

**TC  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SİGARA BIRAKTIRMA YÖNTEMLERİNDE BAŞARI  
ORANLARI**

**ADVIYE ÖZER  
Öğrenci No: 112009305**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. OSMAN EROL HAYRAN**

**ADANA- 2014**

## TEZ ONAYI

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Amacımız, sigara bırakma polikliniğinde eğitim ve ilaç tedavileriyle bir yıl süresince takip edilen hastalardaki sigarayı bırakma oranlarını saptamaktır.

**Yöntem:** Bu çalışma, prospektif bir izlem çalışmasıdır. Çalışmaya 18-65 yaş aralığında sigarayı bırakmak isteyen 260 erkek, 256 kadın toplam 516 tiryaki alındı. Fagerström bağımlılık testinde <5 puan alanlar veya varenicline ve bupropion kontrendikasyonu olanlara NRT; 5 ve üzeri puan alanlara vareniclin ve bupropion üç ay süreyle verildi. Hastalar 15. gün, 1-2-3-6-9-12. aylarda bir gün önce telefon ile aranarak kontrole çağrıldı. Üçüncü ayın sonunda sigara içmeyen, karbonmonoksit düzeyi 5 ppm'den düşük olanlar sigarayı bıraktı kabul edildi.

**Bulgular:** Hastaların %30.6'sı  $\leq 35$  yaş, %45.2'si 36-50, %24.2'si  $\geq 51$  yaş aralığında idi. FSB testine göre hastaların bağımlılık düzeyi %10.5'inde  $\leq 4$ , %37.2'sinde 5-7, 52.3'ünde  $\geq 8$  bulundu. Hastaların %29.5'ine varenicline, %45.5'ine bupropion, %14.0'üne NRT verilirken %11'i ilaçsız izleme alındı. İlk 3 ayda %31.4 olan başarı oranı 12. ayda %23.1'e geriledi. Birinci yılda başarı oranları vareniclinde %26.3, bupropionda %25.5, NRT'de %15.3 saptandı. Tedavi için verilen ilaç kutu sayısı arttıkça başarı oranının da arttığı görüldü (bir kutu için %19.4, üç kutu %56.1) ( $p < 0.001$ ). İlaça bağlı yan etki %56.9 hastada gözlemlendi. Genç yaş grubu referans alındığında 36-50 yaş grubunda başarı oranı 2.6 kat (%95GA:1.5-4.6,  $p=0.003$ ), 51 yaş ve üzerinde 2.8 kat (%95GA:1.4-5.8,  $p=0.004$ ) yüksekti. İlaç almayan gruba göre başarı oranı vareniclin alan grupta OR: 2.8 (%95GA:1.2-6.6,  $p=0.020$ ) bupropion alan grupta ise OR:2.4 (%95GA:1.0-5.5,  $p=0.039$ ) kat yüksek bulundu.

**Sonuç:** Çalışmamızdaki tedavi başarı oranları literatür ile uyumlu olmasına karşılık kabul edilebilir düzeylerin altındadır. Sigara bırakmada başarıyı arttırdığı saptanan ilaç tedavilerine seçenekler içinde öncelik verilmesi yararlı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara bırakma, vareniclin, bupropion

## ABSTRACT

### THE SUCCESS RATES OF SMOKING CESSATION METHODS

**Aim:** The aim of this study is to determine the rate of smoking cessation of cases who have been followed for one year by the smoking cessation outpatient clinic with educational and drug therapies.

**Methods:** This is a prospective cohort study. 516 addicts between ages 18-65 years (256 female and 260 male) who want to stop smoking were registered. Those who received  $<5$  points from Fagerstorm nicotine addiction test or those who had contraindications for varenicline or bupropion were given NRT; and those who received  $<5$  were given varenicline and bupropion for three months. Patients were called by telephone on the 15th day, and 1-2-3-6-9-12th months and invited to the outpatient clinic. At the end of three months those who did not smoke with blood carbonmonooxyde levels  $<5$  ppm were accepted to cessate smoking.

**Results:** 30.6 % of patients were  $<35$  y. 45.2 % were between 36-50y and 24.2% were  $>51$ y. 29.5% of the cases were given varenicline, 45.5% were given bupropion, 14% were given NRT and 11% were not given any drugs. The rate of success for the first year was 26.3 % for varenicline, 25.5% for bupropion and 15.3% for NRT. The rate of success increased as the number of boxes of drugs increased. (19.4% for one box, 56.1% for three boxes) ( $p<0.001$ ). When the younger age group was taken as reference, rate of success was 2.6 fold higher in the 36-50 age group (CR 95%: 1.5-4.6,  $p=0.003$ ) and 2.8 fold higher in the  $>51$  age group.(CR 95%: 1.4-5.8,  $p=0.004$ ). When compared with the drug free group rate of success for varenicline was OR: 2.8 (CR 95%: 1.2-6.6,  $p=0.020$ )and for bupropion was OR:2.4(CR 95%: 1.0-5.5,  $p=0.039$ )

**Conclusion:** Although rate of success in our study is correlated with literature it is well below the acceptable level. It will be beneficial to initiate proven drugs for smoking cessation as first line therapy.

**Keywords:** Smoking cessation, vareniclin, bupropion

## ÖNSÖZ

Bu tezin amacı sigara bıraktırmada kullanılan ilaç tedavilerinin etkinliğini karşılaştırmaktır. Sigara içimi, hem kullanan bireyi hem de toplum sağlığını ilgilendiren önemli bir problemdir. Sağlık Bakanlığı da sigarayla mücadele programı çerçevesinde sigara bıraktırma polikliniklerine başvuran tiryakilere sigarayı bırakmada kullanılan ilaçları ücretsiz temin etme yoluna gitmiştir. Çalışmamızda, bu amaçla kullanılan 3 ilacın günlük pratikteki etkinliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma sırasında bana her zaman destek olan Çukurova Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi ve Adana Sağlık Müdürlüğü yönetimine şükranlarımı sunarım. Çalışmanın dizaynı ve istatistiki hesaplamaları sırasında bana yardımcı olan Çukurova Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Gülşah Seydaoğlu'na çok teşekkür ederim. Tezimin hazırlık ve yazım aşamasında öneri ve eleştirileri ile bana büyük destek veren tez danışmanım Prof. Dr. Osman Erol Hayran'a şükranlarımı sunarım.

Dr. Advıye Özer

## **BEYAN**

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Dr. Adviye zer

## İÇİNDEKİLER

Tez Onayı .....	İİ
Özet .....	İİİ
Abstract .....	İV
Önsöz .....	V
Beyan .....	VI
İçindekiler .....	VII
Tablolar Listesi .....	VIII
Şekiller Listesi .....	IX
Semboller/Kısaltmalar Listesi .....	X
1. Giriş.....	1
2. Genel Bilgiler .....	2
2.1. Tütün Ürünleri ve Tarihçesi .....	2
2.2. Türkiye ve Dünyada Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi .....	3
2.3. Tütün Bağımlılığı .....	6
2.4. Tütünün Zararları .....	7
2.5. Sigara Bırakmanın Riskleri .....	11
2.5.1. Nikotin Yoksunluk Sendromu .....	12
2.5.2. Kilo Alma .....	12
2.5.3. Depresyon .....	12
2.5.4. Öksürük ve Ağız Ülserleri .....	12
2.6. Tütün Bırakma Yöntemleri ve Başarı Oranları .....	13
3. Gereç ve Yöntem .....	21
4. Bulgular .....	23
5. Tartışma .....	32
6. Sonuç ve Öneriler .....	34
Kaynakça .....	35

## TABLolar LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.</b> Ülkelere Göre Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı	5
<b>Tablo 2.</b> Tütün Tüketimi ile İlişkili Kanserler	9
<b>Tablo 3.</b> Sigara İçme Durumuna Göre Akciğer Kanseri Riski	11
<b>Tablo 4.</b> Gönülsüz Tiryakilerde Sigarayı Bıraktırmada Motivasyon Basamakları	14
<b>Tablo 5.</b> Çalışmaya Katılanların Demografik Özellikleri	23
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların Eşlik Eden Tıbbi Öykülerinin Dağılımı	23
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların Sigara İçme Öykü ve Bağımlılık Düzeyleri	24
<b>Tablo 8.</b> Tedavi ile İlgili Özellikler	24
<b>Tablo 9.</b> Takip Aylarına Göre Tedavi Başarı Oranları	25
<b>Tablo 10.</b> Başvuruların İzlem Sonunda Başarı Durumu	25
<b>Tablo 11.</b> Başvuruların 12. Ay Kontrollerinde Sigara İçme Durumu ve İlişkili Faktörler	27
<b>Tablo 12.</b> Başvuruların İzlem Sonucunda Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Demografik ve Klinik Faktörler ile İlişkisi	28
<b>Tablo 13.</b> Başvuruların İzlem Sonucunda Sigara Bırakma Durumunun Tedavi Faktörleri ile İlişkisi	29
<b>Tablo 14.</b> Başvuruların İzlem Sonucunda Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Bağımsız Faktörleri Belirlemek Amacıyla Yapılan Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları	30



## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 1.</b> Erişkinlerde Sigara İçim Oranları	4
<b>Şekil 2.</b> Türkiye’de Erişkinlerde Sigara Kullanım Prevalansının Zamanla Değişimi	6
<b>Şekil 3.</b> Katılımcıların İzlem Sonunda Başarı Durumu	26
<b>Şekil 4.</b> Başarı Durumuna ve Cinsiyete Göre Ağırlık Değişimi	31

## SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

<b>CDC</b>	Hastalık kontrol merkezi
<b>KOAH</b>	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>NRT</b>	Nikotin yerine koyma tedavileri
<b>FBT</b>	Fagerström bağımlılık testi
<b>SPSS</b>	Statistical packages for the social sciences
<b>DM</b>	Diyabetes mellitus
<b>KAH</b>	Koroner arter hastalığı
<b>SVO</b>	Serebro vasküler olay
<b>OR</b>	Odds ratio
<b>GA</b>	Güven aralığı

## 1. GİRİŞ

Sigara içimi ya da tütün ürünlerine maruz kalmaya bağlı akciğer ve kalp hastalıkları son yüzyılda daha belirgin hale gelmiştir. Özellikle beklenen insan ömrünün uzaması ile birlikte kronik hastalıklarda belirgin artışlar gözlenmektedir. Bu durum sigaraya bağlı kronik hastalıklar nedeniyle ekonomik kayıplara, hastalık yükünde artışa ve erken ölümlere neden olmaktadır. Sigara içimi; kansere bağlı tüm ölümlerin %30'unda, kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı ölümlerin yaklaşık %80'inde, erken kardiyovasküler hastalık ve ölümlerin %50'sinde primer nedendir (1). Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) 2000-2004 yılları arasındaki ulusal verilerinin analizine göre; sigaraya bağlı yaklaşık 5.1 milyon yaşam yılı kaybı, 96.8 milyar dolarlık yıllık üretim kaybı ve 443.000 erken ölüm olduğunu hesaplamıştır (1). Sigara içimi dünya genelinde yıllık 6 milyon ölümden sorumlu olup, önlenabilir bir mortalite sebebidir. Eğer tütün tüketim trendi bu şekilde giderse 2030 yılına gelindiğinde yıllık mortalitenin 8 milyondan fazla olacağı, bunların da %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (1). Sigara ile ilişkili mortalitede 3 temel neden; aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'dır (2). Tiryakiler sigarayı bıraktıklarında, tütün ilişkili hastalıkların gelişimi ve ölüm oranları azalmaktadır (3).

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı sigarayı bırakma konusunda ülke genelinde kampanyalar düzenlemiştir. Bu kampanyaların etkinliğini artırmak için de başlangıçta eğitim ve ücretsiz ilaç temini yolu ile tiryakilerin sigara bırakma konusunda motivasyonlarının artırılması hedeflenmiştir.

Bu çalışmanın amacı, sigara bırakma polikliniğinde eğitim ve ilaç tedavileri ile bir yıl süresince takip edilen hastalardaki sigarayı bırakma oranları ve yan etkilerini saptamaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tütün Ürünleri ve Tarihçesi

Tütün, patlıcangiller (solanaceae) familyasının ‘nicotiana’ cinsine ait yaklaşık 65 türü bulunan, genellikle bir yıllık, bazı türlerinde ise çok yıllık bir bitkidir. Bu türlerden sadece ‘nicotiana tabacum’ ve ‘nicotiana rustica’, sigara, puro, pipo vb. tütün mamullerinin yapımında kullanılır. Dünyada üretilen tütünün %90’ı nicotiana tabacum türüne dahil Virginia, Burley ve Şark (oriental) tipi tütünlere aittir. Genellikle tek yıllık bir bitki olan tütünün tarla dönemi iklim şartlarına bağlı olarak 80-120 gündür (4). Genelde bitkinin çiçek açması ve yeşil yaprağın sarıya doğru dönüşümü teknik olgunluğun (vitalite) başladığının belirtisidir. Teknik olgunluk hasat (kırım) zamanının göstergesidir. Hasat alt yapraklardan başlanarak yukarıya doğru yapılır. Bazı tütün çeşitlerinin hasadı gövdenin kök kısmına yakın bir yerden kesilmesi ile yapılır (4,5). Tütünü diğer bitkilerden ayıran en önemli özelliği, yapraklarında bulunan organik azotlu bir madde olan nikotindir. Kökte sentezlenen nikotin yapraklarda birikir. Tütün yaprağının kimyası; tütünün çeşidine, yetiştiği iklim ve toprak yapısına, uygulanan teknik işlemlere ve kurutulma sırasında uygulanan yöntemlere göre değişiklik gösterir (4, 5).

Tütün kurutma yöntemlerine göre ‘flue cured’ (ısı ile kurutulmuş), ‘air cured’ (havada kurutulmuş), ‘sun cured’ (güneşte kurutulmuş), ‘fire cured’ (ateşte kurutulmuş) ve tasnif dışı tütünlere (diğerleri) olmak üzere beş ana gruba ayrılır. Virginia tipi tütünlere ‘flue cured’; Burley ve Maryland tipleri ve puroluk tütünlere ‘air cured’; Şark ya da yarı Şark tipi tütünlere ‘sun cured’; Black-Fat, Hasankeyf ve Tömbeki tütünlere de diğerleri şeklinde sınıflanır (6).

Tüketimi en yaygın tütün mamulü sigaradır. Sonrasında da sarmalık kıyılmış tütün, pipo, puro, nargilelik tütün, enfiye ve çiğnemelik tütün gelir (7).

Tütünün eski Mezopotamya ve Mısır medeniyetlerinde tütsü olarak kullanıldığı bilinmektedir (8). İlk defa Cristopher Colombus 1492 tarihinde San Salvador’da tütün ve yapraklarının çubuklarla tütürüldüğünü, ağızda çiğnendiğini görmüş ve yerlilerin tütün içtikleri sazdan borunun adı olan ‘tobacco’ adını bu bitkiye vermiştir (9). Tütünün ilk kullanılış şekli kurutulmuş yaprakların ufalanarak bir boru ucunda yakılması ve borunun öbür ucundan çıkan dumanın çekilmesi şeklinde olmuştur. Daha sonraları ilkel puro ve pipo tarzında tüketim gerçekleşmiştir (8).

