



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİMİZDE BAŞARI ORANLARI VE BAŞARIDA
ETKİLİ FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Luai AHMAD BULAT

Ankara, 2016

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, yardımlarını esirgemeyen asistanlarına aile hekimliğini sevdiren Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Doç.Dr. Mehmet UĞURLU ve Aile Hekimliği Kliniği eğitim sorumlusu Sayın Doç.Dr. Yusuf ÜSTÜ'ye,

Tezimin danışmanlığını üstlenerek değerli vaktini ayıran akademik bilgi ve tecrübesiyle uzmanlık eğitimime büyük katkıları olan Sayın Yrd.Doç.Dr. Furkan DAĞCIOĞLU'na,

Asistanlık eğitimimin her aşamasında bana yol gösteren değerli katkıları olan Sayın Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY, Sayın Uzm.Dr.Aylin BAYDAR ARTANTAŞ, Sayın Yrd.Doç.Dr. Tuncer KILIÇ, Sayın Yrd.Doç.Dr. Ahmet KESKİN'e, Rotasyon eğitimi aldığım Anabilim Dallarında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tüm Hocalarıma ve birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve tüm sağlık personeline,

Asistanlık sürecimde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm Aile Hekimliği Asistanı arkadaşlarıma,

Sevgileri ve destekleri ile her an yanımda olan değerli eşime ve çocuğuma,

Bugünlere gelmemde şüphesiz en büyük pay sahibi olan ve hiçbir desteğini esirgemeyen canım anneme, babama ve kardeşlerime,

Sonsuz sevgi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Luai AHMAD BULAT
Ankara, 2016

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışma, sigarayı bırakmak için polikliniğimize başvuran hastalardan seçilen örneklem grubunda sigara kullanımını bırakan ve bırakamayan hastaların demografik ve sosyokültürel özelliklerini karşılaştırmayı ve sigara bırakmayı etkileyen faktörleri, kullanılan tedavi yöntemlerinin başarı oranlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Toplam 595 hasta çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik özellikleri, sigara içme davranışları, Fagerstrom nikotin bağımlılık test puanı eşlik eden medikal ya da psikiyatrik hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Olguların 1.yıl sonundaki tedavi sonuçları değerlendirildi. Sigara bağımlılığının tedavisinde uygulanan tedavi yöntemlerinin etkinlik ve yan etkileri, bırakan ve bırakamayan bireylerde cinsiyet, meslek, eğitim, ek hastalık, aile anamnezi, evde sigara içilmesi, sigara içme süresi ve başlama yaşı, günlük sigara sayısı, başvuru nedeni, sigarayı bırakmak isteme nedeni, daha önce sigarayı bırakma deneme durumları kaydedildi. İstatistiksel analiz Statistical Package for Social Sciences Version 20.0 (SPSS-20.0) programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Değerlendirilen 595 hastanın 411'i (%69,1) erkek, 184'ü (%30,9) kadındı. Sigaraya başlama Yaş ortalaması 16,8 yıl bulundu. Olguların altı aylık izlem sonunda 65'inin (%10.9) sigarayı bıraktığı görüldü. Sigarayı bırakmış olanlar ve bırakamamış olanlar arasında cinsiyet, yaş, çalışma durumu, öğrenim durumu ,medeni durum ve ek hastalık varlığı açısından fark izlenmedi. Evde başka sigara içen birinin bulunmasının sigara bırakma üzerine anlamlı etkisi izlenmedi. Her iki grupta da vareniklin ile birlikte davranışsal tedavi en sık uygulanan yöntemdi. Kullanılan farmakolojik yöntemler arasında anlamlı fark izlenmedi. Ancak vareniklin ile birlikte davranışsal tedavi grubunda en yüksek bırakma oranı (%53.8) izlendi.

Sonuç: Çalışmamızda sigara bırakma oranı %10,9 olarak saptandı. Farklı tedavi yöntemlerinin etkinliği benzerdi. Mevcut tedavi yaklaşımları ile sigara bırakma oranının istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Sigara bırakma tedavisinde kullanılacak yeni tedavi seçenekleri geliştirilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

ABSTRACT

Introduction and Aim:The aim of the study was to compare demographic and sociocultural properties of patients who quit smoking and those who could not, among patients who admitted to our Smoking Cessation Clinic . Also the other aim of this study was to evaluate the factors that affects smoking cessation and the success rate of methods used for smoking cessation.

Materials and Methods: 595 patients were enrolled to the study. The demographic properties, smoking habits, score of Fagerstrom nicotine test, co-morbidities of the participants and the drugs which they were using were recorded. The results of the treatment at the end of the six months were evaluated. The following data were recorded for each patient: The treatment methods and their effectiveness to quit smoking, gender, occupation, the status of education, co-morbidity, family history, someone smoking at home, duration of smoking and the age of starting smoking, number of cigarette per day, the cause of admission to the clinic, the status of previous trial to quit smoking. The Statistical Package for Social Sciences Version 20.0 was used to make statistical analysis of the data.

