiştir.

Tablo.4.4.1 Sigara Bırakma Yöntemlerinin Vaka Ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

	Sigara Bırakma Yöntemi			Toplam
	YTD+MY	YTD+MY +NRT	YTD+MY +NRT +İlaç	
Kontrol	157 (% 50,6)	38 (% 12,3)	115 (% 37,1)	310 (% 100,0)
Vaka	40 (% 32,5)	38 (% 30,9)	45 (% 36,6)	123 (% 100,0)

Vaka grubunun sigara bırakma tedavi yöntemlerinin psikiyatrik tanılarına göre dağılımı ise Tablo.4.4.2'te verilmiştir.

Tablo.4.4.2 Vaka Grubunun Sigara Bırakma Tedavi Yöntemlerinin Psikiyatrik Tanılarına Göre Dağılımı

	Sigara Bırakma Yöntemi			Toplam
	YTD+MY	YTD+MY +NRT	YTD+MY +NRT+İlaç	
Distimik bozukluk	24 (% 28,2)	25 (% 29,4)	36 (% 42,4)	85 (% 100,0)
Majör Depresyon	5 (% 31,3)	6 (% 37,5)	5 (% 31,3)	16 (% 100,0)
Bipolar Affektif Bozukluk	6 (% 50,0)	4 (% 33,3)	2 (% 16,7)	12 (% 100,0)
Anksiyete Bozukluğu	2 (% 33,3)	3 (% 50,0)	1 (% 16,7)	6 (% 100,0)
Alkol/ Madde Bağımlılığı	3 (% 75,0)	0 (% 0,0)	1 (% 25,0)	4 (% 100,0)
Toplam	40 (% 32,5)	38 (% 30,9)	45 (% 36,6)	123 (% 100,0)

4.5 Vaka Grubunda Sigara Bırakma Durumu Ve Özellikleri

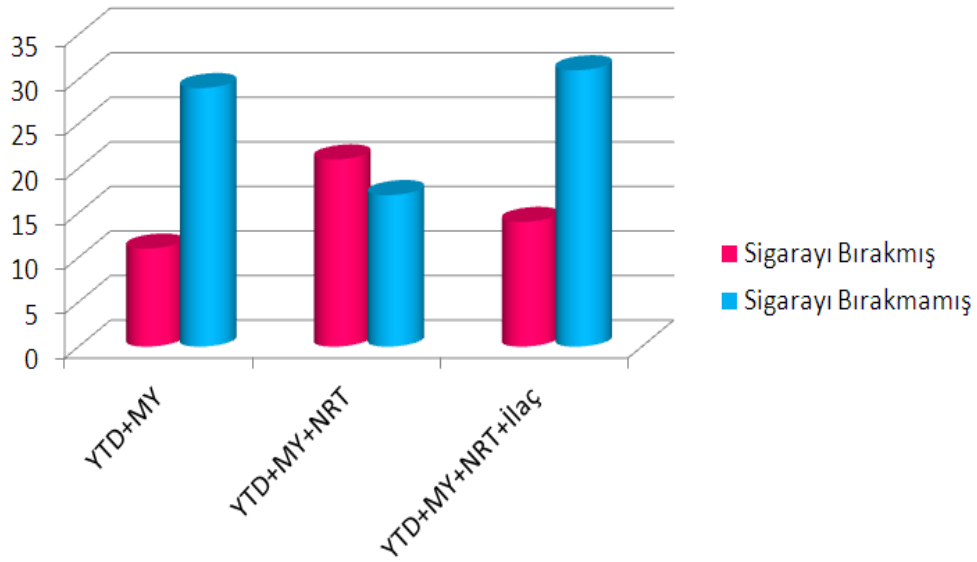
Vaka grubunun sigara bırakma durumu ve özellikleri değerlendirilmiştir. Buna göre telefonla ulaşılan 123 hastanın 46'sı (% 37,4) sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Sigarayı bırakanların yaş ortalaması 43,97±11,98 yıl, sigarayı bırakamayanların yaş ortalaması 42,97±10,79 yıl bulunmuş olup vaka grubunda sigarayı bırakma ile yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (t= 0,479, p= 0,633). Sigarayı bırakanların (n= 46) 30'u (% 65,2) kadın, 16'sı (% 34,7) erkekti (t= 0,563, p= 0,57). Medeni durumları değerlendirildiğinde sigara bırakanların 36'sının (% 78,3) evli olduğu görülmüştür (t= 0,520, p= 0,60).

Çalışmamızın vaka grubunda sigarayı bırakanların FNBT skorları değerlendirildiğinde FNBT ortalama 5,47±2,24 puandı. Vaka grubunda sigarayı bırakamayanların FNBT puanlarının ortalamasıyla (6,38±2,31 puan) sigarayı bırakanların FNBT puanlarının ortalaması karşılaştırıldığında ikisi arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (t= 2,133, p= 0,035).

Vaka grubunun sigara kullanım özellikleri değerlendirildiğinde sigarayı bırakanların sigara kullanımı ortalama 28,97±53,23 paket/yıl, sigarayı bırakamayanların sigara kullanımı ortalama 28,44±41,80 paket/yıl olup iki grup arasında sigara kullanımı açısından anlamlı bir fark yoktur (t= 0,062, p= 0,951).

Vaka grubunda sigara bırakan hastaların (n= 46) 19'u (% 41,3) evde kendilerinden başka sigara içen kişi/kişilerin olduğunu ifade etmişlerdir. Sigarayı bırakanlarla bırakamayanlar arasında evde sigara içimi açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (χ^2= 0,013, p= 0,909).

Psikiyatrik tedavi alanların (n= 83) % 32,5'i sigarayı bırakmıştır. Psikiyatrik tedavi almayanlarda (n= 40) bu oran % 47,5'tir. Sigara bırakma açısından psikiyatrik tedavi alanlarla psikiyatrik tedavi almayanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (χ^2= 2,584, p= 0,108). Çalışmamızda sigara bırakma oranları sadece YTD+MY uygulanan 40 hastada % 27,5, YTD+MY ve NRT uygulanan 38 hastada % 55,2, YTD+MY+NRT+ilaç tedavisi uygulanan 45 hastada ise % 31,1 olarak bulunmuştur. Vaka grubuna uygulanan sigara bırakma yöntemlerine göre bırakma oranları Grafik 4.5.1'de gösterilmiştir. Vaka grubunda sigara bırakma yöntemlerinin sigara bırakma açısından anlamlı olduğu görülmüştür (χ^2= 7,614, p= 0,022).



Grafik 4.5.1 Vaka Grubunda Sigara Bırakma Yöntemlerine Göre Başarı Oranları

Olguların psikiyatrik tanılarına göre bırakma oranları Tablo 4.5.1'de gösterilmiştir. Vaka grubunda psikiyatrik tanılar ile sigara bırakma durumları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (χ^2= 2,866, p= 0,580).

Tablo.4.5.1 Vaka Grubunun Psikiyatrik Tanılarına Göre Sigara Bırakma Oranları

	Sigarayı Bırakmış	**Sigarayı Bırakmamış**	**Toplam**
Distimik bozukluk	33 (% 38,8)	52 (% 61,2)	85 (% 100)
Majör depresyon	7 (% 43,8)	9 (% 46,2)	16 (% 100)
Bipolar affektif bozukluk	2 (% 16,7)	10 (% 83,3)	12 (% 100)
Anksiyete Bozukluğu	2 (% 33,3)	4 (% 66,7)	6 (% 100)
Alkol/madde bağımlılığı	2 (% 50,0)	2 (% 50,0)	4 (% 100)
Toplam	46 (% 37,4)	77 (% 62,6)	123 (% 100)

Çalışmamızda oluşturulan sigara bırakma oranları ile bağımsız risk faktörlerinin değerlendirilmesini araştıran lojistik regresyon modelinde cinsiyet, yaş, medeni durum, psikiyatrik tanı, tanıya uyumlu tedavi alma durumu, FNBT, sigara kullanımı (paket/yıl) ve evde sigara içimi incelenmiştir. Yapılan analizde FNBT'nin düşüklüğünün psikiyatrik tanısı olan hastalarda sigara bırakma konusunda bağımsız risk faktörü olduğu görülmüştür (Exp(B)= 10,584, p= 0,004). Sigara bırakma ile bağımsız risk faktörlerinin ilişkisini gösteren regresyon analizi Tablo.4.5.2'de gösterilmiştir.

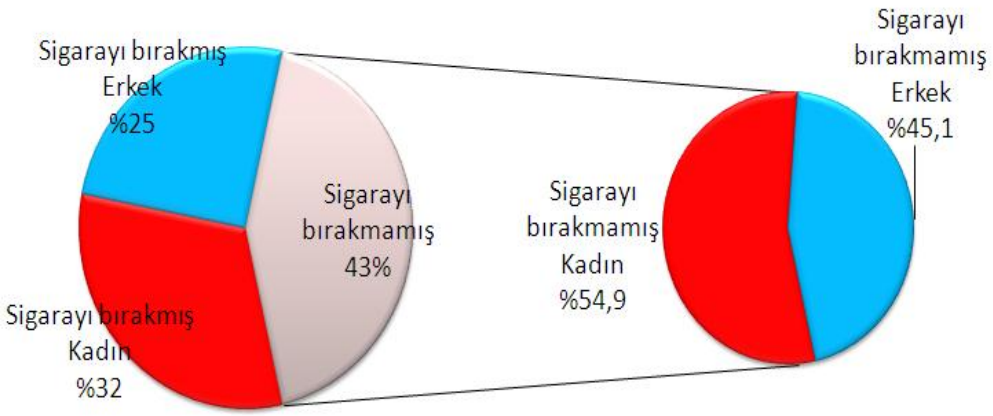
Tablo.4.5.2 Sigara Bırakma İle Bağımsız Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Bağımsız Risk Faktörleri	**B**	**S.E.**	**Wald**	**p**	**Exp(B)**	**Exp(B) için % 95 C.I.**	
						En düşük	**En yüksek**
Cinsiyet	-0,300	0,444	0,456	0,499	0,741	0,310	1,769
Medeni durum	-0,124	0,488	0,065	0,799	0,883	0,339	2,298
Psikiyatrik Tanı	-0,324	1,422	0,052	0,820	0,723	0,045	11,744
Psikiyatrik Tedavi Alımı	0,855	0,443	3,720	0,054	2,352	0,986	5,607
Evde Sigara İçimi	0,102	0,421	0,059	0,808	1,108	0,486	2,528
FNBT	**-0,206**	**0,091**	**5,124**	**0,024**	**0,814**	**0,681**	**0,973**
Sigara Kullanımı (paket/ yıl)	0,002	0,004	0,312	0,577	1,002	0,994	1,011

4.6. Kontrol Grubunda Sigara Bırakma Durumu Ve Özellikleri

Sigara bıraktırma tedavi programına katılan 343 hastanın 310'una telefonla ulaşılmıştır. Telefonla ulaşılan hastaların bilgileri değerlendirmeye alınmıştır. Telefonla bilgi alınan 310 hastanın 177'si (% 57,1) sigara bıraktırma tedavi programı sonucu sigarayı bıraktığını ifade etmiştir.