Portekiz’de Fransız elçisi olan Jean Nicot, 1559 yılında; öksürük, ateş, baş ağrısı, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiğinden bahsederek tütünü Fransa

Kraliçesine sunmuş, bu nedenle tütüne ‘Kraliçe otu’ ya da ‘Sefir otu’ denmiştir. Fransa’dan diğer Avrupa ülkelerine yayılan tütüne, Jean Nicot’a ithafen nicotiana, 1828 yılında bulunan alkaloidine de ‘nicotin’ ismi verilmiştir. 16. Yüzyılın sonlarında tütün tüketiminin giderek artması üzerine İspanya, Portekiz, İngiltere ve Fransa; Amerika kıtasındaki sömürgelerinde tütün üretimi yaptırarak tütün ticaretinden gelir sağlama yoluna gitmişlerdir. Akdeniz ve Kuzey Avrupa ülkelerinde hızla yayılan tütünü; Macellan Filipin Adalarına, Portekizliler de Hindistan ve Çin gibi doğu ülkelerine götürmüşlerdir (8).

18. yüzyılda Orta ve Güney Amerika’da kıyılmış tütünlerin yine bir tütün yaprağına veya kağıda sarılarak içilmesine başlanmıştır. Kağıda sarılan sigaralar Brezilya’da çok rağbet görmüştür. Sigara şeklinde tütün içme Avrupa’da ilk defa İspanya’da daha sonra da Fransa’da ortaya çıkmıştır. Fransa’da ilk sigaralar 1844 yılında yapılmış ve aynı yıl İtalya’da yapılan kağıt rulolar büyük ilgi görmüştür (8). 1856 yılında yapılan Kırım Savaşı’nda gazete kağıdına sarılarak içilen tütünler Türk, İngiliz, Fransız ve yerli ordulara mensup askerler arasında büyük rağbet görmüştür. Savaş sonrası ülkelere dönen askerlerin bu alışkanlıklarını beraberinde götürerek oralarda devam ettirmesi sigara sanayinin temelinin atılmasına vesile olmuştur (10). James A. Bonsack 1880 yılında Amerika’da ilk sigara makinesinin patentini almış, üretimin makineleşmesi ile yeni bir sanayi kolu doğmuştur (11). Bundan sonraki süreçte devletler tütün tüketiminde elde edilen gelirin yüksekliği nedeniyle tütün tarımı, ticareti ve tüketimini teşvik etmişler, tütünden çeşitli vergiler almak için tekeller kurmaya başlamışlardır (8).

1914 yılında Birinci Dünya Savaşı’nın başlaması ile asker kumanyalarına tütün ilave edilmiş, şiddetle ihtiyaç duyulan tütünü temin etmek ve cepheye ulaştırmak gayreti ön plana çıkmış, savaşlı yılların sonunda tütün/sigara tüketimi daha da artmıştır (10).

İkinci Dünya Savaşı ile birlikte tütün ve sigara cephede en az silah ve mühimmat kadar aranır hale gelmiş, özellikle sigara tüketimi yaygınlaşmış, dünyada yetişkin nüfusun yaklaşık %60-80’i sigara içer hale gelmiştir (12).

## **2.2. Türkiye ve Dünyada Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi**

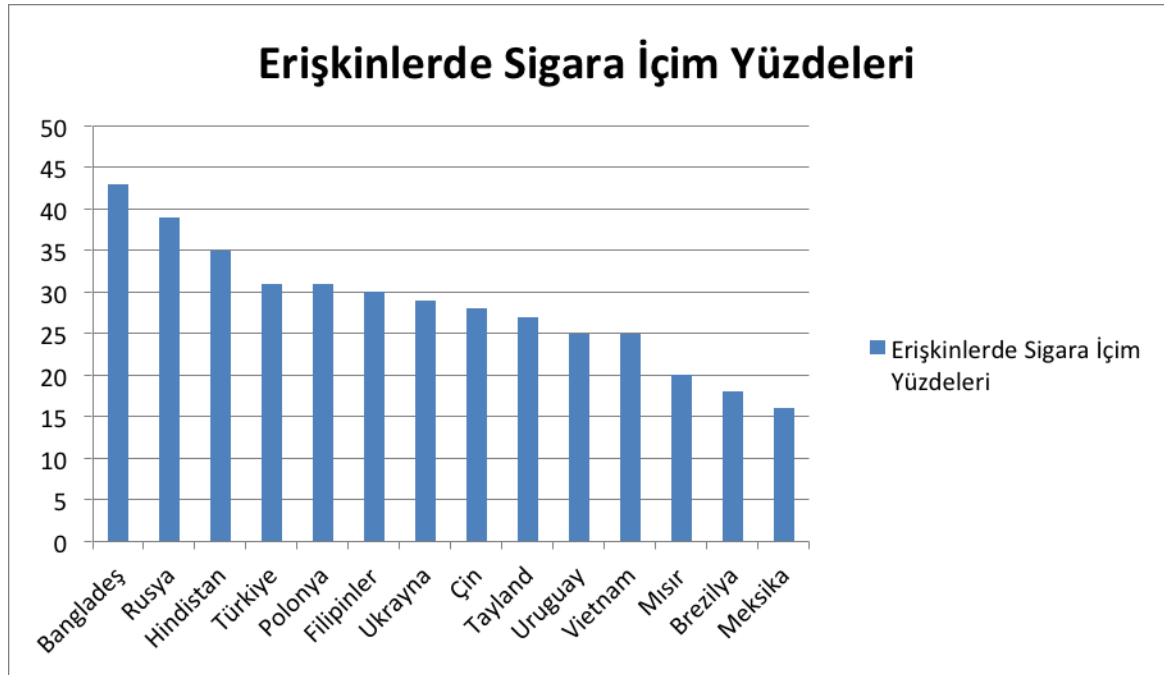
19. yüzyılda sigara sarma makinelerinin geliştirilmesi sonucu sigara üretimi ve buna bağlı olarak sigara tüketimi hızla artmıştır. Yaşamın her hangi bir döneminde sigara içmiş olan kişiler sigara içicisi (ever smoker) olarak adlandırılır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşamı boyunca 100 adet sigara içmiş olan bir kişiyi ‘sigara içen’ olarak tanımlamaktadır. Bu ürünleri her gün düzenli olarak içenlere ‘daily smoker’, aralıklı olarak kullananlara

'occasionaly smoker', önceden kullanıp halen kullanmayanlara 'ex-smoker', her gün veya kısa aralıklarla devamlı kullananlara 'current smoker' veya 'regular smoker' denir.

Tütün kullanımı değişik ülkelerde farklılık göstermekle beraber dünya genelinde ortalama iki erkekten biri ve beş kadından biri sigara kullanmaktadır. Dünyada 1.3 milyar kişi sigara içmektedir. Bu sayının büyük bölümü Çin, Hindistan ve Rusya'da bulunmaktadır. Aralarında Türkiye'nin de bulunduğu orta ve alt gelir düzeyine sahip 14 ülke dünya popülasyonunun %54'ünü oluşturmaktadır. Bu ülkelerdeki sigara içme oranları şekil 1'de gösterilmiştir (2).

Tütün ürünleri kullanımı gelişmiş ülkelerde çok düşük düzeylerde iken gelişmekte olan ülkelerde yüksek düzeydedir. Ancak gelişmiş ülkelerde kadınlar arasında sigara kullanımı gelişmekte olan ülkelere göre daha fazladır. Gelişmiş ülkelerde kadın erkek içme oranları birbirine yakın iken gelişmekte olan ülkelerde erkekler daha fazla sigara içmektedir (Tablo 1) (2, 13).

Şekil 1. Erişkinlerde Sigara İçim Oranları



Tütün ürünleri kullanımı bakımından ülkelerde 4 evre yaşamaktadırlar. Birinci evrede tüketim düşük düzeyde olup kullanım özellikle erkekler arasında yaygındır. İkinci evrede tüketimde hızlı artış olmakta, kullanım kadınlar arasında da yaygınlaşmaya başlamaktadır. Bu evrede tütüne bağlı sağlık sorunları da ortaya çıkmaya başlar. Üçüncü evre sağlık sorunlarının çok görüldüğü evre olup, tütün ürünleri kullanımında özellikle

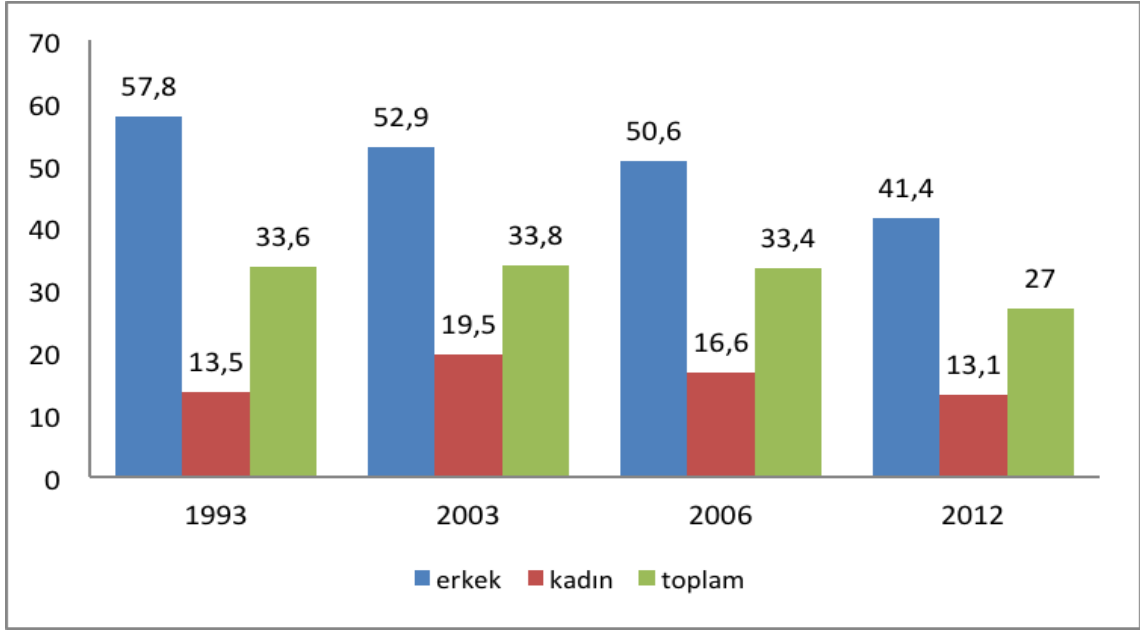
erkekler arasında azalma başlar. Bu dönemde erkeklerde tütüne bağlı ölümlerde artma olur. Dördüncü dönemde ise hem kadın hem de erkeklerde tütün kullanımı belirgin derecede azalır. Erkeklerde tütüne bağlı ölümlerde azalma görülürken bu etki kadınlarda henüz belirgin değildir. Günümüzde Kuzey Avrupa ve Amerika ülkeleri bu evreyi yaşamaktadır.

**Tablo 1. Ülkelere Göre Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı**

Ülke (yıl)	Yaş Grubu	Tütün Kullanımı (%)	
		Erkek	Kadın
Almanya (2005)	15+	33,2	22,4
ABD (2005)	18+	27,5	19,0
Brezilya (2006)	18+	20,3	12,8
Kanada (2006)	15+	20,0	17,0
Çin (2002)	15-69	66,0	3,1
Endonezya (2004)	15+	63,2	4,5
Fransa (2005)	12-75	33,3	26,5
Hindistan (2005)	18-49	57,0	3,1
İspanya (2003)	18+	40,0	26,8
İtalya (2005)	14+	28,3	16,2
Japonya (2004)	20+	43,3	12,0
Tayland (2004)	11+	40,2	2,4

Türkiye’de yetişkinlerde sigara kullanımına ilişkin 1988 yılında yapılan ilk çalışmada sigara kullanım sıklığı %44 (erkeklerde %63, kadınlarda %24) olarak bulunmuştur. 2003 yılında yapılan Ulusal Hane Halkı Çalışması sonuçlarına göre 18 yaş ve üzerinde sigara içme sıklığı %32.1’dir. Sigara içenler ortalama 19 yaşında sigaraya başlamışlardır (14). Türkiye’de 1993, 2003 ve 2006’da yapılan prevalans çalışmalarında sigara kullanımında erkeklerde azalma gözlenirken kadınlarda ise önemli bir değişiklik görülmemiştir . DSÖ 2012 15 yaş ve üstü sigara kullanım prevalans verilerinde ise hem erkek hem de kadınlarda sigara kullanımında azalma belirgindir (Şekil 2) (15, 16).

Şekil 2. Türkiye’de Erişkinlerde Sigara Kullanım Prevalansının Zamanla Değişimi



### 2.3. Tütün Bağımlılığı

Tütün yapraklarının 500 ile 900 °C’de yanmasıyla toksik ürünler ortaya çıkar. Sigara dumanındaki hoş giden fizyolojik etkilerden ve bağımlılık oluşumundan sorumlu temel ajan nikotindir (17). Bağımlılık tekrarlayan kronik bir hastalıktır, bırakmalar ve yeniden başlamalarla devam eder. Madde bağımlılığına iki süreç katkıda bulunur. İlki madde alınınca elde edilen keyif ve ödüdür. İkincisi ise madde alınmayınca ortaya çıkan hoş gitmeyen durumlardan sakınmak için kişi madde almaya devam eder. Nikotinin sigara dumanıyla alınması sırasında, kişinin pekçok duyuşsal uyararla birlikte nikotini alması daha güçlü bağımlılık paterni oluşturmaktadır. Nikotin bağımlılığında, duyuşsal ipuçları nucleus accumbens çekirdeğinde dopamin salınımında artış yaparak güçlü pekiştirici etkiler gösterir. Bu yüzden sigara içimi bırakıldığında çok ciddi fiziksel yoksunluk belirtileri olmamasına rağmen sigaraya duyulan özlem çok fazla olmaktadır. Yine benzer nedenlerle sigarayı bırakmada kullanılan nikotin yerine koyma tedavileri istenilen sonucu verememektedir (18).

Nikotin bağımlılığı, nikotine karşı tolerans ve nikotin alımının bırakılmasıyla ortaya çıkan psikolojik ve davranışsal bozukluklardır (19). Bunlar;  
Sigaraya karşı arzu duymak



Depressif mizaç  
Uyku bozuklukları  
Huzursuzluk ve sinirlilik  
Konsantrasyon güçlüğü  
Tez canlılık  
İştah artışıdır.

Gençler, erişkinlere göre daha duyarlıdırlar. Nikotin bağımlılığı 100 adet sigara kadar az miktarların tüketimi sonrası bile gelişebilir. Nikotin bağımlılık semptomları sigara kullanımını azaltmayı ya da bırakmayı takip eden günler ya da haftalar içinde görülebilir (20). Nikotine maruziyetin artışı ile birlikte tütüne karşı önce istek ardından arzu en sonunda da ihtiyaç duyma ile karakterize tiryakilik ortaya çıkar (21). Nikotin bağımlılığı, içim dozu ve süresiyle de artış gösterir. Günde 10 adetten fazla sigara içenlerde bırakma semptomları daha şiddetli olur (22). Nikotin bağımlılığına yatkınlıkta genetik faktörlerin de rolü vardır. Nikotin bağımlılığının kalıttan etkilenme oranı farklı çalışmalarda %50-70 oranında bildirilmiştir (23, 24).

#### **2.4. Tütünün Zararları**

Sigara ile ilişkili mortalitede 3 temel neden, aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, akciğer kanseri ve kronik obstüktif akciğer hastalığı (KOAH)'dır (2). Tiryakiler sigara içimini bıraktıklarında tütünle ilişkili hastalık gelişimi ve ölüm oranlarında azalma meydana gelmektedir (3). Bu nedenle tütün kullanımını bıraktırmaya yönelik yöntemler koruyucu sağlık hizmetleri açısından en etkili yöntemlerden biridir (25).