Findings: 411 (69.1%) of the patients were male and rest of them were female. Sixty five (10.9%) patients had been quit smoking at the end of 6 months. Gender, age, occupational status, marital situation and having co-morbidity did not differ between the patients who had been quit smoking and those who had not. Varenicline was the most frequently used method in both of the groups. There was no statistically significant difference between methods of treatment. The highest rate of quit smoking was found in Varenicline and life style modification treatment group (53.3%).

Conclusion: The rate of quitting smoking was 10.9% in our study. The efficiency of all treatment methods was similar. Despite pharmacotherapies that are already being used, the rate of quitting smoking is still low. Further studies are necessary to develop new drugs used in quitting smoking.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	vii
ŞEKİL DİZİNİ.....	viii
1.	
GİRİŞ.....	110
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. SigaranınTarihçesi.....	12
2.2.SigaraEpidemiyolojisi.....	12
2.3.Sigaranın SağlığaEtkisi.....	15
2.4. Pasif Sigara Dumanı.....	20
2.5. Tütün Kontrol Programları	
Error! Bookmark not defined.	
2.6. Sigara Bağımlılığı ve Nedenleri.....	
Error! Bookmark not defined.	
2.6.1. Nikotin bağımlılığı.....	
Error! Bookmark not defined.	
2.7.Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım.....	
Error! Bookmark not defined.	
2.7.1.ilâç Dışı Tedaviler.....	
Error! Bookmark not defined.	
2.7.2. ilâç Tedavileri.....	33
2.7.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi.....	33

2.7.2.2 Bupropion.....	35
2.7.2.3 Vareniklin.....	36
2.8. Sigara Bıraktırma Polikliniklerinde Hastaya Yaklaşım.....	37
3. MATERYAL VE METOT	38
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri.....	38
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	39
3.4. Araştırmada Kullanılan Tanımlamalar.....	40
3.5. Verilerin Analizi.....	41
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER.....	67
EK-1. Etik Kurul Onayı.....	67
9. ÖZGEÇMİŞ	69

KISALTMALAR

AB	:Avrupa Birliği
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
CO	:Karbon Monoksit
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
FDA	:Food and Drug Administration; Gıda ve İlaç İdaresi
KOAH	:Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
NRT	:Nikotin Replasman Tedavisi
SGK	:Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences

TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1 Sigarada bulunan bazı maddeler.....	15
Tablo 2.2 Fagerström Nikotin bağımlılık testi.....	27
Tablo 4.1 Düzenli izlenen grubun sosyodemografik özellikleri.....	42
Tablo 4.2 Sigara başlama yaşının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi	42
Tablo 4.3 Fagerström nikotin bağımlılık testi sonuçlarına göre olguların dağılımı Error! Bookmark not defined.	43
Tablo 4.4 İzlenen grubun çalışma durumu.....	44
Tablo 4.5 İzlenen ve izlenmeyen grupların kararlılık düzeyi açısından karşılaştırılması	46
Tablo 4.6 Fagerström bağımlılık düzeyi ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişki ...	46
Tablo 4.7 Nikotin bağımlılık düzeyi ile sigaraya başlama yaşı arasındaki ilişki	47
Tablo 4.8 Nikotin bağımlılık düzeyi ile yaş arasındaki ilişki.....	47
Tablo 4.9 Nikotin bağımlılık düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişki.....	48
Tablo 4.10 Sosyodemografik özelliklerin sigara bırakmaya etkisi	49
Tablo 4.11 Olguların sigara kullanım özellikleri sigara bırakmaya etkisi	50
Tablo 4.12 Evde başka sigara içen varlığı, ek hastalık varlığı, daha önce bırakmayı denemiş olma durumu ile sigara bırakma durumunun değerlendirilmesi	51
Tablo 4.13 Kullanılan tedavi yöntemi ile bırakma durumunun değerlendirilmesi	52
Tablo 4.14 Farmakolojik ile non-farmakolojik yöntemleri ile bırakma durumunun değerlendirilmesi.....	52

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Birinci basamakta tütün kullanımı ve bağımlılığı için tedavi modeli	30
Şekil 2. Sigara bırakma sürecinde değişim döngüsünün aşamaları.....	32
Şekil 3. Sigara ve Nikotin nazal spreylelerin venöz kanda ulaştıkları nikotin düzeyleri...35	
Şekil 4. Sigaraya başlama yaş gruplaması.....	43
Şekil 5. Tütün ürününden kurtulma kararlılık düzeyi.....	44
Şekil 6. İzlenen grubun cinsiyet dağılımı.....	44
Şekil 7. Düzenli izlenen gruptaki hastaların eşlik eden hastalıklarının dağılımı.....	45

1.GİRİŞ

“Tüttürmek, emmek, çiğnemek veya buruna çekerek kullanmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamı ya da bir kısmıtütün yaprağından imal edilmiş mamüller” tütün ürünü olarak tanımlanmaktadır. Dünyanın değişik bölgelerinde ve Türkiye’de en sık kullanılan tütün ürünleri sigara, nargile, pipo, puro, bidi, snuf, snus,kreteks, guthka, sarma tütün ve çiğneme tütünüdür. Bu tütün ürünlerinin yapımında patlıcangiller (solanaceae) familyasının “nicotiana” cinsi içerisinde yer alan “nicotiana tabacum” ve “nicotiana rustica” türü bitki yaprakları kullanılır (1)

Sigara, dünya üzerindeki en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Günümüzde her on erişkinden birinin ölümüne neden olan tütün bağımlılığı, dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur.Dünyada sigara içen sayısı 1,1 milyar kişidir. Bu sayı dünyanın 15 yaş üstü dünya nüfusunun yaklaşık 1/3’ünü teşkil etmektedir. Bunların % 80’i gelişmekte olan ülkelerde yer almaktadır (2). Dünyada en yoğun sigara içilen ülkeler arasında Türkiye de yer almaktadır. Türkiye’de sigara içme sıklığı % 31,2 olarak tespit edilmiştir. Bu oran erkeklerde % 63,kadınlarda ise % 24’tür (3).