Kontrol grubu demografik veriler açısından değerlendirildiğine sigarayı bırakanların yaş ortalaması 42,48±11,39 yıl, sigarayı bırakamayanların yaş ortalaması 45,05±14,32 olup, yaş ortalaması açısından iki grup arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (t= 1,705, p= 0,089). Sigarayı bırakanların (n= 171) 98'i (% 57,3) kadın, 79'u (% 46,1) erkek idi (χ^2= 0,007, p= 0,933). Kontrol grubunun sigara bırakma durumunun cinsiyete göre dağılımı Grafik.4.6.1'de gösterilmiştir.



Grafik 4.6.1 Kontrol Grubunun Sigara Bırakma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Medeni durumları açısından değerlendirildiğinde 177 sigara bırakan kişinin 129'u (% 72,8) evliydi ve boşanmış olanların da (n= 13) 6'sı (% 53,8) sigarayı bırakmışlardır.

Çalışmamızın kontrol grubunun FNBT puanı değerlendirildiğinde sigarayı bırakanların FNBT ortalaması 5,63±2,29 puan iken sigarayı bırakamayanların FNBT

ortalaması 5,89±2,41 puan olup, iki grup arasında FNBT açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (t= 0,951, p= 0,342).

Sigara kullanım özellikleri değerlendirildiğinde ise sigarayı bırakanların sigara kullanımı ortalama 23,10±35,84 paket/yıl, sigarayı bırakamayanların sigara kullanımı ortalama 30,48±77,41 olup iki grup arasında sigara kullanımı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (t= 0,992, p= 0,322).

Kontol grubuna uygulanan sigara bırakma tedavi seçeneklerinin sigara bırakma başarı oranları Tablo.4.6.1'de belirtilmiştir. Sigara bırakma yöntemleri ile sigara bırakma arasında anlamlı bir fark görülmüştür (t= 7,425, p= 0,024).

Tablo.4.6.1 Kontrol Grubunda Sigara Bıraktırma Yöntemlerine Göre Sigara Bırakma Başarı Oranları.

		Sigarayı Bırakmış mı?		**Toplam**
		Evet	**Hayır**	
Sigara Bıraktırma Yöntemi	**YTD+MY**	77 (% 50,0)	77 (% 50,0)	154 (% 100,0)
	YTD+MY+NRT	17 (% 62,9)	10 (% 37,1)	27 (% 100,0)
	YTD+MY+NRT+İlaç	83 (% 64,3)	46 (% 35,7)	129 (% 100,0)
	Toplam	177 (% 57,1)	133(% 42,9)	310 (% 100,0)

Çalışmamızın kontrol grubunda oluşturulan sigara bırakma oranları ile bağımsız risk faktörlerinin (cinsiyet, yaş, medeni durum, FNBT, sigara kullanımı (paket/yıl) ve evde sigara içimi) değerlendirmesini araştıran regresyon modeli değerlendirildiğinde incelenen bağımsız risk faktörlerinin hiç birinin sigara bırakmada etkili olmadığı görülmüştür (Exp(B)= 1,426, p= 0,008).

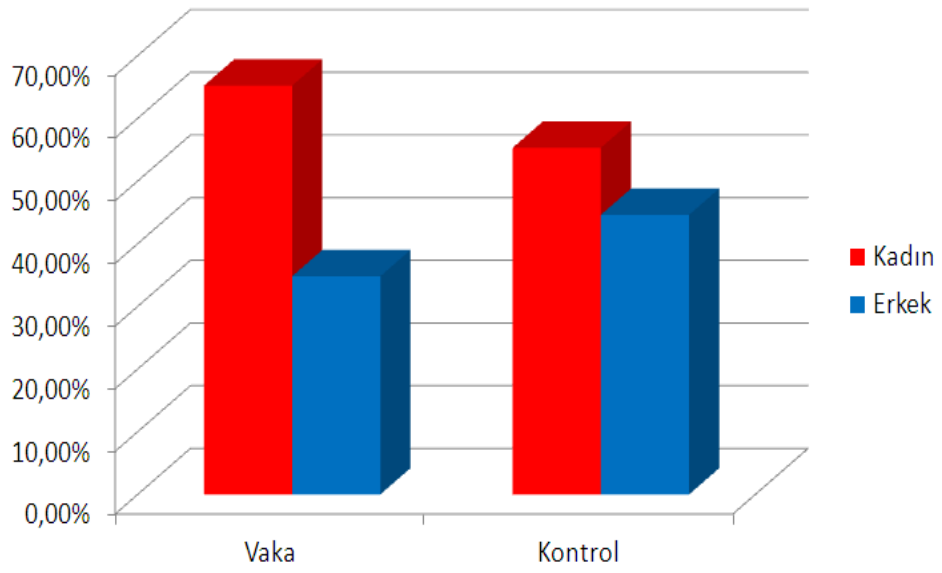
4.7 Vaka ve Kontrol Gruplarının Sigara Bırakma Durumları Açısından Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi

Çalışmamızın vaka ve kontrol gruplarında sigarayı bırakan kişilerin verileri demografik ve sigara kullanım özelliklerine göre karşılaştırılmıştır.

4.7.1 Vaka ve Kontrol Gruplarında Sigara Bırakan Kişilerin Demografik Verilerinin Karşılaştırılması

Çalışmamızda demografik verilerden sigara bırakan kişilerin yaş ortalamaları değerlendirildiğinde vaka grubunun yaş ortalaması 43,97±11,98 yıl, kontrol grubu yaş ortalaması 42,48±11,39 yıl tespit edilmiş olup iki grup arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (t= 0,770, p= 0,43).

Sigarayı bırakanların cinsiyet açısından değerlendirilmesi Grafik.4.7.1.1'de gösterilmiştir. İki grup arasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p= 0,22).



Grafik.4.7.1.1 İki Grubun Sigara Bırakan Kişilerin Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Kişilerin medeni durumlarına göre ise vaka grubunda sigara bırakanların (n= 46) 36'sı (% 78,3) evli iken, kontrol grubunda (n= 177) ise 129 (% 72,9) bulunmuştur.

4.7.2 Vaka ve Kontrol Gruplarında Sigara Bırakan Kişilerin Sigara Kullanım Özelliklerinin ve Bağımlılık Durumlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda sigara bırakma oranları karşılaştırıldığında sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunun psikiyatrik hastalardan oluşan vaka grubundan istatistiksel

olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bir oranda sigarayı bıraktığı izlenmiştir (n= 123, % 37,3'ye karşı n= 310, % 57,1) (χ^2= 13,680, p= 0,001).

Çalışmamızda sigara bırakanların FNBT değerine bakıldığında vaka grubunun FNBT ortalaması 5,47±2,24 puan, kontrol grubunun FNBT ortalama 5,63±2,29 puan olarak tespit edilmiş olup iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t= 0,424, p= 0,67). Bağımlılık düzeyleri sınıflandırmasında da iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (χ^2= 0,834, p= 0,65).

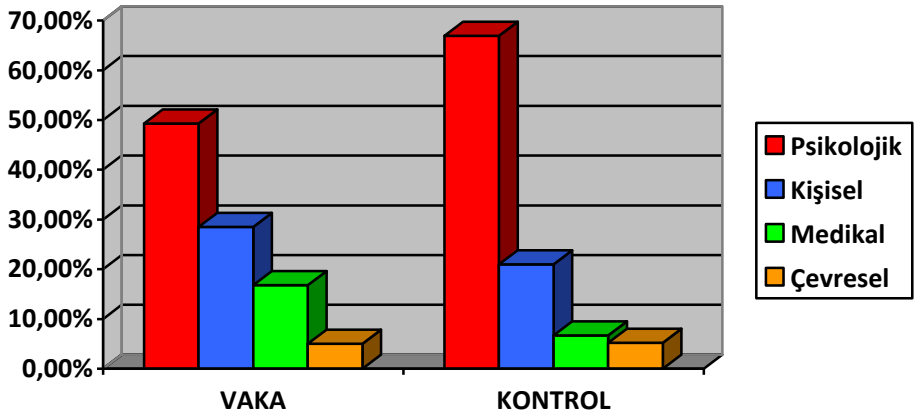
Sigara bırakanlarda sigara kullanımı vaka grubunda ortalama 28,97±53,23 paket/yıl, kontrol grubunda ise 23,10±35,84 paket/yıl bulunmuş olup iki grup arasında sigara bırakanların sigara kullanımları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (t= 0,840, p= 0,40).

Evde sigara içen diğer bireyler sigara bırakan vaka grubu ile kontrol grubunda anlamlı bir ilişki görülmüştür (χ^2= 5,414, p= 0,067). Vaka grubunda sigara bırakan 19 kişinin (% 41,3) ve kontrol grubunda 73 (% 41,2) kişinin evinde bir başkası sigara içmekte idi.