##### **2.4.1. Kardiyovasküler Hastalıklar**

Sigara içimi koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve tüm aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar için major bağımsız risk faktörüdür (26). Dünya genelinde kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin %10'undan fazlasından sigaranın sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (27). Tütünde bulunan nikotin koroner vazokonstrüksiyon, hiperkoagülabilitede artış, dislipidemi ve endotelial disfonksiyon gibi kardiyovasküler sisteme zararlı birçok etkilere neden olabilir. Günde en az 20 adet sigara içenlerde, hiç içmeyenlerle karşılaştırıldığında myokard infarktüsü (MI) insidansı kadınlarda 6, erkeklerde 3 kat artar (28). Sigara kardiyovasküler ve tüm nedenlere bağlı ölümleri artırır. Bir çalışmada sigara içenlerde, içmeyenlerle karşılaştırıldığında, 35 yıllık süre için tüm

nedenler ve kardiyovasküler nedenlere bağlı mortalitede 1.62 ve 1.63 kat risk artışı söz konusudur. Sigara bırakıldığında risk artışı durmaktadır (29).

Koroner kalp hastalığı olan kişi sigaraya devam ettiğinde tekrar infarktüs ve ani kalp durmasını da içeren ölüm riskinde artış olur (30). Koroner by-pass öncesi sigara içimi ameliyat sonrası sağkalımı etkilemez. Fakat kişi ameliyat sonrası sigaraya devam ederse sigarayı bırakanlara göre tüm nedenlere bağlı ölüm riski 1.68, kardiyak ölüm riski 1.75, tekrar ameliyat gereği riski 1.41 kat artar (31). Sigara kullanımını koroner anjioplasti olan hastalarda kullanmayanlara göre ölüm riskini 1.76 kat, MI riskini de 2.08 kat artırır (32). Sol ventrikül disfonksiyonu olan hastalar sigaraya devam ettiklerinde sigarayı bırakan ya da içmeyenlere göre ölüm riski 1.41 kat, hastaneye yatış ve MI riski 1.39 kat artar (33). Prospektif 20 cohort çalışmayı değerlendiren bir meta-analizde sigarayı bıraktıktan sonraki 5 yıllık periyotta kalp krizi ve kalp cerrahisinde 1/3'ten daha fazla azalma saptanmıştır. Sigaranın bırakılması ayrıca lipid düşürücü ilaçların faydalı etkisini de artırmıştır (34).

#### **2.4.2. Pulmoner Hastalıklar**

Sigara içiminin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) gelişimi için en önemli risk faktörü olduğu yapılan çok sayıda epidemiyolojik çalışma ile gösterilmiştir (35-38). Sekiz bin kırk beş hastayı içeren retrospektif kohort çalışmada 25 yıllık bir sürede sigara içimine bağlı KOA gelişim oranı hiç içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur (% 36 ks %8). Yine aynı dönemde orta ve şiddetli KOA gelişme oranı da sırasıyla % 20.7 ve % 3.6 saptanmıştır (39). Genetik yatkınlık bireylerin sigaranın zararlı etkilerine karşı olan duyarlılığını artırır. Bunu destekleyen gözlemsel çalışmalarda sigara içen ve erken dönemde şiddetli KOA'ı olan birinci derece akrabalara sahip bireylerde, sigara içen ve böyle akrabası olmayanlara göre akciğer fonksiyon kaybı daha fazladır. Sigara ile birlikte marihuana kullanımını sinerjistik olarak KOA ve solunum semptomları riskini artırır (40). Sigaranın bırakılması KOA'ya bağlı hızlanmış olan akciğer fonksiyon kaybını azaltır (41). Ek olarak, sigaranın bırakılmasından sonraki ilk 12 ay içinde, hastalık alevlenmelerinde, öksürük ve balgamda azalma ile birlikte seyreden KOA semptomlarında iyileşme gözlenir (42). Sigara ayrıca bronşial astma ve respiratuvar bronşiolitle de ilişkilidir. Sigaranın bırakılması bu hastalardaki semptomları da iyileştirir.

#### **2.4.3. Kanser**

Sigara içimi birçok kanser tipi için major risk faktörüdür (Tablo 2) ve sigaranın bırakılması sonucu ilişkili kanserlerin riskinde de azalma meydana gelir (43). Sigarayla

ilişkili kanseri olan tiryakiler sigarayı bıraktıklarında sigarayla ilişkili ikinci bir kanser gelişme riski de azalır.

Akciğer kanseri dünya genelinde en sık karşılaşılan kanser türü olup 2008 yılı içinde 1.600.000 yeni vaka ve 1.380.000 ölüm olduğu tahmin edilmektedir (44). Akciğer kanseri modifiye edilebilir major risk faktörüne (tütüne maruziyet) sahip olmasıyla diğer kanserlerden ayrılır. Bütün akciğer kanserleri sigara ile ilişkili değildir. Diğer risk faktörleri arasında asbestoz, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, nikel ve arsenik sayılabilir.

**Tablo 2. Tütün Tüketimi ile İlişkili Kanserler**

<b>Nedensel ilişkisi kanıtlanmış</b>	<b>Delilleri şüpheli</b>
Kolorektal	Meme
Baş ve boyun kanserleri (özofagus dahil)	Cilt (squamöz hücreli karsinoma )
Böbrek	Cilt (bazal hücreli karsinoma)
Karaciğer	
Üriner trakt	
Akciğer	
Mezetelyoma	
Myeloid lösemi	
Nazal kavite ve paranazal sinüs	
Pankreas	
Mide	
Uterin serviks	

Sigara içme prevalansı hem kadınlarda hem erkeklerde 1975'den 2006'ya doğru azalma göstermiştir. Bu duruma her iki cinsiyette de akciğer kanserine bağlı ölümlerde azalma eşlik etmiştir. Bronkojenik karsinoma, sigara içimi ile akciğer kanseri arasındaki tartışmasız ilişki nedeniyle en önlenbilir kanserdir (45). Sigara ve akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi ilk olarak 1912 yılında Adler ortaya atmıştır (46). Ancak bu konuyla ilgili ilk bilimsel rapor 1938'de yayınlanmıştır. 1950'de Doll ve Hill sigara ve akciğer kanserine bağlı ölüm arasındaki epidemiyolojik ilişkiyi açık bir şekilde göstermişlerdir (47). Bu gözlem kısa bir süre sonra Wynder ve Graham tarafında doğrulanmıştır (48).

Yakın zamana kadar sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişkinin delilleri indirekt idi. Bununla birlikte akciğer kanseri ile sigara içme arasındaki direk bağlantı gösterilmiştir. Bunun temeli akciğer kanserli hastaların yaklaşık % 60'ında anormal olduğu bilinen p53 tümör süpresör gen üzerinde 3 spesifik lokusta hasara neden olan tütün dumanındaki kimyasal bir bileşen olan benzo(a)pirin isimli spesifik metabolitin bulunmasına dayanır

(49). Tütün dumanında bulunan polisiklik aromatik hidrokarbonlar da akciğer kanseri gelişimindeki mutasyonlarda etkili gözükmektedir (50).

Uzun süreli sigara içenlerde, hayatları boyunca hiç sigara içmeyen bireylere göre akciğer kanseri gelişme riski 10 ile 30 kat daha fazladır. Ağır sigara içicilerin yaşam boyu akciğer kanseri gelişme riski % 30 kadar yüksek iken hiç sigara içmeyenlerin riski % 1' den azdır. Günde 25' den az sigara içen 35 yaşındaki erişkin erkeğin 85 yaşından önce akciğer kanserine bağlı ölüm riski % 9 iken günde 25 den fazla sigara içen bireyin riski ise % 18'dir (51).

Sigaranın bırakılmasının akciğer kanseri riskini azalttığı çok açıktır (52). Sigaranın bırakılması süreye de bağlı olmakla birlikte kanser riskinde % 20 den 90'lara kadar çıkan oranlarda risk azalması sağlar. Bu azalma bırakmayı takip eden ilk 5 yılda başlar. 15 yıldan daha uzun süredir sigara içmeyen bireyler halen içenlerle karşılaştırıldığında akciğer kanseri açısından % 80-90 lık risk azalmasına sahiptirler. Bununla birlikte uzun süredir sigara içmemelerine rağmen hiç sigara içmeyen bireylere göre daha yüksek akciğer kanseri riskine sahiptirler (53). Erken ya da sınırlı akciğer kanseri evresine sahip olsalar bile sigaranın bırakılması hastalara fayda sağlar. Bir meta-analizde erken ya da sınırlı akciğer kanserine sahip hastaların sigara içmeye devam ettiklerinde artmış mortalite, tümör nüksü ve ikinci primer tümör gelişme riskine sahip olduğu gösterilmiştir (54).

Sigara içiciler tam bırakmasalar da içimi azalttıklarında akciğer kanserinde azalma gözlenir. Bu yüzden tiryakiler sigarayı tam bırakmasalar bile azaltmaları konusunda cesaretlendirilmelidirler (Tablo 3) (55).

#### **2.4.4. İnfeksiyonlar**

Sigara içimi ile tüberküloz, pnömokoksik pnömoni, lejyoner hastalığı, meningokokal hastalık, influenza ve soğuk algınlığını içeren bir çok infeksiyon için artmış risk arasında bağlantı olduğu gösterilmiştir. Sigaranın bırakılması ile bu infeksiyonların gelişme riskinde azalma olmakla birlikte bunları destekleyecek veriler kısıtlıdır (56).

#### **2.4.5. Diabetes Mellitus**

Uzun süreli dönemde günlük içilen sigara sayısı ile artmış tip II diabet gelişim riski arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu durum kısmen nikotinin insulin duyarlılığını bozmasına bağlıdır. Sigarayı bıraktıktan sonraki erken dönemde (muhtemelen kilo almanın da etkisi ile) tip II diabet gelişim riskinde artış gözükmesine rağmen birkaç yıl sonra diabet riskinde azalma görülür (57).

**Tablo 3. Sigara içme durumuna Göre Akciğer Kanseri Riski**

	Sigara İçme Kategorileri				
	Ağır içici	Azaltmış	Hafif içici	Bırakmış	Hiç içmemiş
Adjusted hazard ratio	1,0	0,73	0,44	0,17	0,09
(%95 güven aralığı)		(0,54-0,98)	(0,35-0,56)	(0,13-0,23)	(0,06-0,13)

Ağır içici: Günde 15 adet ve üzeri sigara veya eşdeğeri tütün kullanımı

Azaltmış: Sigara içimini %50'den fazla azaltmış ağır içici

Hafif içici: Günde 1-14 adet sigara veya eşdeğeri tütün kullanımı

#### **2.4.6. Osteoporoz ve Kalça Kırığı**

Sigara kemik kaybını hızlandırır ve kadınlarda kalça kırığı için bir risk faktörüdür. Sigaranın bırakılması yaklaşık on yıllık bir sürenin ardından kemik mineral dansitesi kaybını geri döndürür ve kalça kırığı riskini azaltır (58).

#### **2.4.7. Üreme Sistemi Hastalıkları**

Sigara içimiyle erken menopoz, gebelik sırasındaki komplikasyonlar, erektil disfonksiyon ve her iki cinste fertilité azalması arasında ilişki gösterilmiştir. Özellikle hamilelerin sigara kullanımı ile spontan düşük, düşük doğum ağırlığı, ektopik gebelik, fetusta çeşitli hastalıkların gelişmesi arasında ilişki bulunmuştur. Hamile annenin sigarayı bırakması bebek ve anne sağlığında iyileşme ile sonuçlanır (59).

#### **2.4.8. Peptik Ülser Hastalığı**

Sigara içenlerde içmeyenlere göre gastrik ve duodenal ülser daha çok görülür ve iyileşmesi daha uzun sürede olur (60). Sigaranın bırakılması peptik ülser hastalığı gelişme riskini azaltır ve iyileşme oranlarını artırır (61).

#### **2.4.9. Periodontal Hastalıklar**

Günlük birkaç adet sigara içimi ile jinjivit ve periodontit gelişim riski arasında ilişki gösterilmiştir. Geniş popülasyon tabanlı gözetim çalışmalarında tiryakilerde sigarayı bıraktıktan sonraki birkaç yıl içinde periodontit riskinde azalma olduğu gösterilmiştir (62).

### **2.5. Sigara Bırakmanın Riskleri**

Sigara bırakmanın riskleri olmasına rağmen yararları ağır basar. Bu risklerin yönetimi sigarayı bırakma başarısını artırmada önemlidir.

#### **2.5.1. Nikotin Yoksunluk Sendromu**

Nikotin potent psikoaktif bir ajan olup fiziksel bağımlılık ve toleransa neden olur (63). Tiryakilerde nikotin yokluğunda sigaraya karşı özlem ve nikotin yoksunluk sendromu semptomları gelişir. Semptomlar genellikle ilk 3 günde pik yapar ve takip eden 3. ve 4. haftalarda yatıştır. Fakat sigaraya karşı özlem aylar hatta yıllarca devam edebilir. Bu sendromun bulguları iştah artışı, kilo alma, depresif mizaç, huzursuzluk, anksiyete ve dikkat eksikliğidir. Sigarayı bırakma tedavisinde kullanılan nikotin replasman ürünleri, bupropion ve varenicline bu semptomları iyileştirmeye yarar.

### **2.5.2. Ağırlık Artışı**

Sigaranın bırakılmasından sonra sıklıkla ağırlık artışı görülür. Kilo alma, özellikle sigarayı bırakmayı düşünen kadınlarda temel korku nedenidir. Bunun altında yatan mekanizmanın metabolik hızda yavaşlama, lipoprotein lipaz aktivitesinde artış, gıda tercihlerinde değişme ve artmış kalori alımı olduğu düşünülmektedir (64).

Ağırlık artışı ilk iki haftada 1-2 kg olup takip eden 4-5 ay içinde ek olarak 2-3 kg daha artar. Ortalama ağırlık artışı 4-5 kg'dır, fakat daha fazla da olabilir. Sigarayı bırakanların %10'unda bu artış 13 kg'dan fazla olabilir. Genel olarak ağırlık artışı kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Obezitenin sağlık üzerinde yarattığı riskler iyi tanımlanmış olmasına karşın sigara bırakmanın sağladığı faydalı etkiler daha ağır basar. Diyet ve fiziksel aktiviteyi içeren davranış değişiklikleri ile kilo alımı sınırlandırılabilir (65).

### **2.5.3. Depresyon**

Nikotin yoksunluk sendromu semptomları içinde yer alan depresyon ve anksiyete özellikle psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda görülür. Kanıtlanmış depresyonu olan hastalar sigarayı bıraktıklarında depresif ataklar tetiklenir ve bunlar davranış tedavisi, antidepressan ilaçlar veya her ikisine de ihtiyaç gösterirler. Bununla birlikte psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarda depresif semptomları artırmasına rağmen sigara bırakmanın faydalı etkileri ağır basar (66).

Bazalde psikiyatrik hastalığı olmayan tiryakilerin sigarayı bırakmalarının depresyona neden olduğu net olarak belli değildir. Büyük bir kohort çalışmada depresyon veya anksiyetesi olmayan tiryakilerin sigarayı bıraktıktan sonra depresyon veya anksiyete semptomlarında artış olmadığı gösterilmiştir (67).

### **2.5.4. Öksürük ve Ağız Ülserleri**

Sigarayı bıraktıktan sonraki ilk birkaç hafta içinde öksürük ve aftöz ülserlerde geçici bir artış meydana gelebilir. Patofizyolojisi iyi anlaşılamamıştır. Öksürük ve ağız ülserleri genellikle sigarayı bıraktıktan sonraki birkaç haftada düzelirler (68).