Sigara, toplumlar tarafından uzun yıllar zevk verici bir madde olarak kullanılmış, ancak zararlarının anlaşılmaya başlaması ile birlikte birçok tartışmaya ve bilimselaraştırmaya da tetikleyici etki yapmıştır. Stanhope ve arkadaşları, tütün kullanımınınzararlı olduğu görüşünü resmi olarak ilk kez Amerika Birleşik Devletleri’nde 1964 yılındayayınlanan Surgeon General raporunda açıklamışlardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)verilerine göre her yıl 4 milyon kişi sigaraya bağlı hastalıklardan dolayı hayatını yitirmektedir; 2030 yılında bu rakamın 10 milyona ulaşacağı düşünülüyor ve 2020’lerde sigaraya bağlı ölümlerin %70’inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı düşünülmektedir (2).Sigara tüketimi gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam ederken, gelişmiş ülkelerde giderek azalmaktadır (4)

Sigaranın yaptığı tahribatı göz önünde bulundurursak hem devletlerin hem de insanların bütçelerine önemli bir yük oluşturmaktadır. Ayrıca sigaranın içindeki çok sayıda zararlı maddelere ve bunların etkisine baktığımızda insan organizmasına ne derecede zararlı olabileceği görülmektedir. Sigara içme oranlarının bugünkü seviyelerde

devametmesi durumunda önümüzdeki 30 yıl içinde sigara nedenli ölümlerin; kazanılmış immünyetmezlik sendromu (AIDS), tüberküloz, trafik kazaları, anne ölümleri, intihar vecinayetlerin toplamından daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (5).

Sigaraya başlayanlar bırakmak istediklerinde ise zorlanmakta ve bazı güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Bu güçlükler (6);

- Yoksunluk belirtileri
- Başarısızlık korkusu
- Kilo alımı
- Destek yoksunluğu
- Tütünden alınan keyfin kaybedilmesi şeklinde sıralanabilir.

Bütün bu güçlüklerle rağmen sigarayı bırakmayı başarabilenlerin sosyodemografik özelliklerini, sigaraya başlamada ve sigarayı bırakmada rol alan faktörler ile bırakmadan önceki Fargeström nikotin bağımlılık testi skorunu irdelemeyi amaçladık. Bu araştırmanın sigarayla mücadelede sigarayı bırakmak isteyenlere, bu mücadelede aktif rol alacak olan hekimlere ve sigara ile mücadelede rol alacak diğer kişilere yardımcı olacağını ümit etmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigaranın Tarihçesi

Tütün içme alışkanlığı, 1492'de Kristof Kolomb Amerika'yı keşfettiğinde, yerlilerden öğrenilmiş daha sonra kısa zamanda yaygınlaşmıştır. Tütünün kâğıda sarılarak 20.yy'ın başlarında üretilmeye başlanması bu yayılmayı hızlandırmıştır. İlk başta üretilen sigaranın çok ucuz satılması bu yayılmayı hızlandırmıştır. Sigaranın zararları ancak 2.Dünya Savaşı'ndan sonra görülmeye başlanmıştır. Tütün Avrupa'ya özellikle Portekiz'e 1560 yılında denizciler tarafından getirilmiştir. Tütün Portekiz'de Fransabüyükelçisi olan Jean Nicot tarafından Paris'e taşınarak kraliçeye takdim edilmiş ve saray bahçesine dikilmesi sağlanmıştır. Tütünün içindeki en önemli zehirli madde olan nikotin, elçinin isminden gelmektedir. Tütün keyif verici özelliğinin yanı sıra büyük yangınlara sebep olması ve kötü kokusu sebebiyle kralların, dinadamlarının tepkisine neden olmuş ve o zaman yasaklar konmuştur. Sigara ile akciğer kanseri arasında ilişkisi 1939 yılında Birleşik Amerikalı Ochsner tarafından ortaya atıldı. ABD Sağlık Bakanlığı 1964 yılında sigaranın erkeklerde akciğer kanseri yaptığını ilan etti(7).

Tütün ilk kez 17.yy.'da Venedikli ve Cenovalı denizciler tarafından İstanbul limanına getirilmiş ve Osmanlı halkı tarafından da kullanılmaya başlanılmıştır. Bir dönem tütün içenlerin sebep olduğu büyük yangınlar sebebiyle IV. Murat ölüm cezasına kadar varan ağır yasaklamalar getirmiştir, ancak devleti yönetenlerin bile tütün alışkanlığına tutulmuş olması, bu tip yaptırımların uygulanmasını engellemiştir. Osmanlı'da ilk kez Batı Trakya'da bulunan Yenice, İskeçe ve Kavala kentlerinde tütün üretimi yapılmıştır. Kurtuluş savaşından kısa bir süre sonra ülkemizde 1924'te "Ulusal Tekel" kurulmuştur(7).