4.8 Vaka ve Kontrol Gruplarında Sigarayı Bırakamayan Kişilerin Değerlendirilmesi

Katılımcılarla yapılan telefon görüşmeleri sonucu sigarayı bırakamama sebebi olarak birçok objektif ve subjektif faktör belirtilmiştir. Bunlar sırasıyla psikolojik (stres, irade zayıflığı, alışkanlık), çevresel (evde ve işyerinde kendisi dışında içenlerin bulunması, aileden destek görememe), kişisel (kilo alma, ameliyat geçirme, gebelik, yakının kaybı) ve medikal (ilaç yan etki, tedaviye uyumsuzluk) nedenler olarak dört grupta sınıflandırılmıştır.

Buna göre vaka ve kontrol gruplarında kısa ve orta vadede sigara bırakamayanların sigarayı bırakamama nedenlerinin büyük bir kısmını psikolojik faktörler oluşturmaktadır.



Grafik 4.8.1 Vaka ve Kontrol Gruplarında Sigarayı Bırakamama Sebeplerinin Dağılımı.

5. TARTIŞMA

Sigara kullanımının bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutta etkileri olması nedeniyle sigaranın bıraktırılmasında çeşitli zorluklarla karşılaşılmaktadır. Ülkemizde sigara içen psikiyatrik tanılı hastaların sigara bırakma programıyla sigara bırakma oranlarını inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu konuyla ilgili elde yeterli bilgi olmadığı için çalışmamız bu yönde geliştirilmiştir.

Yaptığımız çalışmanın demografik verileri incelendiğinde vaka grubunun 84'ü (% 68,3) kadın, 39'u (% 31,7) erkekti. Yaş ortalaması ise 43,34±11,21 yıldı. Ülkemizde sigara kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında 2008 yılında Düzce Üniversitesi'nde sağlıklı bireylerle ilgili yapılan çalışmada sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların % 36,3'ünün (n= 49) kadın, % 63,7'sinin (n= 86) erkek olduğu görülmüştür (1). 2005 yılında Fidan ve arkadaşlarının Afyon'da yaptığı bir çalışmada 135 olgunun % 32,7'si kadın, % 67,3'ü erkek olduğu tespit edilmiştir(47). Kaya ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada olguların yaş ortalamasının 46,01±12,65 yıl olduğu görülmüştür (70). 2005 yılında Ankara'da yapılan 561 sağlıklı kişiyle yapılan bir çalışmada olguların% 46,7'si kadın, % 53,1'i erkek, yaş ortalaması 40,42 ± 10,36 yıl olarak belirtilmiştir (35). Tanrıöver ve arkadaşlarının psikiyatrik hastaların sigara içme durumlarıyla ilgili yapmış oldukları çalışmada hastaların % 45'i kadın, % 55'i erkek olup yaş ortalaması 36,83±12,18 yıl olarak belirtilmiştir ve cinsiyet ve yaş ortalaması ile sigara kullanımı açısından anlamlı fark bulunmadığı söylenmiştir (71). Yurt dışındaki çalışmalar incelendiğinde Shahab ve arkadaşlarının (72) 3645 kişiyle yaptığı çalışmada grubun % 48'ini kadınlar oluşturmaktaydı ve vakaların yaş ortalaması ise 45,8 yıldı. Strasser ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların % 54'ü kadın, yaş ortalaması ise 46,1±10,8 yıl olarak bulunmuştur (73). Araştırmamızda diğer çalışmalarla yaş ortalaması açısından benzer sonuçlar elde edilmiştir. Genel populasyonda erkeklerde sigara içme oranı daha fazla olduğu halde, çalışmamızda kadın cinsiyet oranının daha yüksek olması psikiyatrik hastalık görülme sıklığının kadınlarda daha fazla olmasına bağlanabilir (74).

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde çalışmamızın vaka grubunun 93'ü (% 75,6) evlidir. Hall ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bu oranın bizim

çalışmamıza yakın düzeyde bulunduğu görülmüştür (% 70,4) (75). Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 76,9'unun evli olduğu görülmüştür (76). Dicle Üniversitesi'ndeki bir çalışmada ise kişilerin % 65,9'unun evli olduğu belirtilmiştir (1). Örsel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada olguların % 74,3'ünün evli olduğu ifade edilmiştir (35). İstanbul'da yapılan yapılan bir çalışmada katılımcıların % 37,5'i evli bulunmuştur (71).

Çalışmamızın vaka grubunu oluşturan 123 kişinin % 39,0'ını ev hanımları oluşturuyordu. 2008 yılında Adana'da 586 kişiyle yapılan çalışmada kişilerin % 36,6'sının ev hanımı, % 12'sinin emekli, % 8,2'sinin ise öğrencilerden oluştuğunu belirtmişlerdir (77).

Çalışmamızda sigara kullanım durumları değerlendirildiğinde ortalama vaka grubunda 28,63±46,13 paket/yıl bulunmuştur. Yurt dışında psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerin değerlendirildiği çalışmalarda, araştırmamızla uyumlu sonuçlar izlenmiştir. Cox ve arkadaşlarının majör depresif hastalarda buldukları ortalama değer 28,1±11 paket/yıl olarak görülmüştür (78). Brown ve arkadaşlarının 2007'de majör depresyon hastalarında yaptığı çalışmaya göre ise ortalama 24,6±10,6 paket/yıl olarak belirlenmiştir (79). Mathew ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara içme durumu 22,47±12,42 paket/yıl olarak tespit edilmiştir (80). Başka bir çalışmada ise bu değer ortalama 26,0±10,64 paket/yıl olarak rapor edilmiştir (81). Bu çalışmalardaki ortalama paket/yıl seviyeleri bizim sonuçlarımızdan belirgin olarak daha düşüktür.

Çalışmaya katılanların % 40,4'ü evinde kendisinin dışında da sigara içenlerin olduğunu belirtmiş olup, bunların % 28,6'sı vaka grubunda bulunmaktadır. Argüder ve arkadaşlarının sağlıklı bireylerde yapmış oldukları araştırmada kişilerin (n= 400) % 48,2'si evde başka sigara içen kişi/kişiler olduğunu ifade etmişlerdir (56). 2008 yılında Trakya Üniversitesi Sigara Bırakma Polikliniği'nde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 45,2'si evinde kendisinden başka sigara içen kişi/kişilerin olduğunu belirtmişlerdir (76). Aynı yıl Dicle Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise katılımcıların % 55,6'sı evinde kendisinden başka sigara içen kişi/kişilerin bulunduğunu ifade etmişlerdir (1).

Çalışmamızda vaka grubunun FNBT değeri ortalama 6,04±2,32 puan idi. Hall ve arkadaşlarının 2006 yılında depresyon tanılı hastalarda yapmış oldukları çalışmada ise

FNBT skoru ortalama 4,2±2,6 puan olarak bulmuşlardır (75). Bulduğumuz sonuç yurt dışında yapılan bazı çalışmaların ortalamasından düşüktür. Cox ve arkadaşları majör depresif bozukluğu olan hastalarda FNBT ortalama değerini 7,4±1,6 puan bulduklarını bildirmişlerdir (78). Depresyon tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada ise FNBT skorunun ortalama 6,41±1,90 puan olduğu görülmüştür (79). Mathew ve arkadaşlarının Kuzey Karolina'da yaptıkları bir başka çalışmada da FNBT değeri ortalama 5,30±2,04 puan olarak bulunmuştur (80).

Bağımlılık derecelendirmesinde çalışmamızda vaka grubunun % 15,4'ü düşük, % 37,4'ü orta, % 47,2'si yüksek derecede bağımlı olarak değerlendirilmiştir. Sonuçlarımız yurtiçinde yapılan bazı çalışmalarla kıyaslandığında yüksek derece sigara bağımlılığı olan hastalarımızın oranının düşük, bazılarına göre de yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Diyarbakır'da oluşturulan bir çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran sağlıklı kişilerin % 25,2'sinin düşük, % 12,6'sının orta, % 62,2'sinin yüksek derecede bağımlı olduğu ifade edilmiştir (1). Zıt bir şekilde psikiyatrik hastaların nikotin bağımlılığının değerlendirildiği bir başka araştırmada hastaların (n= 89) % 56,1'i düşük, % 26,9'u orta, % 16,8'i ise yüksek derecede bağımlı bulunmuştur (11). Portilla ve arkadaşları, 2014 yılında yaptıkları çalışmada psikiyatrik tanılı hastaların FNBT puanlarına göre orta-yüksek bağımlı olduklarını belirtmişlerdir (10).

Her ne kadar ülkemizdeki psikiyarik hastalıkların sıklığını tam olarak yanıtmasa da araştırmamıza dâhil olan çalışma grubundaki psikiyatrik tanı alan hastaların en sık aldığı tanı distimik bozukluklar (Minör depresyon sendromları) idi. Çalışmamızda yer alan 123 psikiyatrik tanı almış hastanın % 69,1'inde distimik bozukluk, % 13,0'ünde majör depresyon, % 9,8'inde bipolar affektif bozukluk, % 4,9'unda anksiyete bozukluğu ve % 3,3'ünde alkol ve madde bağımlılığı tespit edilmiştir. Oysaki Avustralya ve ABD'de yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada 67900 sigara içen psikiyatrik tanılı hastanın % 38,4'ünde alkol/madde bağımlılığı, % 26,5'inde distimik bozukluk, % 17,2'sinde panik atak, % 17,7'sinde bipolar affektif bozukluk olduğu rapor edilmiştir (9). 2013 yılında ülkemizdeki bir araştırmada katılımcıların % 52,5'inin şizofreni, %31,2'sinin bipolar affektif bozukluk, % 16,2'sinin major depresyon tanısı aldığı kişilerle çalışma yapılmıştır (71). 2014 yılında İspanya'da yayınlanan bir çalışmada sigara içen psikiyatrik tanı almış hastaların % 65,7'sinin distimik bozukluk,

%21,9'unun şizofreni, % 8'inin bipolar affektif bozukluk tanısı aldığı rapor edilmiştir (10).