## 2.6. Tütün Bırakma Yöntemleri ve Başarı Oranları

Özellikle birinci basamak olmak üzere hekimler sigara bırakma programında stratejik öneme sahiptir. Tiryakilerin en az %70'inin yılda bir kez hekime muayene olduğu tahmin edilmektedir (69). Hekimlerin sigara bırakma konusundaki önerileri en önemli motive edici faktör olup sadece hekimden gelen basit bir tavsiyeyle bile tiryakilerin % 2-4' ünün kendiliğinden sigarayı bıraktığı görülmüştür (70). Sigara bırakmanın faydalı etkileri bilinmesine rağmen hekimler, hastalarını sigara konusunda yeteri kadar sorgulamazlar. Oysa sigara bırakma konusunda, hastalarına ayırdıkları zamanla orantılı olarak başarı oranları artmaktadır. Bu nedenle her tiryakiye sigarayı bırakma konusunda, hekimler tarafından öneride bulunulmalıdır. Eğer hasta bu konuda istekli ise hekim tedavi yaklaşımı konusunda hastaları gruplandırılmalıdır. Motivasyon açısından bu gruplandırma çok önemlidir (71).

- **Niyet öncesi** – Hasta sigara bırakma konusunda henüz hazır değildir. Bu hastalar motivasyon açısından bir sonraki vizitte değerlendirilmelidir.
- **Niyetli** – Hasta sigarayı önümüzdeki bir zaman diliminde bırakmayı planlayan kişidir. Bu hastaya sigarayı bırakma konusunda cesaret verilmeli ve özel bir tarih seçimi konusunda yardımcı olunmalıdır.
- **Kararlı** – Hasta çok yakın bir zamanda aktif olarak sigarayı bırakmayı düşünen kişidir.
- **Harekete geçmiş** – Hasta aktif olarak sigarayı son 6 ay içinde bırakmış kişidir.
- **Sürdürülebilir** – En az 6 aydır hiç sigara içmeyen kişidir.

Sigara bırakma konusunda hastalar motive edilirken 5 temel alt başlıkta bilgilendirilmelidir (Tablo 4) (71).

### 2.6.1. Tedavi Stratejileri

Sigarayı bırakmaya hazır hastada ilk basamak tarih belirlemektir. İdeal tarihin iki hafta içinde olması gerekir. Hastanın ailesi, arkadaşları ve çalışma arkadaşları bu konuda bilgilendirilmelidir. Kişinin en çok zaman geçirdiği ev, araba ve diğer yerlerde sigara içiminden kaçınılmalıdır. Nikotin yoksunluk semptomları gelişebileceği öngörülmesi, tekrar

sigara içme arzusunun tehlikeli bir durum olduğu bilinmelidir. Sigara bırakma tedavilerinin başarılı olmasında 3 temel unsur mevcuttur.

**Tablo 4. Gönülsüz Tiryakilerde Sigarayı Bıraktırmada Motivasyon Basamakları**

	<b>Teknik</b>
Uygunluk	Sigara bırakma konusunda hasta cesaretlendirilmelidir. Özellikle daha önceden bırakma deneyimi olanlar, evinde çocuğu olanlar, eşlik eden hastalığı yada sağlıkla ilgili endişesi olanlar daha uygun adaylardır.
Riskler	Hastalara tütün kullanımının potansiyel negatif sonuçları hakkında bilgi verilmelidir. Sigarayı azaltmanın, riskleri tamamen ortadan kaldırmadığı anlatılmalıdır. <i>Akut riskler</i> – Nefes darlığı, astımda alevlenme, gebeliğe zararlı etkileri, impotans, infertilite <i>Uzun dönem riskler</i> – Kalp krizi, inme, akciğer ve diğer kanserler, KOAH <i>Çevresel riskler</i> – Eşinde yada yakınındakilerde artmış akciğer kanseri ve kalp hastalığı riski düşük doğum ağırlıklı bebek, çocuklarında daha erken yaşta sigaraya başlama riski
Ödüller	Sigarayı bıraktığında elde edeceği faydalar tanımlanmalıdır. Sağlığında iyileşme, Gıdalardan daha iyi tad alma, Koku duyusunda iyileşme, Parada tasarruf, Evi, arabası, kıyafeti ve nefesinin daha iyi kokması, Bebekleri ve çocukları için daha iyi bir örnek oluşturma, Fiziksel aktivitelerde daha iyi performans, Cilt kırışıklıklarında ve yaşlanmada azalma
Engeller	Bu dönemde karşılaşılabilecek engeller ve bunlarla mücadele yöntemleri (problem çözme, ilaç tedavisi) anlatılmalıdır. Yoksunluk semptomları Başarısızlık korkusu Kilo alma
Tekrarlama	Motivasyon kaybı olan tüm hastalarda her zaman bu hatırlatmalar yapılmalıdır.

- **Sosyal destek**
- **Farmakolojik tedavi**
- **Problem çözme konusunda beceri geliştirilmesi**



Bu 3 yöntemden bir veya daha fazlasının tedavi planında olması gerekir (71). Karşılaştırılmalı yapılan çalışmalarda birden fazla yöntem kullanıldığında başarı oranlarının arttığı gösterilmiştir (72). Hastalar kontrendikasyon olmadıkça sosyal desteğin yanına ilaç kullanmaları konusunda cesaretlendirilmelidirler (73). Hastalar özellikle eşlik eden psikiyatrik komorbid hastalıklar açısından taranmalıdır. Çünkü bu hastalıklar sigara içenlerde, içmeyenlere göre daha sık görülür. Bundan başka, bu tür hastalığı olan bireyler sigaraya başlamaya daha yatkın, bırakmaya daha dirençlidirler (74).

#### **2.6.1.1. Sosyal destek (Klinik danışmanlık )**

Hastalar sigarayı bıraktıkları tarihten hemen sonra görülmelidirler. Bu yüz yüze olabileceği gibi telefonla da görüşülebilir. Sigarayı bırakmadaki başarısından dolayı tebrik edilmeli ve devam konusunda cesaretlendirilmeli, bir nefes duman çekmenin bile yeniden sigaraya başlatabileceği söylenmelidir. Karşılaşabileceği sorunlar (depresif mod, kilo alımı, ailesi yada arkadaşları tarafında yeterince desteklenmeme, uzamış yoksunluk semptomları) hakkında hastaya somut önerilerde bulunulmalıdır. Eğer yoksunluk semptomları uzayacak olur ise ilaç tedavisi önerilmelidir. Bir çok hastada 5 dakikadan daha az görüşmeler yeterli olmaktadır. Ancak bazı hastalarla daha ayrıntılı görüşme gerekebilir. Klinik danışmanlık seansı 10 dakikadan fazla olanlar hiç danışmanlık almayanlarla karşılaştırıldığında, iki kat fazla sigara bırakma oranına sahiptir (75).

Grup tedavileri evde kendi başına uygulanan programlara göre iki katı etkinliğe sahiptir. Grup programlarını tamamlayanlarda 1 yıllık bırakma oranı yaklaşık %20'dir (76).

#### **2.6.1.2. Problem Çözme Becerisi Eğitimi**

Tiryakiler, sigarayı bıraktıktan sonra evde ya da iş yerinde ağır içicilerin bulunması, stresli ortamlar ve alkol kullanımı gibi yeniden başlamaya neden olabilecek durumlar hakkında bilgilendirilmelidir. Bu tehlikeli durumların nasıl anlaşılacağı ve mücadele edileceği konusunda duyusal ve davranışsal eğitim verilmelidir. Bu öğrenme stratejileri negatif durumların azalmasına yardım edecektir. Stresi azaltılmış ve kalitesi artırılmış (egzersiz programları ve gevşeme teknikleri gibi) yaşam stili değişiklikleri başarıyı artıracaktır. Randomize kontrollü bir çalışmada sigarayı bırakan 281 kadında, sıkı egzersizle birlikte duyusal ve davranışsal eğitim programlarının, kısa ve uzun vadeli yoksunluk gelişimi ve geç kilo alımı konusunda daha başarılı olduğu bulunmuştur (77).

Evde sigara içen diğer bireylerin bulunması durumunda sigarayı bırakan kişinin evde ya da arabada sigara içilmemesi konusunda diğer bireylerle konuşması gerekir. Başarıya ulaşmadaki anahtarlardan biri de bu programların telefon, broşür, video veya sesli

bilgilendirmeler ve internet üzerinden hastaların faydalanabileceği servislerle desteklenmesidir (78).

### **2.6.1.3. Farmakolojik tedavi**

İlaç tedavileri nikotin yoksunluk semptomlarını azaltarak sigara bırakmayı kolaylaştırır. Nikotin yerine koyma tedavileri (NRT), bupropion ve varenicline, etkinliği gösterilmiş başlıca ilaçlardır. Medikal kontrendikasyonu olmadığı müddetce sigarayı bırakma sürecindeki tüm tiryakilere ilaç önerilmelidir (75).

Tütün kullanımı hem öğrenilen davranış hem de nikotine karşı fiziksel bağımlılık yapması nedeniyle, sigarayı bırakmak danışmanlık ve ilaç tedavisi kombinasyonu ile bu yöntemlerin tek başına kullanılmasına göre daha başarılıdır (63).

Sigarayı bırakmadaki en etkili 7 ilaç ilk basamak ajan olarak önerilmektedir.

- Transdermal nikotin bandı
- Nikotin sakızı
- Nikotin pastili
- Nikotin inhaler
- Nikotin nasal sprey
- Bupropion
- Varenicline

### **Nikotin replasman tedavileri**

Kısa ve uzun etkili NRT başlangıç olarak önerilmektedir. NRT sigara kullanmayan tiryakilerde nikotin ihtiyacını karşılayarak yoksunluk semptomlarını iyileştirir. NRT sigaranın yerine konarak, oksijen dağılımını azaltan karbon monoksit, aterojenik etkili oksidan gazlar ve karsinojenik etkili katrana maruziyeti azaltır.

Nikotin replasman ürünleri farklı farmokokinetik ve nikotin salınım özelliklerine sahiptir. Uygulanan nikotin bandları deriden, nazal spreylere nazal mukozadan, nikotin sakızı, pastili ve inhalerleri de oral mukozadan emilirler. Bu ürünlerden hiçbiri sigara dumanındaki kadar hızlı nikotin salınımına neden olmazlar. Nikotin bandları uzun etkili ürünler olup yavaş salımlı nikotin paterni nedeniyle diğerlerine göre göreceli olarak yoksunluk semptomlarını daha geç düzeltir. Hasta uyumu yüksek olmakla birlikte kısa zamanda doz müdahalelerine izin vermez. Buna karşılık nazal sprey ve oral nikotin formları

kısa etkililerdir ve yoksunluk semptomlarına karşı daha esnek ve etkililerdir. Bununla birlikte hasta uyumu gün içinde tekrarlayan uygulamalar nedeniyle zordur (63).

Randomize kontrollü çalışmalarda 5 nikotin replasman ürünü de sigara bırakma konusunda plaseboya göre 2 katı etkinliğe sahiptir. Randomize kontrollü çalışmalarda etkinlik açısından ürünler arasında fark bulunmamıştır. Ancak nikotin replasman ürünleri kombine edildiğinde tek ürüne göre daha etkilidirler (79). NRT kullananlardaki relaps oranları kullanmayanlara benzerdir. Genel olarak NRT'nin 2-3 ay süre ile kullanılması önerilir. Bununla birlikte relaps riski yüksek hastalarda daha uzun periyotlarla kullanılabilir (80).

Tiryakiler sigarayı bıraktıktan sonra bu ürünlere karşı bağımlılıkları olacağından endişe ederler. Bu durum çok nadir olmakla birlikte gerçekleşebilir. NRT'deki nikotin salınım oranları sigaraya göre oldukça düşük olup nikotin bağımlılığına karşı koruyucudur (75). NRT'ler kombinasyon yada tek başına kullanıldıklarında bupropion ve varenicline göre çok az yan etkiye sahiptir.

NRT'ler kardiyovasküler hastalığı bilinen hastalarda da güvenle kullanılabilir. Beşyüz seksendört hastalık randomize kontrollü bir çalışmada nikotin bantlarının plaseboyla karşılaştırıldığında 14 haftalık tedavi süresi boyunca MI, kalp durması, aritmi, konjestif kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış açısından fark bulunmamıştır (81).

**Nikotin bantları** uygulaması kolay ürünler olup 10 dan fazla sigara içen bireylerde sigaranın bırakıldığı gün en yüksek dozda (21 mg/gün) 6 hafta süreyle, ardından (14 mg/gün) 2 hafta süreyle, takiben 7 mg/gün iki hafta süreyle kullanılarak tedavi tamamlanır. Eğer tiryaki 45 kg dan az veya günden 10 dan az sigara içiyorsa 14 mg/gün 6 hafta ardından 7 mg/gün 2 hafta uygulanır. Nikotin bant tedavisinin uygulama süreleri net olarak bilinmemektedir. Üçbin beşyüz yetmişbeş tiryakide yapılan randomize kontrollü çalışmada dozdan bağımsız olarak 8 ve 12 haftalık tedavilerin yoksunluk oranları açısından farklı olmadığı gösterilmiştir (82).

**Nikotin sakızı** polacrilex reçineye bağlı nikotin ve tamponlayıcı ajandan oluşur. Sadece sakız kullanımı tütün yoksunluk semptomlarına karşı korumaz fakat yoğunluğunu azaltır. Günde 25 veya daha fazla sigara içen tiryakilerde 4 mg'lık dozlar önerilirken daha az içicilerde 2 mg/gün önerilir (83). Tiryaki her sigara içmek istediğinde sakız çiğneyebilir. Sakız çiğnedikten sonra nikotin oral mukozadan emilir ve kandaki maksimum konsantrasyonuna 20 dakika sonra ulaşır. Tiryaki ilk 6 hafta 1-2 saatte bir, ikinci 6 hafta dozu azaltılarak toplamda 3 ay süre ile sakız çiğneyebilir.

Asidik içeceklerden (kahve, karbonatlı içecekler) (oral PH'yı düşürerek nikotinin iyonize olmasına neden olarak absorpsiyonunun azalttığı için) sakız çiğneme ve öncesinde kaçınılması gerekir. Yan etki olarak bulantı kusma, karın ağrısı, kabızlık, hıçkırık, aşırı tükürük salgısı, ağız irritasyonu ve ülser neden olabilir.

**Nikotin pastili** farmakokinetik profil olarak sakıza benzer. Sakızdan farklı olarak çiğneme gerektirmez ve kolay kullanılır. Dozu sakıza benzer, maksimum 6 saatte bir 5 pastil ya da günde 20 pastildir. Yan etki olarak ağızda irritasyon, ülser, karın ağrısı, bulantı, kusma, diyare, baş ağrısı ve çarpıntı yapabilir.

**Nikotin inhaler** kartuşları orofarinx ve oral mukozada emilir, akciğerlere ulaşamaz. Farmakokinetikleri nikotin sakızlarına benzer. Nikotin inhaler ürünleri kullanımında ortaya çıkan plazma nikotin düzeyi, sigara içiminin kabaca üçte biri kadardır. Önerilen doz ilk 6-12 hafta günlük 6-16 kartuş, takip eden 6-12 haftada doz kademeli olarak azaltılır. Ağız ve boğazda irritasyon ve bronkospazm yapabilir.

**Nikotin nasal sprey** diğer oral ürünlere göre daha hızlı emilir. Maksimum kan düzeyine uygulamadan 10 dakika sonra ulaşır. Saatte 1 veya 2 sprey kullanımı, 3 ay süreyle önerilir. Maksimum doz saatte 10 sprey veya günde toplam 80 spreydir. Yan etki olarak burun ve boğazda irritasyon, rinit, burun akıntısı yapabilir (84).