2.2. Sigara Epidemiyolojisi

Sigara içme sıklığı, eğitim, sosyoekonomik durum, yaşanan bölge, ırk gibi faktörlere bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16' olarak tespit edilmiştir. Dünyada her gün 80.000-100.000 gencin

tütünbağımlısı olduğu bildirilmektedir (8).Sigara tüm toplumların için önemli bir sağlık sorunu olup, 15 yaş üzerindeki insanların 1,2 milyarı tarafından kullanılmakta ve bunların %80'i gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır (9).Erkeklerde içicilik, gelişmiş ülkelerde %35, gelişmekte olan ülkelerde %50, kadınlarda içicilik ise gelişmiş ülkelerde %24, gelişmekte olan ülkelerde %7 düzeyindedir (10). DSÖ'ye göre her yıl 4 milyon insan sigaraya bağlı olarak hayatını kaybetmektedir (11).2030'lu yıllara ulaşıldığında bu rakamın 10 milyona ulaşılması ve 2020'li yıllarda sigaraya bağlı ölümlerin %70'inin gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir (2).Dünyada sigaranın her 8 saniyede bir kişinin ölümüne neden olduğu tahmin edilmektedir (5).Bu durum az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde daha belirgindir; çünkü gelişmiş ülkelerde sigara içimi azalırken, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde sigara içimi artmaktadır. Dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun %45'inin ciddi boyutlarda sigara kullandığı varsayılmaktadır (11).Günümüzde sigara kullanan erişkinlerin%80' inden fazlası 18 yaşından önce sigaraya başlamaktadır (12). Yasal düzenlemelerle kişilerin sağlıklarının iyi korunduğu ülkelerde sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkileri iyi bilinmekte,genel olarak sağlıklı ve yaşam koşulları iyi olan kişiler,sağlığına önem vermekteve sigara içme sıklıkları da düşük olmaktadır.

Tüm dünyadaki tütünün 1/3'ü Çin'de tüketilmektedir (13).Sigara dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir sağlık problemidir. Ülkemizde ise ulusal çalışma pek olmamakla birlikte yapılan çalışmalarda yetişkin nüfusun büyük kısmı sigara içmektedir, 1988 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı Raporuna göre, sigara içme oranları 15 yaş üzeri erkeklerde %62,8, kadınlarda ise %43,6 olarak tespit edilmiştir (14).2002 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre, ülkemizde 20 yaş üzeri nüfusun, erkeklerde %50,9, kadınlarda %10,9'undasiğara içiciliği saptanmıştır (15).DSÖ 2006 yılı verilerine göre Türkiye'de 18 yaş ve üstündekilerde sigara içme oranı %33,4 iken, bu oran kadınlarda %16,6, erkeklerde %50,6'yı bulmaktadır. Ülkemizde gençlerde yapılan prevalans çalışmalarında ortaokul ve lise öğrencilerinde %10-43, üniversite öğrencilerinde %21,2-48,2 içicilik saptanmıştır (16).Ülkemizde yapılan bölgesel çalışmalarda ise değişik sigara içme oranları saptanmıştır. Doğu Karadeniz'de yapılan bir sigara prevalans çalışmasında günde en az bir sigara içmekadınlarda %18,3, erkeklerde %50,7 bulunmuş, kadınların

%69,7'si, erkeklerin ise %27,9'u yaşamlarında hiç sigara içmediklerini belirtmiştir (17).Her yıl sigara içenlerin %70'i bırakmayı düşünmekte, 1/3'ü de bırakmayı denemektedirler. Fakat kendi başına bırakmayı deneyenlerin %98'i sonraki bir yıl içinde sigara içmeyeyeniden başlamaktadır (5).Sigara içicilerinin %80'inden fazlasının 18 yaşından öncesigaraya başladığı belirtilmektedir (12).1999'da yapılan bir araştırmada, gelişmiş ülkelerde yaşları 13-15 olan gençlerde sigara içme oranının %10-33 olduğu tespit edilmiştir (18).1990 yılından itibaren Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan TEKHARF çalışmasına göre, erişkin erkeklerin %59,4'ü, kadınların ise %18,9'u sigara içmektedir. 2000 yılında yapılan taramalarda erkeklerde sigara içme prevalansı %11 oranında azalmışken özellikle genç kadınlarda bu oran artmış olduğu tespit edilmiştir (19,20).Küresel Gençlik Tütün Araştırması Türkiye'de 2003 yılında ilköğretim 7-8 ile lise hazırlık ve 1. sınıfında okuyan 61 ilden toplam 15.957 öğrenciye sigara içme ve maruziyet sıklığı ile ilgili bir anket uygulamıştır. Öğrencilerin yaklaşık üçte biri (%29,3) en az bir kez sigara içmeyi denemiş, %9,1'i halen sigara içmekte, %90'ı ise evde çevresel tütün dumanına maruz kaldıklarını belirtmiştir. Yapılan değişik çalışmalara göre, Türkiye genelinde üniversite öğrencileri arasında sigara içme oranı %23-48 arasında iken, lise öğrencilerinde %20, 13-15 yaş grubundaki ilköğretim öğrencilerinde ise %9'dur (21).2004 yılındaki Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkinlik Çalışmasına göre, 18 yaş üstü nüfusun %32'si her gün bir tütün ürünü kullanmaktadır, 18-24 yaş grubu nüfusun ise düzenli tütün ürünü kullanım oranı %32'dir.