Çalışmamızda psikiyatrik tanı konulmuş hastaların % 32,5'ine YTD+MY, % 30,9'una YTD+MY ve NRT, % 36,6'sına ise bunlara ek olarak ilaç tedavisi uygulanmıştır. 2013 yılında ülkemizde psikiyatrik tanılı 38 hastada yapılan bir çalışmada hastaların 18'ine (% 14,8) YTD+MY, 13'üne (% 22,4) YTD+MY ve NRT, 7'sine (% 18,4) ise YTD+MY ve ilaç tedavisi uygulanmıştır (56). 2012'de Düzce Üniversitesi'nde sigara bırakma merkezinde yapılan bir çalışmada psikiyatrik hastalığı bulunmayan sağlıklı bireylerin % 50,4'üne (n= 68) bupropion + yaşam tarzı değişikliği tedavisi, % 0,7'sine bupropion + yaşam tarzı değişikliği tedavisi + nikotin bandı, % 26,7'sine (n= 36) nikotin bandı + yaşam tarzı değişikliği tedavisi, % 22,2'sine (n= 30) yaşam tarzı değişikliği uygulanmıştır (1). Ankara'da sağlıklı bireylerde yapılan başka bir çalışmada hastaların % 66,8 kişiye NRT ve yaşam tarzı değişikliği, geri kalanlara da yaşam tarzı değişikliği önerilmiştir (35). 2014 yılında psikiyatrik tanı almış 78 hastayla yapılan çalışmada hastaların tümüne yaşam tarzı değişikliği ve motivasyonel yaklaşım tedavisi uygulanırken ek olarak % 53,8'ine ilaç, % 36,2'sine NRT uygulandığı belirtilmiştir (10).

Bizim sonuçlarımıza göre, psikiyatrik tanılarına göre sigara bırakma yöntemlerini değerlendirdiğimizde distimik bozukluğu bulunan hastaların (n= 85) % 42,4'üne YTD+MY+NRT+ilaç kombinasyonu uygulanmıştır. Majör depresyon tanısı almış hastaların (n= 16) % 37,5'ine YTD+MY+NRT tedavisi, bipolar affektif bozukluğu bulunan hastaların (n= 12) % 50,0'sine YTD+MY, anksiyete bozukluğu bulunanların (n= 6) % 50,0'sine YTD+MY+NRT tedavisi ve alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların (n= 4) büyük bir kısmına ise YTD+MY tedavisi uygulanmıştır. 2012 yılında yapılan küçük grup (n= 5) çalışmasında bipolar affektif bozukluğu bulunan hastaların % 60'ına YTD+MY+NRT+ilaç tedavisi uygulanmıştır (82).

Ülkemizde psikiyatrik tanı almış olan hastaların sigara bırakma düzeyleri hakkında çok fazla çalışma planlanmamıştır. Araştırmamızda vaka grubumuzu oluşturan psikiyatrik hastalarda kısa ve orta vadede sigara bırakma başarı oranı % 37,4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda sigara bırakma oranları karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalardan oluşan vaka grubu ile sağlıklı bireylerden oluşan kontrol

grubunda anlamlı bir fark görülmüştür (χ^2= 13,680, p= 0,001). Ülkemizde sigara bırakma tedavisinin sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalarda üçüncü ayda sigara bırakma oranları % 65 civarında bulunmuştur (81). Bu çalışmada elde edilen sonuçlar oldukça tartışmalıdır. Yurt içi ve yurt dışı pek çok yayında üç aylık (orta vade) sigara bırakma başarı oranlarının ortalama % 40 civarında olduğu belirtilirken, bu çalışmada rapor edilen yüksek başarı oranlarını açıklayabileyecek farklı bir yöntem tanımlanmamıştır (83). Bahsedilen çalışmada oldukça standart sigara bırakma yöntemleri kullanılmıştır (İlaç, NRT, MY, telefon konsültasyonları v.b.). Genel literatür ve bulgularımızla uyumlu olamak üzere ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise sigara bırakma polikliniğinde 3. ay sonunda olguların sigara bırakma oranı % 36,5 olarak saptanmıştır. (56). Çan ve arkadaşları sigarayı bırakmada profesyonel hekim desteğinin önemini vurguladıkları çalışmada ilk yılın sonunda sigara bırakma başarısını % 43,4 olarak bulmuşlardır (58). Yapılan bir çalışmada ise psikiyatrik tanılı hastaların ancak % 14,3'ü sigarayı bırakmıştır (70).

Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde ABD'de 2013 yılında 49 psikiyatrik hastada yapılan bir çalışmada üç aylık dönemde bırakma oranının % 28,6 bulunduğu ifade edilmiştir (80). 2014 Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu'nda yakın takip, profesyonel destek ve farmakolojik tedavi kombinasyonunun başarı oranlarını artırdığı özellikle belirtilmiş ve yakın destek yoğunluğu arttıkça başarı oranının daha da yükseleceği vurgulanmıştır (37). "American Lung Health" çalışmasında da, yoğun bir programın uygulanması sigara bırakma başarısını % 25'lere çıkarmıştır (84). Bizim çalışmamızda, kısa ve orta vadede başarı oranı % 40'ın altında bulunmuş olup, oranın düşük olmasının nedeni diğer çalışmalardan farklı olarak psikiyatrik tanılı hastalarla yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Kontrol grubumuzda ise bu başarı oranlarına yakın değerler elde edilmiştir.

Çalışmamızın vaka grubunun sigara bırakma başarısı gösterenlerin yaş ortalaması 43,97±11,98 yıl bulunmuş olup sigara bırakma ile yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Edirne'de sigara bırakma polikliniğine başvuran ve altı ay süreyle izlemi yapılan bireylerin değerlendirildiği bir başka çalışmada altı aylık bırakma oranında yaş grupları ve cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (85). Örsel ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da sigarayı bırakanların yaş

ortalaması 40,8 ± 11,03 bulunmuş olup yaş ortalaması açısından sigara bırakmayanlarla arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir (p> 0,62) (35). Kaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erkeklerin % 31,6'sı, kadınların ise % 28,9'u sigarayı bırakmış, cinsiyetler arasında anlamlı farklar saptanmamıştır (70). İspanya'da 2003-2005 yılları arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde sigara bırakma girişiminin uygulandığı izlem çalışmasında (İSTAPS) bir yıllık sigara bırakma hızında erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (86). Aynı şekilde Örsel ve arkadaşlarının çalışmasında da cinsiyet ile sigara bırakma arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (35). Cinsiyetin sigara bırakma başarısına olan etkisi incelendiğinde bazı çalışmalarda erkeklerin daha başarılı olduğu ile ilgili sonuçlar varsa da, çalışmamızda, diğer pek çok çalışma ile uyumlu olarak cinsiyetin sigara bırakma başarısını etkilemediği tespit edilmiştir (p= 0,57) (87, 88).

Kaya ve arkadaşlarının 2005 yılında yapmış oldukları bir çalışmada sigarayı bırakanların % 91,3'ü evli, % 8,7'si bekâr olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı ifade edilmiştir (70). Aynı yılda yayınlanan 68 kişiden oluşan bir çalışmada ise evli olanların oranı % 83,8 olarak belirtilmiştir (89). 2012'de İzmir'de yapılan bir çalışmada araştırma grubunda bir yıllık sigara bırakma hızı ile medeni durum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (1). Çalışma grubumuzla da benzer sonuçlar elde edilmiştir (% 78,3'ü evli, p= 0,60). 2007'de yayınlanan bir çalışmada ise evli olanlar anlamlı olarak daha fazla sigarayı bırakmıştır (85). Medeni durumdaki farklı sonuç bu çalışmadaki izlem süresinin ve hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanabilir. İngiltere'de 1991-2001 arasında yürütülen bir çalışmada da evli olanlarda sigara bırakma hızı evli olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (90). Evli olmak sigara bırakma sürecinde destekleyici bir etmen olarak düşünüldüğünde bu durum beklenen bir sonuçtur. Bu çalışmada farklı bir sonuç çıkmasının nedeni çalışmaya katılanların büyük kısmının evli olması olabilir.

Vaka grubumuzun sigarayı bırakanların FNBT puanları değerlendirildiğinde FNBT puanı ortalama 5,47±2,24 puan tespit edilmiş olup sigarayı bırakamayan psikiyatrik tanılı hastaların FNBT ortalama puanı karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmış olup (p= 0,035), yapılan regresyon analizine göre ise FNBT puanının düşük olmasının sigara bırakma konusunda başarı oranını artırdığı

söylenebilir (Exp(B)= 0,814, p= 0,024). Yurtdışında sigara bırakma ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde Breslau ve arkadaşları major depresif hastalığı bulunan kişilerde FNBT değerinin sigara bırakmada etkili bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir (91). Amerika, Kanada, İngiltere ve Avustralya'da yürütülen ITC çalışmasında altı aylık sigara bırakma hızı nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça bu çalışmaya benzer şekilde azalmış olarak bulunmuştur (92). Avrupa'da 17 ülke ve 36 merkezin katıldığı ve girişim grubuna nikotin bandı tedavisinin verildiği CEASE çalışmasında yine benzer şekilde nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça bir yıllık sigara bırakma hızının azaldığı saptanmıştır (93). 2013 yılında 49 psikiyatrik tanısı olan hastada FNBT puanı ortalama 5,3±2,60 puan tespit edilmiş olup sigarayı bırakamayan grupla arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p< 0,05) (80). Ülkemizde sigara bırakma ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ise 2012 yılında Erzurum'da 608 kişiyle yapılan çalışma sonucu sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler arasında düşük FNBT değeri olduğu ifade edilmiştir (p= 0,03) (94). 2012 yılında İstanbul'da iki merkezde yapılan bir çalışmada sigarayı bırakan sağlıklı bireylerin Fagerström nikotin bağımlılık düzeylerini sigarayı bırakamayanlara göre anlamlı (p< 0.05) olarak daha düşük bulmuşlardır (95). 2005 yılında Ankara'da sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada ise FNBT değerinin sigara bırakma açısından bir etkisinin olmadığını söylemişlerdir (35).