**Kombine nikotin tedavileri**, başlangıç NRT olarak uzun etkili ve kısa etkili nikotin ürünlerinin birlikte kullanılması önerilmektedir. Nikotin bandları yoksunluk semptomlarını kontrol altına almada bazal tedavi olarak kullanılmaktadır. Gün içinde sigarayı arzu etme ya da yoksunluk semptomlarının kontrolünde yardımcı olarak kısa etkili ürünler eklenmektedir. Kısa etkili ürünler hastanın tercihi ya da eşlik eden komorbid durumlara göre belirlenmelidir. Üç randomize çalışmayı değerlendiren bir meta-analizde nikotin bandları ile sakız ya da sprey kombinasyonunun sadece band kullananlara göre daha etkili olduğu gösterilmiştir (75).

**Bupropion** sigarayı bırakmada etkili bir ajandır ve etkinliğini santral sinir sisteminde (noradrenerjik ve dopaminerjik salınımı artırmak yoluyla) gösterdiğine inanılmaktadır. Sürekli salınımlı formülasyonlu ilaç olan Zyban sigara bırakmada yardımcı ilaç olarak lisans almıştır. Otuzaltı randomize çalışmayı değerlendiren meta-analizde plasebo ile karşılaştırıldığında bupropionun sigarayı bırakmadaki başarısı iki kat fazla bulunmuştur. Tedavi bitiminden 1 yıl sonra hala sigara kullanmayanların oranı plasebo ile karşılaştırıldığında daha yüksektir (%23 ks %12) (85). Bupropion kullanımı sigarayı bırakma tarihinden bir hafta önce başlanması önerilmektedir. Sürekli salınımlı bupropion kullanımını takip eden 5-7 günde kanda kararlı düzeyine erişir. Günlük 150 mg doz, 300 mg

kadar etkili olmakla birlikte daha az yan etki profiline sahiptir. Önerilen tedavi süresi 7-12 haftadır. Tedavi süresi 1 yıla uzatılanlarda kısa dönem sonuçlar daha iyi olmakla birlikte 2 yıl sonundaki bırakma oranları benzerdir (%41 ks %40). Tedavi süresini uzatma vaka bazında değerlendirilmeli, daha önce sigara bırakma deneyimi olanlar tercih edilmelidir.

En sık rastlanılan yan etkileri uykusuzluk, ajitasyon, ağız kuruluğu ve baş ağrısıdır. Daha ciddi yan etkisi bupropionun nöbet eşiğini düşürmesine bağlı nöbet geçirmez. Sigara bırakma çalışmalarında bupropion kullanımına bağlı nöbet riski %0.1'dir. Bu etki doz bağımlı olup yüksek dozlarda ve/veya hastada nöbet için diğer risk faktörlerinin varlığında artar. Bu ilaç nöbet hastalığı ya da predispozan faktörü olan hastalarda kontrendikedir.

FDA 2008 yılında bupropion ve varenicline kullanımı ile intihar girişimi arasında muhtemel ilişki olabileceğini açıklamıştır. Psikiyatrik hastalığı ve birlikte psikiyatrik ilaç almayan hastalarda bile intihar girişimleri rapor edilmiştir. Bu nedenle ilaç alan hastaların nöropsikiyatrik açıdan monitörize edilmesi önerilmiştir. Bupropion stabil kardiyovasküler hastalığı ve KOAH'ı olan tiryakiler için güvenli bir ilaçtır (86, 87).

**Varenicline** nikotinic asetil kolin reseptörünün alfa-4 beta-2 subunitinin parsiyel agonisti olup sigara bırakmada etkili bir ajandır. Varenicline parsiyel agonist olarak alfa-4 beta-2 nikotinic reseptörleri uyararak nikotin yoksunluk semptomlarını azaltır. İkinci olarak alfa-4 beta-2 nikotinic reseptörlere yüksek afinite ile bağlanarak tütündeki nikotinin bağlanmasını önler (88). Meta-analizlerde varenicline plaseboya göre 3 kat daha fazla sigara bıraktırma başarısına sahiptir (75).

Üç randomize kontrollü çalışmada varenicline bupropiona üstün bulunmuştur. İki en büyük randomize kontrollü çalışmada (n=2052) varenicline 1 mg günde iki kez, bupropion 150 mg günde iki kez ve plasebo 12 hafta süre ile verilmiştir. Tedavi sonu sigarayı bırakma oranları sırası ile %44 ks %30 ve %18, birinci yıl sonundaki bırakma oranları ise sırasıyla %23 ks %16, ve %9 olarak bulunmuştur (89, 90).

Varenicline ve NRT tedavileri karşılaştıran çalışmalarda tedavi sonu bırakma oranları açısından varenicline üstün bulunmuştur. Ancak 2012 de yayınlanan meta-analizde 24 haftalık bırakma oranları açısından varenicline ile NRT arasında istatistiki anlamlı farklılık saptanmamıştır (91).

Varenicline karaciğerde metabolize edilmediği için diğer ilaçlarla etkileşimi çok azdır. Bununla birlikte, böbreklerden atıldığı için böbrek yetmezliğinde doz ayarlaması gerekir. Varenicline güvenliği ile ilgili temel iki endişe nöropsikiyatrik ve kardiyovasküler yan etkilerdir. Tedavi alan hastalar davranış değişiklikleri, ajitasyon, sinirlilik, bilişsel

fonksiyon bozuklukları, depressif mod, intihar girişim açısından takip edilmelidirler. Çünkü literatürde psikiyatrik hastalığı olmayan ve eş zamanlı psikiyatrik ilaç almayan varenicline kullanan hastalarda intihar vakaları bildirilmiştir (92). Ancak bu bulgular varenicline almayan hastalarda nikotin yoksunluk semptomları olarak da karşımıza çıkabilir. Bu nedenle bu iki tablonun ayırımı her zaman kolay olmayabilir. Bu nedenle öyküde psikiyatrik hastalığı olanlarda dikkatli davranılmalı, intihar girişimi var ise varenicline kullanımından kaçınılmalıdır. Kardiyovasküler hastalığı olduğu bilinen hastalarda varenicline kullanımı kardiyovasküler olay gelişim olasılığını artırabilir. Ancak bu artış istatistiki anlamlı sonuçlara ulaşmamıştır. Düşük kardiyovasküler riski olan hastalarda varenicline kullanımı klinik önemli kardiyovasküler hastalıkta artışa neden olmaz. Ancak bu meta-analizler yüksek riskli popülasyonda klinik önemli yan etkilerde artışı dışlamamakla birlikte gerçek risk artışını da ortaya koyamamıştır. Bu nedenle varenicline tedavisine başlayıp başlamama kararında kardiyovasküler riskler belirleyici olmaması önerilir (93).

Başlangıç tedavisi olarak eğitim programına ek olarak ilaç seçeneklerinin hepsi hastalara sunulmalıdır. Çünkü meta-analizler uzun dönem başarı oranları açısından bir ilacın diğerine net bir üstünlüğünü gösterememiştir. Bu nedenle ilaç önerisinde hastanın medikal durumu, eşlik eden hastalıkları ve tercihleri göz önünde bulundurulmalıdır. Varenicline ile NRT kombinasyonu ilk basamakta göz önünde bulundurulmalıdır. Varenicline güvenliği ile ilgili endişeleri (intihar öyküsü gibi) olan hastalarda NRT kombinasyonları iyi bir seçenektir. Bupropion veya NRT tek başına kullanımı depresyon gibi komorbid hastalığı olanlarda düşünülebilir. Bupropion sigara bırakma sonrası kilo alma konusunda endişesi olan hastalar için iyi bir seçenek olabilir. Bupropion veya varenicline alan tüm tiryakiler muhtemel nöropsikiyatrik yan etkiler açısından izlenmelidir. Yan etki ortaya çıktığında doz azaltılmalı ya da alternatif ilaçlara geçilmelidir (75, 91).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, prospektif bir çalışmadır. Mart 2011- Aralık 2011 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Adana Çukurova Dr. Aşkim Tüfekçi Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran tüm bireyler değerlendirmeye alınmış ve 18-65 yaş aralığında sigarayı bırakmak isteyen ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm tiryakiler çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya alınma kriterleri:

18-65 yaş aralığında olup sigarayı bırakmak isteyen tiryakiler

Çalışmaya alınmama kriterleri:

Sigara bırakma eğitimine katılmayanlar

18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük bireyler

Varenicline, bupropion, NRT tedavileri için kontrendikasyonu olanlar

Ciddi psikiatrik hastalığı olanlar

Nikotin bağımlılığı Fagerström bağımlılık testi (FBT) ile ölçüldü. Fagerström bağımlılık testi (94) 4 ve altında olanlar veya varenicline ve bupropion kontrendikasyonu olanlar NRT grubuna; 5 ve üzeri puan alanlar vareniclin ve bupropion gruplarına alındı. seçilen ilaçlar üç ay süreyle önerildi. Varenicline ve bupropionda ilaç ataması ve temini Sağlık Bakanlığı tarafından yapıldı.

Katılımcılar grup halinde 45 dakikalık sigara ile ilgili eğitim verildi. Ardından her birine kullanacakları ilaçla ilgili 15 dakikalık bilgi, Toraks Derneği'nin eğitim broşürü ve randevu kartı verildi.

Sigarayı bırakma tarihi olarak eğitimi takiben 7 ila 15. günler arasında bir tarih belirlendi. Tiryakiler 15. gün, 1-2-3-6-9-12. aylarda bir gün önce telefon ile aranarak kontrole çağrıldı. Her kontrolde ilaç yan etkileri ve sigarayı bırakmaya bağlı yoksunluk bulguları (DSM-IV'ye göre nikotin yoksunluk ölçütleri), expiryum havasında karbonmonoksit düzeyleri ölçüldü.

İlaç kesildikten sonra tiryakiler takibe alındı. Üçüncü ayın sonunda sigara içmeyen, karbonmonoksit düzeyi 5 ppm'den düşük olan tiryakiler sigarayı bıraktı kabul edildi. Altı ve 12. aylarda da sigara içme durumları sorgulandı.

Çalışma için Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nden onay, her hastadan gönüllü bilgilendirilmiş onam formu alındı.

İstatistiksel analiz: Verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin analizinde t testi, tek yönlü varyans analizi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin analizinde ise Mann whitney U, Kruskall Wallis testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ise ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama  $\pm$  standart sapma, medyan (min-max), n ve yüzde olarak ifade edilmiştir. p değerinin  $<0.05$  olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Veriler excel dosyasına kaydedilerek SPSS version 12.0 ile analiz edilmiştir.



#### 4. BULGULAR

Çalışmaya 260 erkek, 256 kadın toplam 516 kişi alındı. Tiryakilerin 158'i (%30.6)  $\leq 35$  yaş, 233'ü (%45.2) 36-50, 125'i (%24.2)  $\geq 51$  yaş aralığında idi (Tablo 5).

**Tablo 5. Çalışmaya Katılanların Demografik Özellikleri**

	Kadın	Erkek	Toplam
Yaş			
$\leq 35$	68 (43.0)	90 (57.0)	158 (30.6)
36-50	127 (54.5)	106 (45.5)	233 (45.2)
$\geq 51$	61(48.8)	64 (51.2)	125 (24.2)
Toplam	256 (50.4)	260 (49.6)	516 (100.0)

Çalışmaya katılanların %30.4'ünde eşlik eden hastalık öyküsü mevcuttu. Eşlik eden hastalıkların dağılımı tablo 6'de özetlenmiştir.

**Tablo 6. Katılımcıların Eşlik Eden Tıbbi Öykülerinin Dağılımı**

Tıbbi Öykü	n	%
Her hangi öyküsü olan	157	30.4
Hipertansiyon	27	5.2
Diabetes Mellitus (DM)	14	2.7
Koroner Arter Hastalığı (KAH)	15	2.9
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	15	2.9
Serebro Vasküler Olay (SVO)	3	0.6
Kanser	6	1.2
Depresyon Öyküsü	40	7.8
Hassasiyet veya Dikkat Gerektiren Meslek	2	0.4
Aktif veya Geçirilmiş Epilepsi Öyküsü	4	0.8
Kafa Travması	2	0.4
İntrakraniyal Operasyon	2	0.4
Aktif veya Geçirilmiş Karaciğer Hastalığı	5	1.0
Alkol Bağımlılığı	4	0.8
Madde Bağımlılığı	2	0.4
Siroz	2	0.4
Yaygın Kanser	2	0.4
Diğer Terminal Dönem Komorbiditeleri	2	0.4
Diğer	99	19.2

FBT sonuçlarına göre hastaların bağımlılık düzeyi %10.5' inde  $\leq 4$ , %37.2'sinde 5-7, %52.3'ünde  $\geq 8$  bulundu. Hastaların %35.1'i  $\leq 20$ , %38.0'ı 21-40, %26.9'unda  $\geq 41$  paket / yıl sigara içme öyküsü vardı. Sabah uyandığında ilk beş dakika içinde sigara içenlerin oranı %29.5 idi (Tablo 7).

**Tablo 7. Katılımcıların Sigara İçme Öykü ve Bağımlılık Düzeyleri**

	n: 516	%
Paket yıl		
≤20	181	35.1
21-40	196	38.0
≥41	139	26.9
Bağımlılık düzeyi (FBT)		
Normal (≤4)	54	10.5
Orta (5-7)	192	37.2
Yüksek (≥8)	270	52.3

Tedavi olarak hastaların %29.5'ine varenicline, %45.5'ine bupropion, %14.0'üne NRT verilirken %11'i ilaçsız izleme alındı (Tablo 8). Hastaların %58.9'unda herhangi bir yoksunluk belirtisine rastlanmadı. Yan etki hastaların %39.1'inde gözlemlendi.

**Tablo 8. Tedavi ile İlgili Özellikler**

	n:516	%
Kullanılan İlaç		
Varenicline	152	29.5
Bupropion	235	45.5
NRT	72	14.0
İlaçsız	57	11.0
Kutu Sayısı		
1 kutu	273	70.5
2 kutu	73	18.9
3 kutu	41	10.6
Yan etki		
Yok	217	42.1
Var	202	39.1
Ulaşılamadı	97	18.8
Yoksunluk		
Yok	304	58.9
Var	115	22.3
Ulaşılamadı	97	18.8

Takip aylarına göre tedavi başarı oranları tablo 9’da izlenmektedir. Başarı açısından değerlendirildiğinde; 3. 6. 12. ayda sigarayı bırakanların oranı sırasıyla %31, %24, %23.1, içmeye devam edenlerin oranı %47.7, %48.3, %50.6; kliniğe başvurmamayanların ve telefon ile ulaşılamayanların oranı %20.9, %27.7, %26.3 idi (Tablo 9).