Dünya Sağlık Örgütü, 21. yüzyılda herkes için sağlık kapsamında "Sağlık 21" sloganı ile tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddeleri 12. hedef olarak ele almıştır. 2015 yılına kadarüye ülkelerin tümünde tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddelerin sağlık üzerindeki negatif etkilerinin azaltılması hedeflenmiştir. Öncelikle tüm ülkelerde sigara içmeyenlerin oranının, on beş yaş üzerinde en az %80, on beş yaş altında % 100'e yakın olmasının gerekliliği ifade edilmiştir. İnsanların bu yüzyıl içerisinde sağlık durumunun düzeltilmesi için yapabilecek en büyük gelişme, sigara içme yaygınlığının toplumda azaltılmasıdır. Kontrol programlarındaki gecikme her yıl bir milyon gencin sigarayla tanışmasına, dört yüz binden fazla erişkinin erken yaşta hayatını kaybetmesine sebep olmaktadır (13).DSÖ; 1988 yılında 31 Mayıs'ı "Dünya Sigarasız Günü-Sigara İçmeme Günü" olarak belirleyerek, yıl boyunca bütün ülkelerde DSÖ'nün her yıl belirlemiş olduğu slogan çerçevesinde çalışmalar yapılmasını önermiştir.

2.3.Sigaranın Sağlığa Etkisi

Hava kirliliğine neden olan maddeler arasında en yüksek hastalık prevalansına sahip olan tütün içimidir. Sigara içmeyenlerin soludukları dumanında zararlı olduğunugösteren kanıtlar var. Ana akım dumanın %92-95'i gaz fazındadır ve 1 ml'de 0,3-3,3 milyar parçacık içerir, ortalama parçacık çapı 0,2-0,5 mm ve solunabilir düzeydedir (22).Sigara dumanı içinde bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4.000'den fazla madde bulunmaktadır. Bu maddelerden bazıları Tablo 1'de belirtilmiştir (23).

Tablo 2.1 Sigarada bulunan bazı maddeler

Tanecik halinde bulunanlar	Gaz halinde bulunanlar
Aromatik hidrokarbonlar	Karbonmonoksit
Nikotin	Hidrosiyanik asit
Fenol	Asetaldehid
Krezol	Akrolein
Beta-naftalin	Amonyak
N-Nitrozonornikotin	Formaldehit
Benzopiren	Nitrojen oksitler
Metaller (Nikel, Arsenik, Polonium 201)	Nitrozaminler
İndol	Hidrazin
Karbazol	Vinil klorür
Kateşol	

Tütün dumanında bulunan ve potansiyel olarak zararlı kabul edilen bazı kimyasallar ve neden olduğu hastalıklar (24);

- Katran, Polisiklik hidrokarbonlar, Benzopiren → karsinogenez

- Nikotin → depresyon, tümör promosyonu
- CO → oksijen taşınımı ve kullanımının bozulması
- Formaldehit, Azot oksitleri → siliyalara toksik ve iritan
- Nitrozamin → karsinogenez

Sigara dumanındaki ajanlar, trakeobronşiyal mukozada direkt iritan etki ile inflamasyon ve mukus üretimi artışına neden olmaktadır. Sigara dumanında bulunan serbest radikal türler ve diğer oksidanlar elastaz inhibitörlerini inhibe ederek ve doğrudan toksik etkiler indükleyerek durumu daha da kötüleştirirler, bu nedenle sigara kullanımı, akciğerlerde korumak için bulunan aktif antielastaz miktarını azaltır ve elastaz-antielastaz dengesini daha da kötüleştirir. Sigara alt solunum yollarında birçok patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Bunlar epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyettir (25). Sigara içimi, akciğerde lökosit infiltrasyonu, lokal olarak da elastaz üretiminde artışla akciğer dokusunda zedelenme yapar ve sonuçta amfizeme neden olur. Sigaranın içindeki CO, N₂O ve SO₂ gazları siliyalar üzerinde doğrudan toksik etki göstermektedir. Siliya işlevinin bozulması ve mukus salgısının artışı, bakteriyel bağlanma artışına yol açar. Sigara ayrıca mukosilyer ve surfaktan etkinliğini ve makrofajların bakterisidal ve fagositer etkilerini bloke ederek hem parankimal hem de işlevsel bozukluğa neden olur. Sigaraya bağlı zararlar ortalama 20 yıl sonra ortaya çıkmaktadır, hastalıkların çoğu 35 yaş sonrası ortaya çıkmaktadır (26).