Vaka grubunun sigara kullanım özellikleri değerlendirildiğinde sigarayı bırakanlarla bırakamayanlar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (t= 0,062, p= 0,951). Yapılan regresyon analizine göre de sigara kullanım durumunun psikiyatrik hastalarda risk faktörlerinden biri olmadığı söylenebilir (Exp(B)= 1,002, p= 0,577). 2006'da Hall ve arkadaşlarının psikiyatrik tanısı bulunan hastalar ile yaptıkları çalışmada çalışmada 20 paket/yıl'dan az sigara kullanımı olanlarla 20 paket/yıl'dan fazla sigara kullanan hastaların sigara bırakma oranları benzer bulunmuştur (75). Mathew ve arkadaşlarının psikiyatrik tanılı hastalarda yapmış olduğu çalışmada ise sigara bırakanlarda sigara kullanımı 25,79±10,47 paket/yıl bulunmuş olup sigarayı bırakamayanlarla arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (80). Ülkemizde 262 sağlıklı bireyle yapılan bir çalışmada sigarayı bırakan ve bırakamayan hastaların yıllık sigara miktarı (paket/yıl) anlamlı (p> 0.05) farklılık göstermemiştir (96). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar değerlendirildiğinde sigara bırakanlarla bırakamayanlar

arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak fark olmadığı ifade edilmiştir (86). 2005 yılında yapılan bir çalışmada da benzer şekilde sigara bırakılması ile sigara kullanımı açısından anlamlı bir fark görülmediği belirtilmiştir ($p > 0,8$) (35).

Araştırma grubumuzda evde kendisinden başka kişi/kişilerin sigara içmesinin sigara bırakma durumunu etkilemediği tespit edilmiştir. Çok sayıda katılımcının olduğu ve izlem çalışmalarının değerlendirildiği bir metaanalizde evde eşi ya da birlikte yaşadığı kişilerin sigara içmeyenler olmasının (destek varlığı) bir yıllık sigara bırakma hızını anlamlı olarak artırmadığı bulunmuştur (96). 2003 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada da 1. yılın sonunda evde sigara içen yakını olmayanlarda başarı oranı % 47,9, sigara içen yakını olanlarda ise % 44,1 olarak belirtilmiş olup, evde sigara içen bir yakının olmasının sigarayı bırakma başarısını olumsuz etkilemediği rapor edilmiştir (81).

Yapılan istatistiksel çalışmalara göre araştırmamızda sigara bırakma açısından psikiyatrik tedavi alanlarla psikiyatrik tedavi almayanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiş olup (χ^2= 2,584, p= 0,108) psikiyatrik hastalarda psikiyatrik tedavi almanın sigara bırakma konusunda etkisinin bulunmadığı düşünülebilir (Exp(B)= 2,352, p= 0,054). Literatürde sigara içen psikiyatrik tanı almış hastaların tanılarıyla uyumlu psikiyatrik tedavi alma durumlarının sigarayı bırakabilme başarısına etkisini inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Ulaşılabilen çalışmaların büyük bir kısmında örneklem seçiminde psikiyatrik tanılarıyla uyumlu tedavi alan hastalar tercih edilmiştir.

Çalışmamızda sigara bırakma oranları sadece YTD+MY uygulanan 40 hastada % 27,5, YTD+MY ve NRT uygulanan 38 hastada % 55,2, YTD+MY+NRT+ilaç tedavisi uygulanan 45 hastada ise % 31,1 olarak bulunmuş olup, psikiyatrik hasta grubunda sigara bırakma yöntemlerinin sigara bırakma açısından anlamlı olduğu görülmüştür (χ^2= 2,584, p= 0,108). Solak ve arkadaşları 3.ay sonunda sigara bırakma başarısını % 45,5 olarak bulmuşlardır ve sigarayı bırakmada davranış tedavisi, yoğun motivasyonel destek, kontrol vizitleri ve telefon görüşmelerinin önemli rol oynadığını, buna NRT eklenmesinin başarıyı artırdığını vurgulamışlardır (81). Salepçi ve arkadaşları 79 hastaya davranış eğitimi, motivasyonel destek ve 24 olguya farmakolojik tedavi uygulamışlar ve olguların bir yıl boyunca düzenli takiplerini yapmışlardır (89). Sigara bırakma başarısı, üçüncü ayda % 54,0, altıncı ayda % 48,5 bulunmştur. Demir ve

arkadaşları yaptığı çalışmada en az bir yıldır izlenen 634 olgudan NRT uygulanan 297 (% 46,8) olguda sigara bırakma oranları 15. günde % 46,8, birinci yıl sonunda % 33,6 iken, yalnızca başlangıçta kısa eğitim verilen olgularda 15. günde % 11,8, birinci yıl sonunda % 10,9 olarak bulunmuştur (88). 2005 yılındaki bir çalışmada davranış tedavisi ve NRT uygulananlarda bırakma oranı % 31,5 iken, sadece davranış tedavisi uygulananlarda % 24,2 olup NRT ve davranış tedavi grubunda olanlarda sigara bırakma oranları yüksek olmakla birlikte istatistiksel anlamlılığa ulaşılmadığını ifade etmişlerdir (35).

Sigara bırakma konusunda yapılan çalışmalarda, kullanılan yöntemlere, kişinin kendi başına bırakmasına, izlem süresine ve kendi bildirim (self-report) ya da CO analizi ile sigara bırakmanın doğrulanmasına göre bildirilen başarı oranları değişmektedir (97, 98). Kendi başına bırakıldığı durumlarda başarı oranının çok düşük olduğu, % 97'sinin yeniden sigara içmeye başladığı belirtilmektedir (99). Değişik sigara bırakma yöntemlerinin gözden geçirilmesinde altı ay sonundaki başarı oranlarına bakıldığında, kendi başına bırakma için verilen oranlar % 0- 33 arasında değişmektedir. Davranış modifikasyonu için verilen eğitimle bırakmada ise oranlar % 13- 50 arasındadır. Nikotin replasman tedavisinin % 17- 33, davranış tedavisiyle kombine edildiği durumlarda % 23- 50'ye kadar yükseldiği bildirilmektedir (97, 100). Nikotin transdermal bantın kullanıldığı çalışmalarda, tek başına doktor tarafından verilmesine ya da reçetesiz kullanımına, kullanılma süresine, birlikte danışma ve davranış eğitimi verilmesine göre başarı oranları değişmektedir (101, 102).

Vaka grubumuzun büyük bir bölümünü oluşturan distimik bozukluk hastalarının (n= 85) % 38,8'i uygulanan sigara bırakma tedavisi sonucu sigarayı bırakmıştır. Çalışmamızdaki majör depresyon tanısı konulmuş hastaların (n= 16) % 43,8'i, bipolar affektif bozukluğu bulunan hastaların (n= 12) % 16,7'si, anksiyete bozukluğu olanların (n= 6) % 33,3'ü ve alkol/madde bağımlılığı olanların (n= 4) % 50'sinin kısa ve orta vadede sigara bırakma tedavisi ile sigarayı bıraktıkları tespit edilmiştir. Depresyon tanılı hastalarda sigara bırakma tedavisinin etkinliğini araştıran üç çalışmanın meta-analizinde üç aylık izlemde bırakma oranları % 41, % 21, % 46 bulunmuştur. Aynı meta-analize dahil olan altı aylık izlemlerde bırakma oranları % 17, % 29 ve % 8 tespit edilmiştir (103). Hall ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise psikiyatrik tanılı hastalarda sigara

bırakma tedavisi sonucu bırakma oranları üçüncü ay sonunda % 13,5, altıncı ay sonunda ise % 14,11 olarak rapor edilmiştir (75). 2013 yılında Mathew ve arkadaşlarının yapmuş oldukları çalışmada majör depresif hastalarda sigara bırakma oranı % 31,1 olarak bulunmuştur (80). 2011-2013 yılları arasında iki merkezde uygulanan bir çalışmada 150 psikiyatrik tanı almış hastanın altı aylık dönemde sigara bırakma oranı % 12 bulunmuştur (10).

2000 yılında çok merkezli yapılan bir araştırmada elde edilen verilere göre sigara bırakma oranları distimik bozukluk hastalarında % 37,0, majör depreyonlularda % 38,1, anksiyete bozukluklarında % 41,4 ve bipolar affektif bozukluğu olanlarda % 16,6 olarak bulunmuştur (104).

Çalışmamızda sigara bıraktırma tedavi programına göre sigarayı bırakamayanlar değerlendirildiğinde vaka grubunda sigarayı bırakamayanların (n= 77) % 49,4'ü stres, irade zayıflığı, psikolojik nedenlerden ötürü bırakamadığını belirtmiştir. Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada da uygulanan sigara bırakma programına rağmen sigarayı bırakamayanların % 61,0'inin psikolojik nedenlerle sigarayı bırakamadıkları ifade edilmiştir (76).

6. SONUÇ

6.1 Katılımcıların 123'ü psikiyatrik tanısı bulunan vaka grubunu, 310'u ise psikiyatrik tanısı bulunmayan kontrol grubunu oluşturmaktaydı.

6.2 Vaka grubunun 84'ü (% 68,3) kadın, 39'u (% 31,7) erkekti. Yaş ortalaması ise 43,34±11,21 yıl idi. Cinsiyet açısından vaka grubunda erkek sayısı az olduğu için iki grup arasında anlamlı fark görülmüştür (χ^2= 6,272, p= 0,012).

6.3 Medeni durum açısından değerlendirildiğinde vaka grubunun 93'ü (% 75,6) evliydi.

6.4 Katılımcıların büyük çoğunluğu ev hanımı olup meslekler arasında anlamlı fark görülmüştür (χ^2= 17,157, p= 0,013).

6.5 Sigara kullanım durumları değerlendirildiğinde vaka grubunda ortalama 28,63±46,13 paket/yıl, kontrol grubunda ise 26,19±57,04 tespit edilmiştir. Sigara kullanımı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t= 0,410, p= 0,68).

6.6 Çalışmaya katılanların % 40,4'ü evinde kendisinden başka sigara içenlerin olduğunu belirtmiş olup bunların % 28,6'sı vaka grubunda bulunmaktadır (χ^2= 17,547, p= 0,001).

6.7 Vaka grubunun FNBT değeri ortalama 6,04±2,32 puan, kontrol grubunun FNBT değeri ortalama 5,74±2,34 puandır. İki grup arasında FNBT açısından anlamlı fark bulunmamıştır (t= 1,200, p= 0,22).