**Tablo 9. Takip Aylarına Göre Tedavi Başarı Oranları**

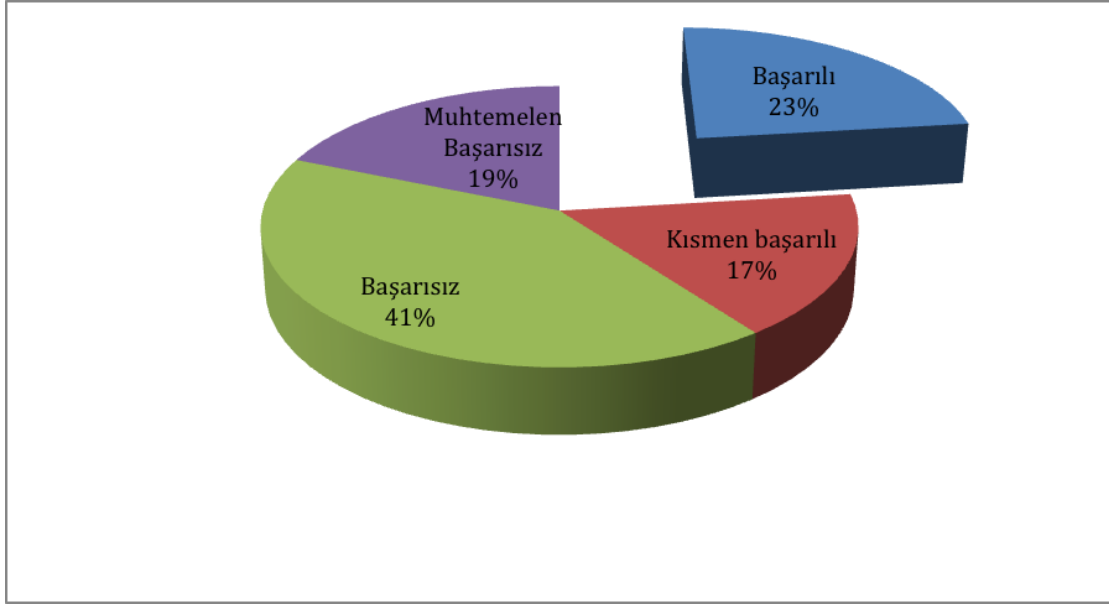
	3.AY		6.AY		1.YIL	
	n	%	n	%	n	%
Bıraktı	162	31.4	124	24.0	119	23.1
İçiyor	246	47.7	249	48.3	261	50.6
Ulaşılamadı	108	20.9	143	27.7	136	26.3

Son durum analizine göre 3. aydan itibaren sigara içmeyenlerin oranı %23.1, kısmen başarılı olanlar (bırakan-tekrar içen-tekrar bırakan) %16.7, başarısız olanlar %41.5, hiç ulaşılamayanlar %18.8 olarak saptandı (Tablo 10, Şekil 3).

**Tablo 10. Başvuruların İzlem Sonunda Başarı Durumu**

Grup	n	%
Başarılı (3.aydan itibaren içmiyor)	119	23.1
Kısmen Başarılı (Deneyenler Bıraktı-İçti-bıraktı-içti)	86	16.7
Başarısız (Hiç bırakmadı-3.veya 6. Aydan sonra ulaşılamadı)	214	41.5
Muhtemelen Başarısız (Hiç ulaşılamadı)	97	18.8

Şekil 3. Katılımcıların İzlem Sonunda Başarı Durumu



Birinci yılda sigarayı bırakan, devam eden, ulaşılamayanların oranları sırasıyla kadınlarda %22.3, %49.6, %28.1, erkeklerde %23.8, %51.5, %24.6 idi. Sigara paket yılı arttıkça başarı oranı anlamlı olarak azalmaktadır. Paket yılı 21 yıldan az olanlarda başarı oranı %28.7 iken 21-40 olanlarda %22.4, 40'tan fazla olanlarda ise %16.3'tür ( $p=0.015$ ). İlaç grupları açısından değerlendirildiğinde 1. yılda sigarayı bırakan, devam eden, ulaşılamayanların oranları sırasıyla varenicline %26.3, %45.4, %28.3; bupropion %25.5, %53.6, %20.9; diğer ilaçlarda %15.3, %43.1, %41.7; ilaçsız grupta ise %14.0, %61.4, %24.6 olarak bulundu. FBT düzeylerine göre 1. yılda sigarayı bırakan, devam eden, ulaşılamayanların oranları sırasıyla, skor  $\leq 4$  olanlarda %27.8, %50.0, %19.3; skor 5-7 olanlarda %27.6, %46.9, %53.3; skor  $\geq 8$  olanlarda %18.9, %25.5, %27.8 idi (Tablo 11).

**Tablo 11. Başvuruların 12. Ay Kontrollerinde Sigara İçme Durumu ve İlişkili Faktörler**

	Sigara İçme Durumu			P
	Bırakmış n(%)	İçiyor n(%)	Ulaşılmamış n(%)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	57 (22.3)	127 (49.6)	72 (28.1)	0,658
Erkek	62 (23.8)	134 (51.5)	64 (24.6)	
<b>Yaş</b>				
≤35	29 (18.4)	76 (48.1)	53 (33.5)	0.018
36-50	62 (26.6)	125 (53.6)	46 (19.7)	
≥51	28 (22.4)	60 (48.0)	37 (29.6)	
<b>Tıbbi öykü</b>				
Var	43 (27.4)	89 (56.7)	25 (15.9)	0.002
Yok	76 (21.1)	172 (47.9)	111 (31.0)	
<b>Paket yıl</b>				
≤20	52 (28.7)	74 (40.9)	55 (30.4)	0.015
21-40	44 (22.4)	106 (54.1)	46 (23.5)	
≥41	23 (16.5)	81 (58.3)	35 (25.2)	
<b>İlaç</b>				
Varenicline	40 (26.3)	69 (45.4)	43 (28.3)	0.006
Bupropion	60 (25.5)	126 (53.6)	49 (20.9)	
NRT	11 (15.3)	31 (43.1)	30 (41.7)	
İlaçsız	8 (14.0)	35 (61.4)	14 (24.6)	
<b>Yan etki</b>				
Yok	77 (35.5)	119 (54.8)	21 (9.7)	0.001
Var	43 (20.8)	142 (70.3)	18 (8.9)	
<b>Yoksunluk</b>				
Yok	64 (21.1)	208 (68.4)	32 (10.5)	0.001
Var	55 (47.8)	53 (46.1)	7 (6.1)	
<b>İlaç Kutu Sayısı*</b>				
1 kutu	53 (19.4)	139 (50.9)	81 (29.7)	0.001
2 kutu	24 (32.9)	42 (57.5)	7 (9.6)	
3 kutu	23 (56.1)	14 (34.1)	4 (9.8)	
<b>Sorun</b>				
Var	14 (48.3)	12 (41.4)	3 (10.3)	0.003
Yok	105 (21.6)	249 (51.1)	133 (27.3)	
<b>Bağımlılık düzeyi (FBT)</b>				
Normal (≤4)	15 (27.8)	27 (50.0)	12 (22.2)	0.614
Orta –Yüksek (≥5)	104 (22.5)	234 (50.6)	124 (26.8)	
<b>Bağımlılık düzeyi (FBT)</b>				
Normal (≤4)	15 (27.8)	27 (50.0)	52 (19.3)	0.255
Orta (5-7)	53 (27.6)	90 (46.9)	144 (53.3)	
Yüksek (≥8)	51 (18.9)	49 (25.5)	75 (27.8)	
<b>Toplam</b>	119 (21.4)	166 (29.9)	271 (48.7)	

\*Yalnızca ilaç alanlar

Başvuruların bir yıllık izlem sonunda sigara bırakma başarısını etkileyen demografik ve klinik faktörler tablo 12’de gösterilmiştir. İlaç almayan gruba göre ilaç alan gruplarda başarı oranı anlamlı olarak artmaktadır. Varenicline alan grupta OR: 2.8 (%95GA:1.2-6.6, p=0.020) bupropion alan grupta ise OR:2.4 (%95GA:1.0-5.5,

p=0.039). Paket yılı 40 yıldan fazla olanlar referans grup olarak kabul edildiğinde başarı oranı artışı 21-40 yıl olanlarda 1.5 kat artmakta fakat bu artış istatistiki olarak anlamlılık göstermemekle birlikte (%95 GA:0.08-2.5, p=0.183) paket yılı 20'den az olanlarda başarı 2.0 kat artmakta ve istatistiki olarak anlamlılık göstermektedir (%95GA: 1.2-3.5, p=0.011).

FBT  $\leq 4$  olanlarda başarı oranı %27.8 iken FBT  $\geq 5$  olanlarda başarı %22.5 bulunmuştur. FBT $\leq 4$  referans alındığında FBT 5-7 olanlarda OR:1.0 (%95GA:0.5-2.2, p=0.976), FBT $\geq 8$  olanlarda OR:0.8 (%95GA:0.3-1.7, p=0.488). Bu da bağımlılık skoru yüksek olanların bırakma başarılarının düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 12).

**Tablo 12. Başvuruların İzlem Sonucunda Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Demografik ve Klinik Faktörler ile İlişkisi**

	Başarılı n(%)	Başarısız n(%)	Univariate analiz sonuçları p	Lojistik regresyon analiz sonuçları OR (%95 GA) p
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	57 (22.3)	199 (77.7)	0.677	Ref.
Erkek	62 (23.8)	198 (76.2)		1.4 (0.9-2.1) 0.177
<b>Yaş</b>				
$\leq 35$	29 (18.4)	129 (81.6)	0.161	Ref.
36-50	62 (26.6)	171 (73.4)		2.6 (1.5-4.6) 0.001
$\geq 51$	28 (22.4)	97 (77.6)		2.8 (1.4-5.8) 0.004
<b>İlaç</b>				
İlaçsız	8 (14.0)	49 (86.0)	0.079	Ref.
NRT	11 (15.3)	61 (84.7)		1.1 (0.4-3.1) 0.861
Bupropion	60 (25.5)	175 (74.5)		2.4 (1.0-5.5) 0.039
Varenicline	40 (26.3)	112 (73.7)		2.8 (1.2-6.6) 0.020
<b>Paket yılı</b>				
$\geq 41$	23 (16.5)	116 (83.5)	0.036	Ref.
21-40	44 (22.4)	152 (77.6)		1.5 (0.8-2.5) 0.183
$\leq 20$	52 (28.7)	129 (71.4)		2.0 (1.2-3.5) 0.011
<b>Bağımlılık düzeyi (FBT)</b>				
Normal ( $\leq 4$ )	15 (27.8)	39 (72.2)	0,062	Ref.
Orta (5-7)	53 (27.6)	139 (72.4)		1.0 (0.5-2.2) 0.976
Yüksek ( $\geq 8$ )	51 (18.9)	219 (81.1)		0.8 (0.3-1.7) 0.488

Başvuruların izlem sonucunda sigara bırakma durumunun tedavi faktörleri ile ilişkisi Tablo 13’de gözlenmektedir. Tedavi grupları açısından değerlendirildiğinde varenicline %26.3, bupropion %25.5, NRT %15.3’lik başarı oranına sahip olup literatürdeki diğer çalışmalara benzer sonuçlardır. Tedavi için verilen ilaç kutu sayısı arttıkça başarı oranının da arttığı görülmüştür (bir kutu %19.4, üç kutu %56.1) ( $p<0.001$ ). İlaça bağlı yan etki bir yıl boyunca izlenebilen 376 hastadan 214’ünde gözlemlendi. Başarı oranı yan etki görülenlerde (%34.6) yan etki görülmeyenlere (%22.8) göre daha yüksekti. En sık rastlanan yan etkiler sinirlilik, uykusuzluk ve konsantrasyon zorluğu olup literatür ile uyumluydu. Bupropion grubunda iki hastada allerjik ürtiker, bir hastada bulantı, bir hastada da şiddetli eklem ağrısı nedeniyle tedavi sonlandırıldı. Varenicline grubunda bir hastada dispne, bir hastada da depresyon gelişmesi nedeniyle tedavi sonlandırıldı. NRT grubunda ise tedaviyi kesmeyi gerektirecek yan etkiye rastlanmadı. Bupropion grubundaki ürtiker gelişen bir hastaya hospitalizasyon gerekti. Yoksunluk belirtisi olmayanlarda başarı oranının (%21.1) yoksunluk belirtisi olmayan gruba göre (%47.8) daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p=0.001$ ).

**Tablo 13. Başvuruların izlem sonucunda sigara bırakma durumunun tedavi faktörleri ile ilişkisi**

	Başarılı n(%)	Başarısız n(%)	p
<b>Tedavi</b>			
İlaçsız takip	8 (14.0)	49 (86.0)	
NRT	11 (15.3)	61 (84.7)	
Varenicline	40 (26.3)	112 (73.7)	
Bupropion	60 (25.5)	175 (74.5)	0.079
<b>İlaç Kutu Sayısı *</b>			
1 kutu	53 (19.4)	220 (80.6)	
2 kutu	24 (32.9)	49 (67.1)	
3 kutu	23 (56.1)	18 (43.9)	0.001
<b>Yan etki*</b>			
Yok	37 (22.8)	125 (77.2)	
Var	74 (34.6)	140 (65.4)	0.013
<b>Yoksunluk</b>			
Yok	64 (21.1)	240 (78.9)	
Var	55 (47.8)	60 (52.2)	0.001
<b>Sorun</b>			
Var	14 (48.3)	15 (51.7)	0.002
Yok	105 (21.6)	382 (78.4)	
<b>Toplam</b>	<b>119 (23.1)</b>	<b>397 (76.9)</b>	

\*Yalnızca ilaç alanlar

Bir yıllık izlem sonucunda sigara bırakma başarısını etkileyen bağımsız faktörleri belirlemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analiz sonuçları tablo 14’de sunulmuştur. Yaş grubu arttıkça sigara bırakma başarısı anlamlı olarak artmaktadır. Genç yaş grubu referans olarak alındığında 36-50 yaş grubunda başarı oranı 2.6 kat (%95GA:1.5-4.6, p=0.003), 51 yaş ve üzerinde benzer şekilde 2.8 kat (%95GA:1.4-5.8, p=0.004) artmaktadır. İlaç almayan gruba göre ilaç alan gruplarda başarı oranı anlamlı olarak artmaktadır. Varenicline grubunda OR: 2.8 (%95GA:1.2-6.6, p=0.020) bupropion grubunda ise OR:2.4 (%95GA:1.0-5.5, p=0.039) saptanmıştır. Sigara paket yılı 40’tan fazla olanlar referans alındığında 20’den az olanlarda başarı oranı artışı anlamlılık gösterirken (OR:2.0, %95GA: 1.2-3.5, p=0.011) paket yılı 21-40 olanlarda anlamlı değildir (OR:1.5, %95GA:0.8-2.5, p=0.183).