Tütün, tüm kanserlerin üçte birinden sorumludur. Akciğer, larinks, orofarinks, özofagus, mide, pankreas, böbrek ve üreter, kolon, serviks ve mesane kanserine ve akut myeloid lösemiye sebep olur. Akciğer kanseri, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de kanserden ölümlerde birinci sırada yer almaktadır. Akciğer kanserlerinin nedeni %90 sıklıkla sigaradır. Sigara içmeyenlere göre akciğer kanserinden ölme riski sigara içen erkeklerde 23, kadınlarda ise 13 kat daha yüksektir(2). Akciğer bronşiyal epitelyumundan gelişen bronkojenik kanserlerin %85’i sigara kullanımı ile ilişkilidir. Bu olumsuz sigara sonuçları sigaranın içim süresi ve dozu ile yakından ilişkilidir. Sigarada bulunan katran içerdiği karsinogen maddeler sebebiyle akciğer kanseri

gelişimine sebep olan en önemli etkidir. Benzer olarak nikotin de karsinogenez basamaklarında rol almakta ve akciğer kanserine sebep olan tütüne-özel nitrozamine dönüşmektedir (35).1965'den 1991'e kadar kişi başı sigara tüketimi artarken aynı dönemde akciğer kanserinin göreceli mortalitesinin de her iki cinsiyette arttığını göstermiştir. Yalnızca iki yerli marka sigaranın katran miktarının Avrupa Birliği tarafından müsaade edilen 12 mg'dan daha az olduğunu, ithal edilen sigaraların ise ancak yarısının bu standardı karşılayabildiğini; ithal edilen altı sigaradan dördünün İngiltere'de satılan aynı marka sigaralarla karşılaştırıldığında yüksek oranda katran ve karbon monoksit ihtiva ettiğini ve yüksek oranda katran ve karbon monoksit ihtiva eden sigaraların uzun süreli içiminin akciğer kanserindeki artmış mortaliteye katkısı olabileceğini, bu nedenle bu konuda acil önlemler alınması ve yerli ve ithal sigaraların standardizasyonunun gerektiğini belirtmiştir (36).

Sigara tüm akciğer kanseri tipleriyle ilişkiliyse de bu ilişki skuamoz hücreli kanser ve küçük hücreli kanserde daha kuvvetlidir. Sigara içme prevalansındaki azalmayla birlikte filtreli ve düşük katranlı sigaraların tüketilmeye başlanmasının 1990'lardaki skuamoz hücreli kanser insidansındaki düşüşe karşılık adenokarsinomlardaki artışa sebep olduğu düşünülmektedir. Filtreler, ana havayolunda büyük partiküllerin depolanmasını engellemekte fakat küçük partiküllerin adenokarsinomun daha çok görüldüğü uç kısımlara ulaşmasını arttırmaktadır. Ayrıca düşük katranlı sigaralar içenlerin nikotin ihtiyaçlarını karşılayabilmek için daha sık ve daha derine çekerek içmelerine sebep olduklarından adenokarsinom sıklığını arttırmaktadır (37).

Sigara içmek serviks kanseri için HPV enfeksiyonundan sonra gelen ikinci risk faktörüdür ve HPV-serviks kanseri ilişkisinde etki değişimine neden olur. Sigara içmek serviks kanseri riskini HPV pozitif kadınlarda 2-3 kat artırır. Pasif içicilikte de risk artmaktadır (38).Sigara içmek oral kanser riskini 5-9 kat artırır. Oral kanserler A.B.D.'de tüm kanserlerin yaklaşık %2'sini oluşturur, fakat bu kanserlerin %80'i sigara içenlerde görülür (39). Sigara kullanımı mesane kanserinin en önemli risk faktörüdür. Mesane kanseri nikotin metabolitlerinin idrar yoluyla atılması nedeniyle sigara içenlerde daha sık görülür. İçilen sigara miktarı ve içme süresi arttıkça risk artmaktadır. Pasif etkilenim ile mesane kanseri ilişkisi konusunda veriler kısıtlıdır fakat sigara dumanının artmış riske neden olacağını düşündürmemektedir (40).

Sigara, ateroskleroz, miyokard infarktüsü, inme, peptik ülser etyolojisinde de yer almaktadır (24).Tütün içenlerde peptik ülser riski ve pankreas kanseri riski 2 kat artmaktadır . Sigara yara iyileşmesini ve kırık iyileşmesini geciktirir .Sigara içen kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (27).

Sigara içimi kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) için temel risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır. En az 2 yıl arka arkaya 3'er ay süreyle devam eden öksürük, balgam çıkarma ve dispne ile karakterize bir hastalık olan kronik bronşit ile terminal bronşiyollerin distalindeki bölümlerin genişleyip alveol duvarının fibrozis olmaksızın hasarlanması anlamına gelen amfizemin birlikteliği; KOAH olarak bilinir ve tüm dünyada mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindedir. Kronik bronşit ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının etyolojisinde en sık neden sigaradır (28).Özellikle 35 yaş üstü erkeklerde görülen Buerger hastalığının (tromboanjitis obliterans) ayrıca osteoporozun etyolojisinde de sigara bulunmaktadır . Atravmatik osteonekrozun etyolojik faktörleri arasında sigara da sayılmaktadır(29).