6.8 FNBT'ye göre bağımlılık derecelerinin değerlendirilmesinde vaka grubunda yüksek bağımlılık oranı fazla iken kontrol grubunda ise orta dereceli bağımlılık oranı daha yüksek bulunmuştur.

6.9 Çalışmamızın vaka grubu DSM-IV tanı kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik tanı konulmuş kişilerden oluşmaktadır. Vakaların 85'i (% 69,1) distimik bozukluk, 16'sı (% 13,0) majör depresyon, 12'si (% 9,8) bipolar affektif bozukluk, 6'sı (% 4,9) anksiyete bozukluğu ve 4'ü (% 3,3) alkol/madde bağımlılığı tanısı almıştır.

6.10 Araştırmamızın kontrol grubunun % 50,6 MY+YTD, vaka grubunun % 36,6'sına ise MY+YTD+NRT+ilaç tedavisi uygulanmıştır. Sigara bırakma yöntemleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır (χ^2= 23,790, p= 0,001).

6.11 Telefonla ulaşılan 123 hastanın 46'sı (% 37,4) sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Çalışmamızda sigara bırakma oranları karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalardan oluşan vaka grubu ile sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunda anlamlı bir fark görülmüştür (χ^2= 13,680, p= 0,001).

6.12 Sigarayı bırakanların yaş ortalaması 43,97±11,98 yıl, sigarayı bırakamayanların yaş ortalaması 42,97±10,79 yıl bulunmuş olup vaka grubunda sigarayı bırakma ile yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (t= 0,479, p= 0,633).

6.13 Sigarayı bırakanların (n= 46) 30'u (% 65,2) kadın, 16'sı (% 34,7) erkekti (t= 0,563, p= 0,57).

6.14 Medeni durumları değerlendirildiğinde sigara bırakanların 36'sının (% 78,3) evli olduğu görülmüştür (t= 0,520, p= 0,60).

6.15 Çalışmamızın vaka grubunda sigarayı bırakanların FNBT skorları değerlendirildiğinde FNBT ortalama 5,47±2,24 puandı. Vaka grubunda sigarayı bırakamayanların FNBT puanlarının ortalamasıyla (6,38±2,31 puan) sigarayı bırakanların FNBT puanlarının ortalaması karşılaştırıldığında ikisi arasında istatistiksel anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (t= 2,133, p= 0,035).

6.16 Vaka grubunun sigara kullanım özellikleri değerlendirildiğinde sigarayı bırakanların sigara kullanımı ortalama 28,97±53,23 paket/yıl, sigarayı bırakamayanların sigara kullanımı ortalama 28,44±41,80 paket/yıl olup iki grup arasında sigara kullanımı açısından anlamlı bir fark yoktur (t= 0,062, p= 0,951).

6.17 Vaka grubunda sigara bırakan hastaların (n= 46) 19'u (% 41,3) evde kendilerinden başka sigara içen kişi/kişilerin olduğunu ifade etmişlerdir. Sigarayı bırakanlarla bırakamayanlar arasında evde sigara içimi açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (χ^2= 0,013, p= 0,909).

6.18 Psikiyatrik tedavi alanların (n= 83) % 32,5'i sigarayı bırakmıştır. Psikiyatrik tedavi almayanlarda (n= 40) bu oran % 47,5'tir. Sigara bırakma açısından

psikiyatrik tedavi alanlarla psikiyatrik tedavi almayanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (χ^2= 2,584, p= 0,108).

6.19 Çalışmamızda sigara bırakma oranları sadece YTD+MY uygulanan 40 hastada % 27,5, YTD+MY ve NRT uygulanan 38 hastada % 55,2, YTD+MY+NRT+ilaç tedavisi uygulanan 45 hastada ise % 31,1 olarak bulunmuştur. Vaka grubunda sigara bırakma yöntemlerinin sigara bırakma açısından anlamlı olduğu görülmüştür (χ^2= 7,614, p= 0,022).

6.20 Vaka grubunda psikiyatrik tanılar ile sigara bırakma durumları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (p= 0,580).

6.21 Çalışmamızda oluşturulan sigara bırakma oranları ile bağımsız risk faktörleri değerlendirildiğinde cinsiyet, yaş, medeni durum, psikiyatrik tanı, psikiyatrik tanıya uyumlu psikiyatrik tedavi alımı, FNBT, sigara kullanımı (paket/ yıl) ve evde sigara içimi incelenmiştir. Yapılan analizde FNBT''nin düşüklüğünün psikiyatrik tanısı olan hastalarda sigara bırakma konusunda risk faktörü olduğu görülmüştür (Exp(B)=10,584, p= 0,004).

6.22 Evde sigara içen diğer bireyler açısından sigara bırakan vaka grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark izlenmiştir (χ^2= 5,414, p= 0,067).

7. ÖNERİLER

Çalışmamızda psikiyatrik tanılı hastalarda uygulanan sigara bırakma programı sonucu kısa ve orta vadede elde edilen yüksek başarı oranı, olgularımızın sigarayı bırakmadaki kararlılığının, yoğun destek ve yakın takibin önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca, kendi başına sigarayı bırakmayı deneyenlerin sadece % 3- 5'i bunu başarabilirken, profesyonel destek alanlarda başarının % 40'lara çıkabilmesi de aile hekimlerinin önemini vurgulamaktadır (104).

Aile hekimliği uzmanı, kişisel, bütüncül ve kesintisiz olarak sağlık hizmeti veren, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur. Yaş, cinsiyet ya da kişinin herhangi bir özelliğine bakmaksızın kişinin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir ve sağlıklı dönemlerde de gereken hizmetleri kişinin tüm hayatını kapsayacak şekilde verir. Eğitimini aldığı birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde çalışarak bireylerin, sağlık sistemi ile ilk temas noktasını oluşturur. Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir. Sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre şekillendirir ve sorunları sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Aile hekimliği uzmanı ve sorumluluğunu aldığı kişiler arasında yaşama yayılan, sürekli ve yakın bir ilişki vardır (105).

Sağlık sistemi ile ilk temas noktası olması nedeniyle aile hekimleri sigara ile mücadelede çok etkin olabilirler. Kendilerine başvuran bütün hastaların öncelikle sigara içme durumunu belirleyip, kişilerin dosyasına kaydedebilir. Sigara içen hastalarının bırakmaları için onları teşvik eder ve bunu hastası sigarayı bırakana kadar her vizitte, tekrarlar. Bırakmayı düşünen hastaları ile birlikte bırakma planı yapar ve onları bırakmaya hazırlayıp en uygun zamanda da bırakmasını sağlar. Hizmetin sürekliliği kapsamında sigarayı bırakmış olan hastalarının takibini yapar. Böylece bırakma oranının artmasını sağlarlar. Hizmet verirken yaş ve cinsiyet ayrımı yapmaksızın hizmet verdikleri için çocukların evde pasif sigara dumanına maruz kalıp kalmadıklarını tespit edebilir. Aile ile zaman içinde sürekli ve yakın bir ilişki içerisinde olduğu için sigara konusunda aileyi bilgilendirip, özellikle de pasif sigara dumanının önemine vurgu yaparak çocukların sigara dumanına maruz kalmalarını azaltabilirler. Hamile kadınların antenatal bakım hizmetlerinden çocuğun doğmasına kadar doğrudan hizmet sunduğu

için hamile kadınların ve bebeğinin sigaranın zararlarından korunmasında etkili olabilirler. Biyopsikososyal bir sağlık hizmeti sunduğu için sigara içiminin sosyal boyutu konusunda hastalarını bilgilendirebilir. Kişi merkezli fakat aile ve toplumsal yönelimli hizmet sunduğu için hem ailenin hem de toplumun sigara konusunda eğitimine katkıda bulunur. Yine hizmetin nitelikleri arasında ekip hizmeti de vardır. Gerekli olduğu durumlarda hastaların sigarayı bırakmaları konusunda psikiyatrist ve psikologlarla birlikte çalışabilirler. Görüldüğü üzere aile hekimleri sigara ile mücadelenin her aşamasında etkin rol alabilirler (39, 105).

İnsan sağlığının en önemli tehdit unsurlarından biri olan sigara ile mücadelede, sigaraya başlamanın engellenmesi kadar, milyonlarca bağımlının bırakmasına yardım edilmesi de önemlidir. Ancak, güçlü bağımlılık yapıcı özelliğinden ötürü özellikle psikiyatrik tanısı olan hastalara yapılacak yardım, zaman ve sabır gerektirmektedir. Bu yüzden ruhsal açıdan sorunu olan hastalar öncelikle psikiyatrik açıdan ele alınmalı ve psikiyatri birimleriyle ortaklaşa karar verilerek sigara bırakma programına dahil edilmelidir. Bu tür bir değerlendirme, sigarayı bırakma konusunda uygulanacak yöntemin belirlenmesinde yol gösterici olacaktır.

Sigara bıraktırma poliklinikleri sigarayı bırakmak isteyen bütün bağımlılara yoğun bir tedavi programının uygulandığı uzmanlaşmış polikliniklerdir. Aile hekimliği uzmanlığı pratiğinde genellikle dikey (horizantal) değil düzlemsel (longitüdinal) sağlık hizmetleri planlanması esastır. Sigara bırakmak için özelleşmiş klinikler aile hekimliği açısından gerekli olmayabilir. Sigara bağımlılığı çok yoğun olan ülkelerde iş yükü altında bunalmış birinci basamak uzmanlarının iş yükünün hafifletilmesi için böyle bir yapılanmaya gidilmesi eğer aile hekimliği uzmanlarının eğitimi için de faydalı olacaksa mantıklı olabilir (106).