**Tablo 14. Başvuruların izlem sonucunda sigara bırakma başarısını etkileyen bağımsız faktörleri belirlemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analiz sonuçları**

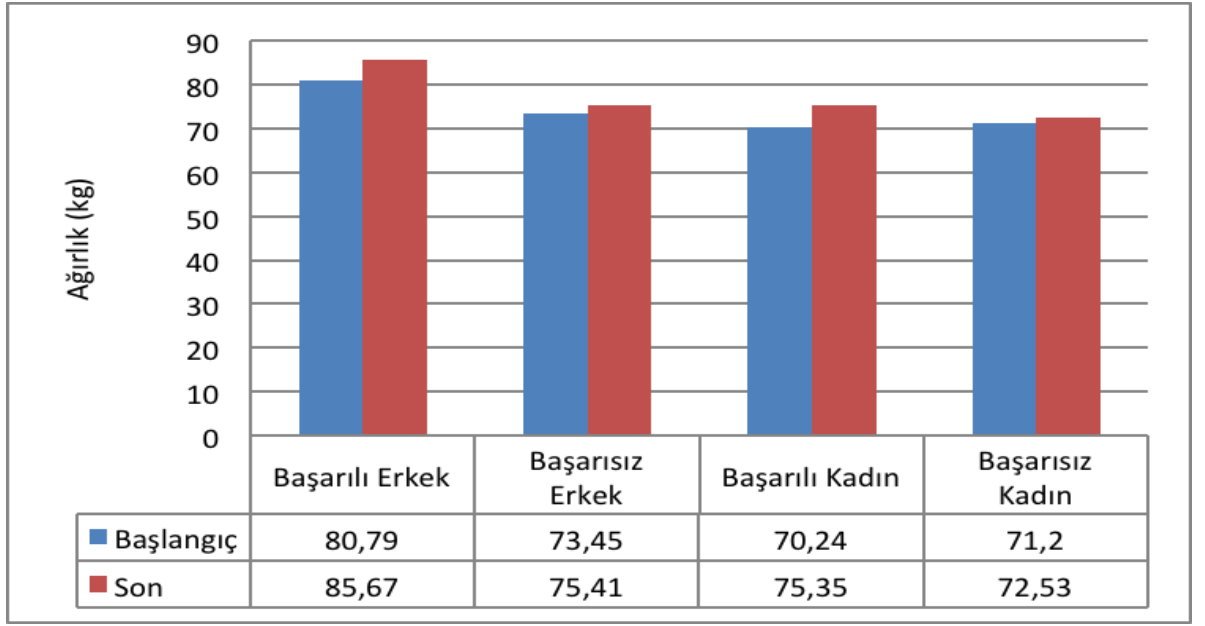
	OR (%95 GA)	P
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	1.4 (0.9-2.1)	0.177
<b>Yaş</b>		
≤35	Ref.	0.003
36-50	2.6 (1.5-4.6)	0.001
≥51	2.8 (1.4-5.8)	0.004
<b>Paket yıl</b>		
≥41	Ref.	0.003
21-40	1.5 (0.8-2.5)	0.183
≤20	2.0(1.2-3.5)	0.011
<b>Tedavi</b>		
İlaçsız takip	Ref.	0.026
NRT	1.1 (0.4-3.1)	0.861
Varenicline	2.8 (1.2-6.6)	0.020
Bupropion	2.4 (1.0-5.5)	0.039
<b>Bağımlılık düzeyi (FBT)</b>		
Normal (≤4)	Ref.	0.456
Orta (5-7)	1.0 (0.5-2.2)	0.976
Yüksek (≥8)	0.8(0.3-1.7)	0.488

OR: Odds Ratio, GA: Güven Aralığı, Ref. Referans grup



Sigara bırakmada başarısız olanların ağırlıklarında değişim izlenmez iken başarılı olan kadın ve erkeklerde başlangıca göre 1 yıl sonundaki ağırlıklarında istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu gözlenmektedir. Erkeklerde ortalama  $4.9 \pm 4.3$  (min:-3 max:+20) kg, kadınlarda ise ortalama  $5.1 \pm 3.8$  (min: -2, max:+16) kg farkı (artış) saptanmıştır ( $p=0.001$  ve  $p=0.001$ ) (Şekil 4).

Şekil 4. Başarı durumuna ve cinsiyete göre ağırlık değişimi



## 5. TARTIŞMA

Sigara kullanımı dünyadaki önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Dünyada her yıl yaklaşık 6 milyon kişinin ölümüne ve yüz milyarlarca dolarlık ekonomik zarara neden olmaktadır. Ölenlerin 5 milyonu sigara kullanan veya bırakmış kişi, 600.000'i sigara içmeyen fakat maruz kalan (pasif içici) kişilerdir. Bu ölümlerin çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde olmakta, bu eşitsizliğin önümüzdeki bir çok on yıl boyunca artacağı beklenmektedir. Böyle devam ederse dünyada 2030 yılına kadar her yıl 8 milyondan fazla kişinin öleceği, ve bu erken ölümlerin %80'inin az ve orta gelirli ülkelerde yaşayan kişiler arasından olacağı tahmin edilmektedir. 20. Yüzyılda 100 milyon kişinin ölümüne neden olan tütün kullanımının, acil müdahale edilmezse 21. yüzyıl boyunca bir milyar veya daha fazla kişiyi öldürebileceği öngörülmektedir (2). Bu nedenle dünya genelinde sigarayı bırakma programları başlatılmıştır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı eğitim programları yanısıra ilaçların ücretsiz temini yoluyla sigarayı bırakmayı teşvik etmekte ve bakanlığa bağlı hastanelerde sigara bırakma poliklinikleri yoluyla hizmet vermektedir. Bu çalışma da hastanemiz sigara bırakma polikliğine başvuran hastalarda yapılmıştır. Ülkemizde sigara içimi erkekler arasında daha yaygın olmakla birlikte (%50.6 ks %16.6) bu çalışmaya alınan hastalarda erkek-kadın oranı (%50.4 ks%49.6) benzerdi. Çalışmaya alınan hastaların %30.4'ünde eşlik eden bir hastalık öyküsü mevcut olup bunlardan hipertansiyon %5.2, koroner arter hastalığı %2,9, kronik obstrüktif akciğer hastalığı %2.9, diabetes mellitus %2.7 oranı ile ilk sıralarda yer alıyordu. Literatürdeki çalışmalarda eşlik eden hastalık oranlarında %75.6'ya kadar çıkan yüksek oranlar bildirilmektedir (95). Bu farkın muhtemel nedeni bizim çalışma grubumuzdaki hastaların %75.8'inin 50 yaşından genç olması olabilir. Tedavi verilen hastaların %58.9'unda yoksunluk belirtisine rastlanmadı. Yan etki hastaların %39.1'inde gözlemlendi. En sık rastlanan yan etkiler sinirlilik, uykusuzluk ve konsantrasyon zorluğu olup literatür ile uyumluydu. Tedavi açısından değerlendirildiğinde ilk 3 ayda %31 olan başarı oranı 12. ayda %23.1'e gerilemiş olup literatürdeki meta-analizlere benzer (%19.2- %33.2) sonuçlardır (96). Sigara bırakma oranları açısından kadın (%22.3) erkek arasında (%23.8) anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yaş grubu arttıkça sigara bırakma başarısı anlamlı olarak artmaktadır. Genç yaş grubu referans olarak alındığında 36-50 yaş grubunda başarı oranı 2.6 kat (%95GA:1.5-4.6, p=0.001), 51 yaş ve üzerinde benzer şekilde 2.8 kat (%95GA:1.4-5.8, p=0.004) artmaktadır.

İlaç alt grupları açısından değerlendirildiğinde varenicline %26.3, bupropion %25.5, NRT %15.3'lük başarı oranına sahip olup diğer çalışmalara benzer sonuçlardır (96). İlaç

almayan gruba göre ilaç alan gruplarda başarı oranı anlamlı olarak artmaktadır. Vareniclin alan grupta OR: 2.8 (%95GA:1.2-6.6, p=0.020) olup literatürde bildirilen 2-3 katlık oranlara benzerdir. (91). Bupropion alan grupta ise OR:2.4 (%95GA:1.0-5.5, p=0.039) olup diğer çalışmalarda belirtilen oranlardan daha iyidir (85). Sigara paket yılı >40 sigara içenlere göre 20 yıldan az olanlarda başarı oranı artışı anlamlılık gösterirken (OR:2.0, %95GA: 1.2-3.5, p=0.011) paket yılı 21-40 yıl olanlarda anlamlı değildir (OR:1.5, %95GA:0.8-2.5, p=0.183).

Tıbbi hastalık öyküsü olanlarda, olmayanlara göre bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum belki tıbbi zorunlulukların motive edici etkisi ile açıklanabilir. Yan etki sigarayı bırakanların %21.3'ünde, devam edenlerin %70.3'ünde görüldü (p<0.001). Bu bulgu başarısız olanlarda sigaraya devam etmede kolaylaştırıcı bir faktör olmuş olabilir. FDA 2008 yılında bupropion ve varenicline kullanımı ve intihar arasında ilişki olabileceğini açıklamış bu nedenle ilaç alan hastaların nöropsikiyatrik açıdan monitörize edilmesini önermiştir. Ancak bizim çalışmamızda buna benzer bir yan etki ile karşılaşılmamıştır (85). Varenicline kullanımına bağlı kardiyovasküler olay sayısında artış olduğu yönünde klinik endişeler daha önceki çalışmalarda bildirilmekle beraber bizim çalışmamızda anlamlı bir kardiyovasküler olay rapor edilmemiş olup bu da literatür verilerine uygundur (93).

Yoksunluk belirtileri de sigarayı bırakanlarda (%47.8), bırakmayanlara (%52.2) göre daha az görüldü (p<0.001). Yoksunluk belirtilerinin tedavi sırasında ortaya çıkması hastaların sigaraya geri dönmeleri ile sonuçlanmış olabilir.

Tedavi için verilen ilaç kutu sayısı arttıkça başarı oranının da arttığı görülmüştür (bir kutu %18.4, 3 kutu %56.5) (p<0.001).

FBT  $\leq$ 4 olanlarda başarı oranı %27.8 iken FBT >4 olanlarda başarı %22.5 bulunmuştur. FBT $\leq$ 4 referans alındığında FBT 5-7 olanlarda OR:1.0 (%95GA:0.5-2.2, p=0.976), FBT $\geq$ 8 olanlarda OR:0.8 (%95GA:0.3-1.7, p=0.488). Bu da bağımlılık skoru ile bırakma oranının fark göstermemesi skoru 4 ve altında olanların ilaçsız izlenmesi olabilir.

Birinci yıl sonunda sigara bırakmada başarısız olanların ağırlıklarında değişim izlenmez iken başarılı olan erkeklerde ortalama 4.9 $\pm$ 4.3 (min:-3 max:+20) kilo, kadınlarda ise ortalama 5.1 $\pm$ 3.8 (min: -2, max:+16) ağırlık artışı saptanmıştır. Bu sonuçlar kadınlarda daha fazla olmak üzere 4-5 kg'lık artışı öngören diğer çalışmalarla uyumludur (64).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sigara toplum için önemli bir sağlık problemidir. Eğer etkili bir mücadele yapılmaz ise önümüzdeki dekatlarda da önemli bir sağlık problemi olmaya devam edecektir. Sigarayı bıraktırmada ileri yaş, eşlik eden bir hastalığın bulunması, sigara paket yılının 20 paket yılından az olması, davranış eğitimine ilaç tedavisinin eklenmesi başarıyı artıran faktörlerdir. Sigara bırakmada varenicline veya bupropion davranış eğitimine eklendiğinde başarı oranlarını artırmaktadır. Bu nedenle tedavide mutlaka yer almalıdır. Sigara bırakma sürecindeki kişilerin tedavi süresine uyumu da başarıyı artıran bir faktör olmasına rağmen hastaların çoğunluğu ilaç tedavi süresini tamamlamadan sonlandırmaktadır. Bu da başarı oranlarını etkilemektedir.

İlaç tedavileri etkin olmakla birlikte başarı oranları kabul edilebilir düzeylerin altındadır. Bu nedenle sigara bağımlılığını tedavi etmeye yönelik yan etkileri daha az ve yoksunluk bulgularını daha fazla baskılayacak yeni moleküllere ihtiyaç vardır.

## KAYNAKÇA

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses-United States, 200-2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008; 57(45): 1226.
2. World Health Organization Report on the Global tobacco Epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. World Organization Geneva 2011. [http://whglibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf](http://whglibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf)
3. Doll R, Peto R., Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. BMJ 2004; 328:1519
4. Otan H, Abdi R. Tütün. 1. Baskı, ETAEM yayını, İzmir, 1989: 9.
5. Aksu S. Tütün kimya ve teknolojisi, 1. Baskı, Tekel Enstitüleri yayınları, İstanbul, 1967: 4.
6. TEKEL YTİTM. Türkiye tütüncülüğü ve geleceği sempozyumu / Tokat. 1. Baskı, Tekel yayını, İstanbul, 1986: 51-70.
7. Şuben M. Tütün fabrikasyonu. 1. Baskı, TEYO yayını, İstanbul, 1989: 9-33.
8. Tütün Eksperleri Yüksek Okulu. Tütüncülüğe giriş, TEYO yayını, İstanbul, 1978: 9-18.
9. Barış İzzettin,ed. Sigara ve sağlık, 1. Baskı, MEB yayınları, Ankara, 1994: 11-14.
10. Yılmaz A. Türkiye’de tömbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi(Tez), TAPDK, Ankara, 2006.
11. Doğruel F, Doğruel A. S. Osmanlıdan günümüze TEKEL, 1. Baskı, Tekel yayınları, İstanbul, 2000: 218.
12. Özendi S. Avrupa Birliği’nde tütün kontrolü ve Türkiye’deki uygulamalarının incelenmesi (Tez), TAPDK, Ankara, 2006.
13. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS), Overview of Historical Trends, Statistics Canada, 1996-2006.
14. National Burden Disease Study. Ministry of Health, 2003.
15. Elmas IH. The Market shares (2006-2007) are calculated using sales Figures reported to the Ministry of Finance, 2007
16. [http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country\\_profile/tur.pdf?ua=1](http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tur.pdf?ua=1)
17. Picciotto MR. Nicotine as a modulator of behavior: beyond the inverted U. Trends Pharmacol Sci 2003;24:493-9.

18. Balfour DJK. The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on role of nucleus accumbens. *Nic Tob Res* 2004;6:899-912
19. Bailey SR, Harrison CT, Jeffery CJ, et al. Withdrawal symptoms over time among adolescents in a smoking cessation intervention: do symptoms vary by level of nicotine dependence? *Addict Behav* 2009;34:1017
20. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, et al. initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob Control* 2000;9: 313
21. DiFranza JR, Swett M, Savageau J, et al. An evaluation of a clinical approach to staging tobacco addiction. *J Pediatr* 2011;159:999
22. O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med* 2003;25:219
23. Tobacco and genetics Consortium. Genome-wide meta-analyses identify multiple loci associated with smoking behavior. *Nat genet* 2010;42:441
24. Madden PA, Pedersen NL, Kaprio J, et al. The epidemiology and genetics of smoking initiation and persistence:crosscultural comparisons of twin study results. *Twin Res* 2004;7:82-97
25. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, et al. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006;31:52
26. Jee SH, Suh I, Kim IS, Appel LJ. Smoking and atherosclerotic cardiovascular disease in men with low levels of serum cholesterol: the Korea Medical insurance Corporation Study. *JAMA* 1999;282:2149
27. Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation* 2005;112: 489
28. Njolstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12 year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996;93:450
29. Qiao Q, Tervahauta M, Nissinen A, Ruomilehto J. Mortality from all causes and from coronary heart disease related to smoking and changes in smoking during a 35 year follow-up middle-aged Finnish men. *Eur Heart J* 2000;21:1621
30. Tofler GH, Muller JE, Stone PH, et al. comprassion of long term outcome after acute myocardial infarctionin patients never graduated from high school with that in more educatied patients. *Am J Cardiol* 1993;71:1031

31. Van Domburg RT, Meeter K, van Berkel DF, et al. Smoking cessation reduced mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *J Am Coll Cardiol* 2000;36:755
32. Hasdai D, Garratt KN, Grill DE, et al. Effect of smoking status on the long term outcome after successful percutaneous coronary revascularization. *N Engl J Med* 1997;336:878
33. Suskin N, Sheth T, Negassa A, Yusuf S. Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:1677
34. Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD003041
35. Tager IB, Speizer FE. Risk estimates for chronic bronchitis in smokers : a study of male – female differences . *American Rev Respir Dis.* 1976;113 (5: 619)
36. Xu X, Weiss ST, Rijcken B, Schouten JP. Smoking, changes in smoking habits, and rate of decline in FEV1: new insight into gender differences. *Eur Respir J.* 1994; 7(6):1056
37. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male British doctors. *Br Med J.* 1976; 2(6051): 1525
38. Van Durme YM, Verhamme KM, Stijnen T, et al. Prevalence, incidence, and lifetime risk for the development of COPD in the elderly: the Rotterdam study. *Chest* 2009; 135(2): 368
39. Lokke A, Lange P, Scharling H, et al. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. *Thorax.* 2006;61(11): 935
40. Tan WC, Lo C, Jong A, et al. Marijuana and COPD: A population – based study. *CMAJ.* 2009;180(8): 814
41. Willemsse BW, Postma DS, Timens W, et al. The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyper responsiveness and inflammation. *Eur Respir J* 2004;23: 464.
42. Kanner RE, Connett JE, Williams DE, Buist AS. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease : the Lung Health Study. *Am J Med* 1999; 106: 410.
43. Vineis P, Alavanja M, Buffler P, et al. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. *J Natl Cancer Ints* 2004; 96: 99

44. Jamel A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61:69
45. Jamel A, Thun MJ, Reis LA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *J Natl Cancer Inst* 2008;100:1672.
46. Adler L. Primary malignant growth of the lungs and bronchi, Longmans-Green, New York 1912.
47. DOLL R, HILL AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits; a preliminary report. *Br Med J* 1954; 1: 1451.
48. WYNDER EL, GRAHAM EA. Etiologic factors in bronchiogenic carcinoma with special reference to industrial exposures; report of eight hundred fifty—seven proved cases. *AMA Arch Ind Hyg Occup Med* 1951; 4: 221.
49. Denissenko MF, Pao A, Tang M, Pfeifer GP. Preferential formation of benzo(a)pyrene adducts at lung cancer mutational hotspots in P53. *Science* 1996; 274:430.
50. Smith LE, Denissenko MF, Bennett WP, et al. Targeting of lung cancer mutational hotspots by polycyclic aromatic hydrocarbons. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 803
51. Mattson ME, Pollack ES, Cullen JW. What are the odds that smoking will kill you? *Am J Public Health* 1987; 77:425.
52. Samet JM. Health benefits of smoking cessation. *Clin Chest Med* 1991; 12: 669.
53. Newcomb PA, Carbone PP. The health consequences of smoking. *Cancer. Med Clin North Am* 1992;76:305.
54. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis : systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ* 2010;340:b5569.
55. Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. Effect of smoking reduction of lung cancer risk. *JAMA* 2005; 294: 1505.
56. Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. *Arch Intern Med* 2004; 164: 2206.
57. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, et al. Active smoking and risk of type II diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2007; 298: 2654.
58. Cornuz J, Feskanich D, Willett WC, Colditz GA. Smoking, smoking cessation, and risk of hip fracture in women. *Am J Med* 1999; 106: 311.