Sigara içicilerinde miyokard enfarktüs ve koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha yüksek olduğunu birçok prospektif çalışmada ortaya koyulmuştur. Sigara KAH insidansı 2-4 kat artırırken KAH'dan ölüm riski,bir günde içilen sigara, sigaraya başlama yaşı, inhalasyon derinliğive sigara içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Sigara ayrıca, KAH'nındiyabet vehiperkolesterolemi gibi diğer risk faktörlerini de önemli ölçüde etkilemektedir(30).Sigara akut olarak oksijen gereksinimini arttırarak ya da kan arzını azaltma yolu ile oksijen sunumunu azaltarak miyokard iskemisine yol açıp ve bu değişiklikler koroner arter spazmı ve/veya platelet agregasyonu ve adhezyonu ile sonuçlanabilir (31).Yaşlı kişilerde mutlak kardiyovasküler risklerin daha yüksek olması sebebiyle, sigaranın yaşamın geç döneminde bile bırakılmasının yararları, önemli boyutlarda ortaya çıkabilir . Sigara sağ ve sol kardiyak ventrikül işlevlerini bozarak kalp yetmezliğini provoke etmektedir (32).Pasif içiciliğin kısa dönemdeki etkisi karboksihemoglobin veya tromboz üzerinden olmaktadır, uzun süreli etkisi endotel hasarı ve plak gelişimi ile olmaktadır. Sigara kullanımının bırakılmasıyla, koroner kalp

hastalığından ölüm oranı düşer, sonuçta da hayatbeklentisi olumlu etkilenir. Kalp krizi geçirip sonrasında sigara kullanmanın bırakılmasıyla kalp krizin tekrarlanma olasılığının azaldığı ve birçok çalışmada sigara bırakmanın kalp krizini azalttığını gösterilmiş (33).

Sigara içen kadınların, içmeyenlere göre kısırlık riski daha yüksektir ve içmeyenlere göre daha geç gebe kalmaktadırlar. Bununla birlikte prenatal sigaraya maruz kalan infantlarda birçok majör doğumsal defektin ortaya çıktığı bilinmektedir. Sigara içen kadınların amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz riskleri daha yüksektir. Bu kadınlarda erken menopozun ortaya çıkması ortalama olarak 1-2 yıl daha önce olmaktadır (31). Sigara içen annelerin prematüre, düşük ağırlıklı bebek ve erken doğum ihtimalleri daha yüksektir. Ayrıca sigara içen kadınlarda ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski daha yüksektir. Yine sigara içen annelerin bebeklerini yeterince emziremedikleri, emzirme sürecinde ise sütle bebeğe nikotin geçtiği saptanmıştır. Tütün dumanındaki mutajenik ve karsinojenik maddeleri plasentadan fetal dolaşıma rahatlıkla geçerler. Ancak tütün dumanında bulunan mutajenik ve karsinojenik maddelerin hangi miktarda plasentaya geçtiği ve hangi bileşiklerin fetüse zarar verdiği büyük oranda bilinmemektedir. Bununla birlikte prenatal sigaraya maruz kalan infantlarda birçok majör doğumsal defektin ortaya çıktığı bilinmektedir. Gebelikte sigara içimi fetal hipoksi ve konjenital anomolilere neden olurken, lohusalıkta sigara içimi nikotinin prolaktini baskılamasından dolayı süt miktarının azalmasına neden olmaktadır. Sigara ektopik gebelik riskini 2 kat arttırmaktadır (34).

Sigara kullanımı ile yaşa bağlı maküla dejenerasyonu, katarakt, glokom ve graves oftalmopati görülme sıklıkları artmaktadır. Tütün kullanımına bağlı oksidatif stresin göz üzerindeki etkilerinin yanısıra immünolojik mekanizmaların tetiklenmesinin de rol oynadığı düşünülmektedir (41). Sigara, erken cilt yaşlanması ve cerrahi sonrası yara iyileşmesinde bozulmadan başka psöriyazis gibi cilt hastalıklarının gelişimi ve seyrini de etkilemektedir (9).

2.4. Pasif Sigara Dumanı

Çevresel sigara dumanı, yan duman ve ikinci el ana dumandan oluşmaktadır. Yan duman sigaranıyanan uç kısmından çıkan dumandır; ana duman ise sigara içme sırasında ortaya çıkan ve doğrudan inhale edilen dumandır. Sigara olduğu bilinen 3850 madde ve bilinen 50 karsinojen madde yan dumanda ana dumandan daha yüksek oranda bulunmaktadır (42).

Sigara içmeyen kişilerdeki akciğer kanserlerinin önemli kısmı, başkalarının içtiği sigaraların dumanını solumaktan kaynaklanmaktadır. Pasif etkilenim sigara içmeyenlerde akciğer kanseri riskini %20-30 artırmaktadır (42). Gelişmiş ülkelerde akciğer kanseri vakaları azalırken, son 20 yıl içinde tüm kanserler içindeki payı gelişmekte olan ülkelere %31'den %49.9'a çıkmıştır. Kadınlarda daha sık görülür; tüm dünyada akciğer kanseri olan kadınların %53'ünün, erkeklerin %15'inin hiç sigara içmediği tahmin edilmektedir. Sigara içmeyenlerde akciğer kanserinin en sık görülen histolojik tipi adenokarsinomdur (43)

Sigara içmeyenlerde 30 dakikalık bir pasif içicilik, koroner kan akımında sigara içenlerden ayırt edilemeyecek düzeyde düşmeye sebep olur. Bu duruma endotelden salınan nitrik oksit karşısında koroner vazodilatasyonun nikotin tarafından inhibe edilmesi sebep olur. Nikotinin bu etkisi ortamda bulunan çok küçük dozlarda bile maksimuma ulaştığından, aktif ve pasif sigara içiminin damarlar üzerindeki etkisi çok farklı değildir. Günde 1-4 sigara içenlerdeki kalp hastalıkları da buna bağlıdır (44).