8. KAYNAKLAR

1. Sürmeli CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2008, Uzmanlık Tezi.
2. World Health Organization. Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf, (Erişim Tarihi:18.02.2014).
3. Bilir N. Türkiye'de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü Ve Yarını Ertem Ve Ark. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu,2012.
4. Çan G. Tütün ürünleri kullanım sıklığı. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu, 2012.
5. Barış Yİ. Tütün Kullanımının Tarihçesi http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARiHcESi-I_Baris.pdf. (Erişim Tarihi: 10.10.2013).
6. The mPOWER Package. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2008. www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/(Erişim tarihi: 12.11.2013).
7. Pekel Ö.Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yeniden Başlamaya Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir, 2012, Uzmanlık Tezi.
8. Akan H, Hayran O, Özcan M, Acar U. Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara İçme Sıklığı: Kesitsel Bir Çalışma. Türk Aile Hek Derg, 2010;14(2):71-76.
9. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking And Mental İllness: Results From Population Surveys İn Australia And The United States BMC Public Health 2009, 9:285.
10. Portilla MP. et al. Effectiveness of a Multi-Component Smoking Cessation Support Programme (McSCSP) for Patients with Severe Mental Disorders: Study Design Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11.
11. Yıldız M, Özcan ME. Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında Nikotin Bağımlılığı Yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi, 2000;1(2): 86-88.
12. Schroeder SA, Morris.CD. Confronting a Neglected Epidemic: Tobacco Cessation for Persons with Mental Illnesses and Substance Abuse Problems. Annu. Rev. Public Health 2010;31:297–314.

13. Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi.2006;7(1):51-64.
14. Bilir N. Sigarayı Bırakma Yolları(Sigaranın Zararlı Etkilerinden Korunma). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Şubat. 2008,Ankara.
15. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, ve ark. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi. 2006;7:51-64.
16. Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye'de Toplumda Sigara İçme Sıklığı Nasıl Değişiyor? Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(2).
17. Akça G, Samsun İlinde 12-19 Yaş Grubu Öğrencilerde Sigara İçme Sıklığı Ve Sigara İçme Durumunu Etkileyen Faktörler Samsun 2012, Uzmanlık Tezi.
18. Boztaş MH, Abatan E. Sigara Bırakmada İlaç Tedavisi Klinik Psikiyatri 2013;16:110-119.
19. Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;5(14).
20. Jarvis MJ. Why People Smoke?. BMJ 2004;328;277-279.
21. Demir T. Sigara Bağımlılığı. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:231-238.
22. Uysal MA., Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG.,Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: Reliability İn A Turkish Sample And Factor Analysis. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi 2004; 52(2): 115-121.
23. Erdinç M, Gülmez İ, Yıldız P. Tütün Kontrolü Ve Sigara Bırakma Tedavisi. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, 2009.
24. Pekel O. Dünyada ve Türkiyede Tütün Kontrolü. Klinik Tıp Bilimleri,2013;1(1):1.
25. http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower.flyerA4.web.EN.pdf
26. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) Yönetici Özeti: Türkiye. Sağlık Bakanlığı, Mayıs 2010.
27. Pechacek TF, Blair NA., Husten CG, Mariolis P, Starr GB. Best Practices For Comprehensive Tobacco Control Programs. Centers for Disease Control and Prevention. October 2007.

28. 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.
29. Şimşek H, Akvardar Y, Doğanay S, Pekel Ö, Günay T. Sigara ve Sigara Bırakmaya İlişkin Görüşler: Kalitatif Bir Araştırma. Turk Toraks Derg 2014;15: 18-22.
30. Sun X, Prochaska JO,. Velicer,WF,.Laforge RG. Transtheoretical Principles and Processes for Quitting Smoking:A 24-Month Comparison of a Representative Sample of Quitters,Relapsers, and Non-Quitters. Addict Behav. 2007 December;32(12):2707–2726.
31. Rakel RE, Houston T. Nicotin Addiction. In: Rakel RE (Ed.). Textbook of family medicine. 7th Edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007; p.1457-71.
32. Akman M, Çifçili SS. Sigara Bırakma Tedavileri: Derlemeleri Temel Alan Bir Derleme. Turkiye Klinikleri J Fam Med--Special Topics 2010;1(4):54-62.
33. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences Of Smoking: A Report Of The Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department Of Health And Human Services, Centers For Disease Control And Prevention, National Center For Chronic Disease Prevention And Health Promotion, Office On Smoking And Health, 2004. CDC Publication No. 7829.
34. West R, McNeill A, Raw M. Smoking Cessation Guidelines For Health Professionals: an Update. Torax 2000;55:987-99.
35. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı Bırakmada Nikotin Replasman Tedavisi Ve Davranış Eğitimi Yöntemlerinin Karşılaştırılması: Doğal İzlem Çalışması. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2005;53(4):354-361.
36. Rigotti NA. Strategies to Help a Smoker. Who is Struggling to Quit. JAMA, 17 October 2012;308:15
37. Özge C ve ark. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu, Türk Toraks Derneği, Ankara 2014.
38. Zwar N et al. Supporting Smoking Cessation: A Guide For Health Professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011.

39. Tunç Z, Şahin E. Edirne'de Öğretmenlerin Sigara İçme İle Bırakma Davranışları Ve Etkileyen Faktörler Edirne,2007, Uzmalık Tezi.
40. Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational İnterviewing For Smoking Cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3.
41. Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda Depresif Belirtiler Ve Risk Etmenleri. Genel Tıp Derg 2006;16(1):21-26.
42. Yaman H, Akdeniz M. Sigara Epidemisinin Üstesinden Gelmek Birinci Basamakta Sigara Bırakma İçin ICPRG Uluslar Arası Rehberi, 2007.
43. Prignot J. A Tentative İllustration Of The Smoking İnitiation And Cessation Cycles. Tob Control 2000;9111–113.
44. Johnson JL et al. Community Mental Healthcare Providers' Attitudes and Practices Related To Smoking Cessation İnterventions For People Living With Severe Mental İllness. Patient Education and Counseling 2009;77:289–295.
45. Berg AO. Chair M. Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease. U.S. Preventive Services Task Force. November 2003.
46. Basharut A. Syed And Kritika Chaudhari. Smoking Cessation Drugs Market. Nature Revıews, Drug Dıscovery. Volume 12 February 2013.
47. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. Kocatepe Tıp Dergisi, 2005;(6)3.
48. Schroeder SA. How Clinicians Can Help Smokers to Quit. JAMA, October 17, 2012;308(15).
49. Önen ZP. ve ark. Farklı Tedavi Yöntemlerinin Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkileri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2010; 58(4): 385-392.
50. Ülger F. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. 3.Astım & Rinit Günleri 5–8 Mart 2009, KKTC.
51. Tùnnesen P et al. Higher Dosage Nicotine Patches İncrease One-Year Smoking Cessation Rates: Results From the European CEASE Trial. Eur Respir J 1999; 13:238-246.
52. Dedeoğlu E, Bayram B, Kızıler AU, Dedeoğlu B. Bupropion HCl Yavaş Salınımlı Formuna Bağlı Jeneralize Tonik Klonik Nöbet. Kli nik Psikofarmakoloji Bülteni 2011;21(4):362-3.

53. Doğan YH. Sigarayı Bırakmada Antidepresanların Rolü. Türk Aile Hek Derg 2005;9(1):32-36.
54. Edward H. Livingston. Smoking Cessation. JAMA, October 17, 2012;308:15.
55. Akvardar Y ve ark. Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2012.
56. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Turk Toraks Derg 2013;14:18.
57. Dilbaz N, Apaydın L. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşireler Arasındaki Sigara İçme, Bırakma Sıklığı Ve Sigara İçme Davranışının Özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 2002;3(2):73-83.
58. ÇAN G, Öztuna F, Topbaş M, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinin Üç Yıllık Başvuru Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Toplum Hekimliği Bülteni Cilt 25,
59. WHO Health Professionals Against Tobacco, 2005. http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593202_tur.pdf (Erişim Tarihi: 12.10.2013).
60. el-Guebaly N, Cathcart J, Brown SCD, Gloster S. Smoking Cessation Approaches for Persons With Mental Illness or Addictive Disorders. Psychiatric Services 53:1166–1170, 2002.
61. Campion J, Checinsk K, Nurse J. Review of Smoking Cessation Treatments for People With Mental İllness. Advances in Psychiatric Treatment 2008;14:208–216.
62. Cinciripini PM et al. Effects of Varenicline and Bupropion Sustained-Release Use Plus Intensive Smoking Cessation Counseling on Prolonged Abstinence From Smoking and on Depression, Negative Affect and Other Symptoms of Nicotine Withdrawal. JAMA Psychiatry. May 2013:70(5).
63. Corelli RL, Hudmon KS. Medications For Smoking Cessation. WJM, Medicine Cabinet. 6 March 2002;17.
64. Ziedonis D et al. Tobacco Use and Cessation İn Psychiatric Disorders:National Institute of Mental Health Report. Nicotine & Tobacco Research December 2008;10(12), 1691–1715.

65. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. The Cochrane Collaboration. 2013, Issue 2.
66. Snyder M, Serıous Mental Illness and Smokıng Cessatıon. Issues in Mental Health Nursing, 2006:27:635–645.
67. Arbour-Nicitopoulos KP, Faulkner GE, Cohn, TA, Selby P. Smoking Cessation in Women With Severe Mental Illness: Exploring the Role of Exercise as an Adjunct Treatment. Archives of Psychiatric Nursing. 2011:25(1) pp 43– 52).
68. Esra Uzaslan, Sigarayý Býrakma Yöntemleri sted• 2003 • cilt 12 • sayı 5 • 166
69. . Michael C. Fiore, A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence A US Public Health Service Report. JAMA. 2000;283:3244-3254
70. Kaya E, Danacı A.E, Şakar A, Yorgancıoğlu A. Sigarayı bırakmada ruhsal etkenlerin etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:245-250.
71. Tanriover Ö, Karamustafalioglu N, Tezvaran Z, Kaplan A, Tomruk N. Frequency of Cigarette Smoking Among Psychiatric Inpatients Evaluated by the Fagerström Test for Nicotine Dependence. Asian Pacific J Cancer Prev, 2014;(1), 579-582.
72. Shahab L.Andrew S, West R. Changes in Prevalence of Depression and Anxiety Following Smoking Cessation: Results From An İnternational Cohort Study (ATTEMPT). Psychological Medicine FirstView Article March 2013;1-15.
73. A.A. Strasser et al. Effects of Different Nicotine Replacement Therapies on Postcessation Psychological Responses. Addictive Behaviors 2005;30:9–17.
74. Yasar MR, Depresyonun Kadınlaşması. Fırat University Journal Of Social Science.2007;17(2).
75. Hall et al. Treatment for Cigarette Smoking Among Depressed Mental Health Outpatients: A Randomized Clinical TrialAmerican Journal of Public Health | October 2006;96:10.
76. Kökten R. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne-2008, Uzmanlık Tezi.