59. Bernstein IM, Mongeon JA, Badger GJ, et al. Maternal smoking and its association with birth weight. *Obstet Gynecol* 2005;106(5 Pt 1):986
60. Parasher G, Eastwood GL. Smoking and peptic ulcer and the Helikobacter pylori era. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12: 843.
61. Fagerström K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs* 2002; 62 Suppl 2:1.
62. Tomar SL, Asma S. Smoking attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol* 2000; 71: 743.
63. Rigotti NA. Clinical practice. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002; 346: 506.
64. Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev* 2004; 5: 95.
65. Williamson DF, Madans J, Anda RF, et al. Smoking cessation and severity of weight gain, in a national cohort. *N Engl J Med* 1991; 324: 739.
66. Covey LS. Tobacco cessation among patients with depression. *Prim Care* 1999; 26: 691.
67. Bolam B, West R, Gunnell D. Does smoking cessation cause depression and anxiety? Findings from the ATTEMPT cohort. *Nicotine Tob Res* 2011; 13: 209.
68. Ussher M, West R, Steptoe A, McEwen A. Increase in common cold symptoms and mouth ulcers following smoking cessation. *Tob Control* 2003; 12: 86.
69. Tomar SL, Husten CG, Manley MW. Do dentists and physicians advise tobacco users to quit? *J Am Dent Assoc* 1996;127: 259.
70. Lancaster T, Stead L, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD000165.
71. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA* 2000;283:3244.
72. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med* 2009; 169:2148.
73. Ranney L, Melvin C, Lux L, et al. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Ann Intern* 2006; 145:845.

74. Lipkus IM, Barefoot JC, Williams RB, Siegler IC. Personality measures as predictor of smoking initiation and cessation in the UNC Alumni Heart Psychol 1994;13:149.
75. Fiore MC, Jean CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence :2008 update. Clinical practice guideline. Available at: [www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf) (Accessed on september 30, 2011).
76. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005; : CD001007.
77. Marcus BH, Albercht AE, King TK, et al. The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. Arch Intern Med 1999; 159: 1229.
78. Lancaster T, Stead IF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2002; CD001118.
79. Smith SS, MC Carthy DE, Japuntich SJ, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. Arch Intern Med 2009;169:2148.
80. Alper HR, Connolly GN, Biener L, A prospective cohort study challenging the effectiveness of population –based medical intervention for smoking cessation Tob Control 2013;22:32.
81. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. N Engl J Med 1996;335:1792.
82. Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. European Respiratory Society. Eur Respir J 1999;13:238.
83. Benowitz NL, Drug therapy. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction N Engl J Med 1988;319:1318.
84. Nicotrol NS Product information. In: Physician's Desk Reference 1998, Medical Economics, Montvale, NJ 1998
85. Fossati R, Apolone G, Negri E, et al. A double-blind, placebo-controlled, randomized trial of bupropion for smoking cessation in primary care. Arch Intern med 2007; 167:1791

86. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smoker with cardiovascular disease: a multicentre, randomized study. *Eur Heart J* 2003; 24:946
87. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, et al. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern med* 2005; 165:2286
88. Hays JT, Ebbert JO. Varenicline for tobacco dependence. *N Engl j Med* 2008;359:2018
89. Gonzales D, rennard SI, Nides M, et al. varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and plasebo for smoking cessation: randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296:47
90. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296:56
91. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. *Cochrane Dayabase Syst Rev* 2012; 4: CD006103
92. The smoking cessation aids varenicline (marketed as Chantix) and bupropion (marketed as Zyban and generics): suicidal ideation and behavior. *FDA Drug Safety Newslette* 2009;2:1
93. Svanström H, Pasternak B, Hviid A. Use of varenicline for smoking cessation and risk of serious cardiovascular events: nationwide cohort study. *BMJ* 2012; 345:e7176
94. Payne JP, Smith PO, McCracken LM, et al. Assesing nicotine dependence: a comparison of the Fagerström tolerance questionnaire (FTQ) with the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) in clinical sample. *Addic Behav* 1994; 19:307
95. Lee Jy, Kim MJ, Jun HJ, et al. Adherence to varenicline and abstinence rates Quitting smoking in a private health promotion center-based smoking cessation clinic. *Tuberc respire Dis* 2012;72:426-432
96. Fiore MC,Jaen CR, baker TB, et al. Clinical practice guidelines. Treating tobacco use and dependence 2008 uptade. US department of health and human service, May 2008

## EK-1 HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

### ADANA ÇUKUROVA DR.AŞKIM TÜFEKÇİ DEVLET HASTANESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih:	
Adı Soyadı:	
Doğum Yeri Ve Yılı:	
Cinsiyeti:	
Medeni Durumu:	
Eğitim Durumu:	
Meslek:	
Adres:	
Telefon:	

Başvuru: 1.Doktor önerisi 2.Kendi isteği ile 3.Diğer

- Sigarayı ilk kaç yaşında içtiniz?
- İlk kez kaç yaşında paket taşıdınız?
- Sigaraya başlama nedeniniz nedir?

Merak	Yasağa tepki	Kendini ispatlama	Otoriteye karşı gelme
Özenti	Stres ,üzüntü	Çevre baskısı	Diğer

- Sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişiklikler:

Değişmedi	Azaldı
Arttı	Aynıydı ..... yıldır arttı

- Şu anda içtiğiniz sigara miktarı nedir?
- Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

#### TIBBİ ÖYKÜ:

Tanı konulmuş hastalık var mı? 1.Evet 2.Hayır

Hipertansiyon	Depresyon	Madde bağımlılığı
Diabetes mellitus	Hassasiyet gerektiren meslek	Alkol bağımlılığı
Koroner arter hastalığı	Aktif veya geçirilmiş epilepsi	Psikoz
KOAH	Kafa travması	Majör depresyon
SVO	Intrakraniyal operasyon	Bipolar affektif bozukluk
Kanser	Aktif veya geçirilmiş karaciğer hastalığı	Şizofrenik bozukluk
Siroz	Diğer	Diğer

FAGERSTRÖM TESTİ	
1.Günde kaç sigara içiyorsunuz?	2.İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?
10 taneden az (0)	İlk 5 dakika içerisinde (3)
11-20 adet (1)	6-30 dakika içerisinde (2)
21-30 adet (2)	31-60 dakika içerisinde (1)
31 ve daha fazla (3)	1 saatten sonra (0)
3.Sigara içilmesi yasak olan yerlerde yasağa uymakta zorlanıyormusunuz?	4.En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?
Evet (1)	Sabah içilen ilk sigara (1)
Hayır (0)	Diğerleri (0)
5.Sigarayı günün ilk saatlerinde daha mı sık içiyorsunuz?	6.Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız yine de sigara içermisiniz?
Evet (1)	Evet (1)
Hayır (0)	Hayır (0)
Toplam FG:	Toplam Paket yılı:

EKG :

AKC.GRAFI:

BİYOKİMYA:

BIRAKMA DÖNEMİNDE GÖZLENEN SORUNLAR:

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

HASTANIN ADI SOYADI :

TEL:

BAŞVURU TARİHİ _ / _ / 201..	DR.NOTU:	FVC--- FEV1-- FEV1/FVC-- MEF25-75-- AĞIRLIK-- CO--	Sigara İçiyor Sigara İçmiyor İlaç Yan Etki  Yoksunluk semp.
1.İZLEM _ / _ / 201..	DR.NOTU:	FVC--- FEV1-- FEV1/FVC-- MEF25-75-- AĞIRLIK -- CO--	Sigara İçiyor Sigara İçmiyor İlaç Yan Etki  Yoksunluk semp.
2.İZLEM _ / _ / 201..	DR.NOTU:	FVC--- FEV1-- FEV1/FVC-- MEF25-75-- AĞIRLIK-- CO--	Sigara İçiyor Sigara İçmiyor İlaç Yan Etki  Yoksunluk semp.
3.İZLEM _ / _ / 201..	DR.NOTU:	FVC--- FEV1-- FEV1/FVC-- MEF25-75-- AĞIRLIK -- CO--	Sigara İçiyor Sigara İçmiyor İlaç Yan Etki  Yoksunluk semp.
4.İZLEM _ / _ / 201..	DR.NOTU:	FVC--- FEV1-- FEV1/FVC-- MEF25-75-- KİLO-- CO--	Sigara İçiyor Sigara İçmiyor İlaç Yan Etki  Yoksunluk semp.
5.İZLEM _ / _ / 201..	DR.NOTU:	FVC--- FEV1-- FEV1/FVC-- MEF25-75-- AĞIRLIK -- CO--	Sigara İçiyor Sigara İçmiyor İlaç Yan Etki  Yoksunluk semp.
6.İZLEM _ / _ / 201..	DR.NOTU:	FVC--- FEV1-- FEV1/FVC-- MEF25-75-- AĞIRLIK -- CO--	Sigara İçiyor Sigara İçmiyor İlaç Yan Etki  Yoksunluk semp.
7.İZLEM _ / _ / 2013	DR.NOTU:	FVC--- FEV1-- FEV1/FVC-- MEF25-75-- AĞIRLIK -- CO--	Sigara İçiyor Sigara İçmiyor İlaç Yan Etki  Yoksunluk semp.

## EK-2 ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
ÇUKUROVA DR. AŞKIM TÜFEKÇİ DEVLET HASTANESİ  
İnsan Kaynakları

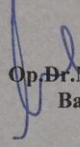
SAYI : B-10-4-ISM-4-01-72-45  
KONU: Tez Çalışması

06.04.2012 / 870

**Dr. Adviye ÖZER**  
Uzman Tabip

İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü'nün 04.04.2012 tarih 6490/374 sayılı yazısı ekindeki Valilik Makamının 03.04.2012 tarih 6202/345 sayılı Olurunda; "2010 ve 2011 yılları Hastaların Sigarayı Bırakma Durumları ve Buna Etki Eden Faktörler" konulu tez çalışmasını hastanemizde uygulama talebinizin uygun görüldüğü bildirilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

  
**Op.Dr. Musa İNAL**  
Baştabip

## EK -3 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ADANA DR AŞKIM TÜFEKÇİ DEVLET  
HASTANESİ SİGARA BIRAKTIRMA TEDAVİSİ  
DESTEK PROGRAMI

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı,

Sigara bırakmanız için size önerilen tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tedavi yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra tedaviye rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili konularda sizi karara daha bilinçli olarak ortak etmektir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirilmeyi reddedebilirsiniz.

1.Zyban (bupropion): Bu ilaç sigara bırakma sürecinde yaşanan yoksunluk sendromu belirtilerini ve dolayısı ile sigara içme isteğini azaltır. Uykusuzluk, bulantı, titreme ve ağız kuruluğu gibi yan etkileri olan bu ilacı epilepsi hastaları, kontrolsüz hipertansiyonu olanlar, daha önce şüphecilik ve benzeri anormal düşünceler ya da hayal görme/ duyma ile seyreden ciddi psikiatrik hastalığı olanlar (örneğin sanrısız bozukluk, şizofreni vb.) tanısı almış olanlar ve 18 yaşından küçükler kullanmamalıdır.

2.Champix (vareniklin): En sık bulantı, kabızlık, iştah değişikliği, anormal rüya görme gibi yan etkileri görünen bu ilacı ağır depresyondaki hastalar, ağır böbrek yetmezliği olan hastaların kullanması sakıncalıdır. Daha önce kendisi ya da ailesinde depresyon hikayesi, bipolar hastalık (depresyon ve mani nöbetleri) panic bozukluk, şüphecilik gibi anormal düşünce ya da hayal görme/duyma gibi belirtilerle seyreden ciddi psikiatrik hastalık geçirmiş olanlar, intihar düşünce ya da girişimi olanlar ya da daha önce benzer şikayetleri bulunmadığı halde ilaca başladıktan sonra bu belirtileri gösterenler ile 18 yaşından küçükler kullanmamalıdır

Bu yan etkilerin ayrıntılı olarak açıklanmasının sebebi tedavinizi daha bilinçli olarak almanız ve herhangi bir anormallik hissettiğinizde doktorunuzla bağlantı kurabilmenizdir.

Bilgi veren doktor

Adı Soyadı:

...../...../201..

Sigara bırakma tedavileri ile ilgili ayrıntılı bilgi aldım. Sorularımı doktorumla tartışma fırsatı buldum. Uygulanan tedavinin seçiminde yer aldım ve bu tedaviyi Kabul ediyorum.

Tedaviyi alan

Adı Soyadı

...../...../201..



EK-4

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

	Adviye	Soyadı :	Özer
Doğ.Yeri	Gördes	Doğ.Tar.	1967
Uyruğu	TC	Tel :	5052551799
Email :	adviyeozer@yahoo.com		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüls.Lis.	Ondokuz Mayıs Üniv. Göğüs Hastalıkları AD.	1997
Lisans	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	1990
Lise	Demirci Lisesi	1984

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Uzman Dr.	Çukurova Devlet Hastanesi	1999-
Uzman Dr.	Samsun Göğüs Hast. Hastanesi	1997-1999
Araştırma Görevlisi	Ondokuz Mayıs Üniv. Göğüs Hast.	1992-1997

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma *	Yazma*	KPDS/ ÜDS YDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	orta	zayıf	68.75	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf, - olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı (2012)			
(Diğer) Puanı	56,36	59,19	76,59

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	iyi