77. 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 Enstitüs, Adana, 2008, Uzmanlık Tezi.
78. Cox etal. Efficacy of Bupropion for Relapse Prevention in Smokers With and Without a Past History of Majör Depression. J Gen Intern Med 2004;19:828–834.
79. Brown et al. Bupropion and Cognitive–Behavioral Treatment for Depression in Smoking Cessation. Nicotine Tob Res. 2007 July;9(7):721–730.
80. Mathew AR et al. Affective Trajectories Before And After a Quıt Attempt İn Smokers With Current Depressive Disorders. Blalock. & Tobacco Research Nicotine & Tobacco Research Advance Access published March 18, 2013.
81. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigara Bırakma Tedavisinin Sonuçları. Tur Toraks Derg 2003;4:73-7.
82. Wu et al. A Preliminary Feasibility Study of Varenicline for Smoking Cessation in Bipolar Disorder. J Dual Diagn. 2012 April 1;8(2):131–132.
83. Stead LF, Lancaster T. Behavioural Interventions as Adjuncts To Pharmacotherapy For Smoking Cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD009670. DOI: 10.1002/14651858.CD009670.pub2
84. Raw M, McNeill A, West R. Smoking Cessation Guidelines For Health Professionals. Thorax 1998;53(1 Suppl 5):1-19.
85. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. Toraks Dergisi 2007; 8(2):110-114.
86. Puente D, Cabezas C, Blanco T, Alonso C. The Role of Gender in a Smoking Cessation İntervention: a Cluster Randomized Clinical Trial. BMC Public Health 2011;11:369.
87. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadag M, Yüksel EG. The Physician's İntervention in Smoking Cessation: Results of The Five Years of Smoking Cessation Clinic. Ann Med Sci, 2000;9:63-9.

88. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara Bırakma Polikliniğimizin Bir Yıllık İzlem Sonuçları. Tüberküloz ve Toraks, 2004;52:63-8.
89. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler. Toraks Dergisi, 2005;6(2):151-158.
90. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-Demographic Predictors O Quitting Smoking:How İmportant Are Household Factors? Addiction. 2004 Jun;99(6):770-7
91. Breslau N, Johnson EO. Predicting Smoking Cessation And Major Depression in Nicotine-Dependent Smokers. Am J Public Health 2000;90:1122-7.
92. Cooper B.A, Borland R, Yong H, McNeill A. To What Extent Do Smokers Make Spontaneous Quit Attempts And What Are The İmplications For Smoking Cessation Maintenance? Findings From The International Tobacco Control Four Country Survey. Nicotine & Tobacco Research, October 2010;12(1):s51–57.
93. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustausson G. Sociodemographic Predictors of Success in Smoking İntervention. Tobacco Control. 2001;10:165–169.
94. Sağlam L. Investigation Of The Results Of A Smoking Cessation Clinic And The Factors Associated With Success. Turk J Med Sci 2012;42(3):515-522 © TÜBİTAK)
95. Bozkurt Zincir S, Zincir N, Aydın Sünbül E, Kaymak E. Sigara Bağımlılığında Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Bağımlılık Düzeyleri ile İlişkisi. Journal of Mood Disorders 2012;2(4):160-6.
96. Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing Partner Support To İmprove Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jul11;7:CD002928.
97. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. Sigara ve Sağlık, 2002;429-60.
98. Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, Van Biljon X, Robidou A, Westin A et al. Smoking Reduction With Oral Nicotine İnhalers: Double Blind, Randomised Clinical Trial Of Efficacy and Safety. BMJ 2000;321:329-33.
99. Shiffman S, Rolf CN, Hellesbusch SJ, Hellebush HJ, Gorsline J, Gorodetzky CW et al. Real-World Efficacy Of Prescription And Over The Counter Nicotine Replacement Therapy. Addiction 2002;97:505-16.

100. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-Analysis On Efficacy Of Nicotine Replacement Therapies İn Smoking Cessation. Lancet 1994;343:139-42.

101. DeGraff AC. Pharmacologic Therapy For Nicotine Addiction. Chest 2002;122:392-4.

102. Dey P, Foy R, Woodman M, Fullard B, Gibbs A. Should Smoking Cessation Cost A Packet? A Pilot Randomize Controlled Trial Of The Cost Effectiveness Of Distributing Nicotine Therapy Free Of Charge. British J General Practice 1999;49:127-8.

103. Hitsman B, Borrelli B, McChargue D.E, Spring B. History of Depression and Smoking Cessation Outcome: A Meta-Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003;71(4):657–663.

104. Lasser K, Boyd J.W, Woolhandler S, Himmelstein D.U, McCormick D, Bor D.H. Smoking And Mental İllness: A Population-Based Prevalence Study. The Journal of the AmericanMedical Association, 2000;284(20):2606–2610.

105. WONCA Europe 2005. .Aile Hekimliği Avrupa Tanımı Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, 4 Nisan 2011.

106. Yarnal K, Pollak K, Ostby T, Karuse K, Michener JL. Primary Care İsther Enough Time For Prevention? American Journal of Public Health 2003;93-94.

9.EKLER

EK-1

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/506 26.04.2013

Sayın : Doç. Dr. B. Murat YALÇIN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olan kişilerde sigara bıraktırma programıyla kısa ve orta vadede sigara bırakmadaki başarı oranları** başlıklı OMÜ KAEK 2013/299 Karar nolu Sistem model geliştirme çalışması 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 25.04.2013 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Abdulkerim BEDİR
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkanı

EK-2

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ *

ARAŞTIRMANIN ADI (ÇALIŞMANIN AÇIK ADI): Daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olan kişilerde sigara bıraktırma programıyla kısa ve orta vadede sigara bırakmadaki başarı oranları

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağının çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirseniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir..

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR? Açıklayınız

Bu çalışma yaşam kalitenizi yükseltmek için sigarayı bırakmanıza yardımcı olmak amacıyla yapılmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu görüşme süresince sigara bırakmanıza yardımcı olacak size en uygun tedavi şekli düzenlenecektir. Yaklaşık olarak altı ay boyunca görüşmelere katılmanız gerekmektedir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışmaya katılanlardan işbirliği ve sigara bıraktırma programı süresince programa düzenli şekilde katılım beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Hayır

GEBELİK VE DOĞUM KONTROLÜ

Eğer denek / hasta doğurganlık döneminde / emziren bir kadın ise katılmasında hiçbir mahsur yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR? (Varsa açıklayınız)

Hastalığınıza bağlı olarak azalmış yaşam kalitenizde artma beklenmektedir.

GÖNÜLLÜ KATILIM

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğimin veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabileceğimin bilincindeyim. Çalışmadan her hangi bir zamanda ayrılırsam, ayrılma nedenlerimi, ayrılışımın sonuçlarını ve izleyen dönemde alacağım tedavileri doktorumla tartışacağım.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Çalışmaya katılmanızın hiçbir maliyete yoktur.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu formu imzalayarak doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için sizin kişisel bilgilerinizi ("Çalışma Verileri") toplamalarına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Bu durum doğum tarihiniz, cinsiyetiniz, etnik kökeniniz ayrıca Çalışma verilerinizin kullanımı ile ilgili verdiğiniz onayın herhangi bir belirlenmiş birim tarihi yoktur, ancak doktorunuzu haberdar ederek bu onayınızdan herhangi bir zamanda vazgeçebilirsiniz.

Çalışma destekleyicisi firma ile paylaşılan çalışma verileri size özel bir numara olan bir kod ("Kod") numarası kullanımıyla korunacaktır. Sizin çalışma verilerinize ulaşmak için gerekli olan kod anahtarı çalışma doktorunuzun denetimindedir. Çalışma destekleyicisi firma düzenleyici otorite veya diğer denetim kurumları tarafından atanmış kişiler doktorunuz tarafından tutulan çalışma verilerinizi inceleyebilirler.

Doktorunuz çalışma verilerinizi çalışma için kullanacaktır. Çalışma destekleyicisi firma; çalışmanın yürütülmesi, teşhis ve tıbbi yardım gereçlerinin geliştirilmesi için çalışma verilerinizi kullanabilir. Doktorunuzun çalıştığı kurum ve çalışma destekleyicisi firmanın her ikisi de yürürlükte olan veri koruma kanunları ile uyumlu olarak çalışma verilerinizin yönetiminden sorumludurlar.

Çalışma destekleyicisi firma çalışma verilerinizi, sadece yukarıda belirtilen amaçlarda kullanacak olan kendi grubundaki diğer şirketler, hizmet alınan kurumlar, anlaşmalı firmalar ve diğer araştırma kuruluşları ile paylaşabilir. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Doktorunuz ya da çalışma destekleyicisi firmadan, toplanan çalışma verileriniz hakkında bilgi isteme hakkında sahipsiniz. Aynı zamanda bu verilerdeki herhangi bir hatanın düzeltilmesini isteme hakkında da sahipsiniz. Eğer bu konuda bir isteğiniz olursa lütfen gerekirse sizin çalışma destekleyicisi firma ile temasa geçmenize yardımcı olabilecek doktorunuzla görüşünüz.

Eğer onayınızda vazgeçerseniz, doktorunuz çalışma verilerinizi artık kullanamayacak ya da diğer kişilerle paylaşamayacaktır. Çalışma destekleyici firma onayınızdan vazgeçmeden önceki çalışma verilerinizi kullanmaya devam edebilir.

Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:

Ad, Soyadı ve telefon numaraları

Doç. Dr. B. Murat YALÇIN 0 532 481 18 41

Dr. Öznur ALTUNTAŞ 0 505 631 55 64

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekiyorsa Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

* **Açıklamalar hastanın anlayabileceği açıklıkta ve teknik terimlerden uzak bir şekilde belirtilmelidir.**