İskoçya'da yapılan bir retrospektif kohort çalışmada hamilelik süresince sigara içmenin sosyoekonomik durumu düşük olan kadınlarda yüksek olanlara göre ölü doğumu %38, ani bebek ölümünü %31 arttırdığı gösterilmiştir (45).

2.5. Tütün Kontrol Programları

Türkiye'deuzun yıllar boyunca tütün üretimi, satış ve pazarlaması Tekel Genel Müdürlüğü tarafından yapılmış, yabancı sigaraların ithaline izin verilmemiştir. 1983 yılında yabancı sigaraların ithaline ilişkin yasanın çıkarılmasını takiben ithal sigaralar kısa sürede sigara pazarında önemli paya sahip olmuştur (1).

Türkiye'de tütün kontrolüne yönelik çalışmalara müteakip 1996 yılında 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" kabul edilerek yürürlüğe girmiştir(46).Bu kanun uyarınca;

- Sağlık, eğitim-öğretim ve kültür hizmeti veren yerler ile kapalı spor salonlarında ve toplu taşımacılık yapılan vasıtalar ve bunların bekleme salonlarında, kamu hizmeti yapan kurumlarda beş veya beşten fazla kişinin görev yaptığı kapalı mekânlarda tütün ve tütün mamullerinin içilmesi yasaklanmıştır.
- Bu mekânlarda duman gidişini engelleyecek tedbirler alınarak tütün ve tütün mamullerinin içilebilmesi için ayrı yerler tahsis edilir.
- 18 yaşından küçük çocuklara tütün ürünü satışı yasaklanmıştır.
- Sigara paketleri üzerinde sağlık uyarısı yer alması gerekmektedir.
- Radyo ve televizyon kanallarının ayda 90 dakika eğitici yayın yapması gerekmektedir.

2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu toplantısında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, üye ülkelerin oy birliğiyle kabul edilmiştir. Bu sözleşme, dünyada tütün kontrolü konusunda yapılan ilk düzenlemedir. Sözleşmenin ana teması, tütüne olan talebin ve tütün arzının azaltılması, tütün ve tütün ürünlerine ulaşmanın güçleştirilmesi konularıdır. Türkiye, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ne Nisan 2004'te imza atmış, Kasım 2004'te de TBMM'de onaylanmıştır. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi hükümetlerin kapsamlı tütün kontrol stratejilerini benimseyerek yürürlüğe koymalarını öngörür.

DSÖ, tütün mücadelesini yaygınlaştırmak için 2008'de tütün kontrolünde etkili olduğu bilinen 6 uygulamayı içeren ve bu uygulamaları ifade eden sözcüklerin ilk harflerinden oluşan akrostiş ile MPOWER olarak adlandırılan bir paket hazırlamıştır(47):

- Monitor tobacco use and prevention policies: Tütün kullanımı ve koruyucu politikaların izlenmesi,
- Protect people from tobacco smoke: Toplumların sigara dumanından pasif etkileiminin önlenmesi,
- Offer help to quit tobacco use: Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi,
- Warn about the dangers of tobacco use: Bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması,
- Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship: Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğuna ilişkin yasaklar konması,

- Raise taxes on tobacco: Tütüne uygulanan vergi miktarının ve sigara fiyatının arttırılması.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi uyarınca devlet ve sivil toplum örgütlerinin katılımı ile Ulusal Tütün Kontrol Programı ve 2008–2012 yıllarını kapsayan Ulusal Eylem Planı hazırlanmıştır. Ulusal Program ve Eylem Planı içinde yer alan amaç ve hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için 2008 tarih ve 5727 sayılı yasa ile 4207 sayılı yasanın kapsamı genişletilmiştir: “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun”. Amacı; tütün ürünlerinin zararlarından, özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından korunmak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanmasıdır. Yeni Kanun’daki başlıca değişiklikler şunlardır (48):

1) Tütün ürünü tüketiminin yasak olduğu yerler genişletilmiştir:

- a) Kamu hizmet binaların kapalı alanlarında,
- b) Koridorları dâhil olmak üzere her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı özel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği (ikamete mahsus konutlar hariç) binaların kapalı alanlarında,
- c) Toplu taşıma araçlarında,
- d) Okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dâhil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında,
- e) Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün ürünü tüketilemez.

2) Açık havada yapılan her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde tütün ürünleri kullanılamaz. Ancak bu tesislerde, tütün ürünlerinin tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilir.

3) Tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı ile sponsorluk faaliyetleri yasaklanmıştır. Tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka veya alâmetleri kullanılarak reklam ve tanıtımı yapılamaz. Bu ürünlerin kullanılmasını özendiren veya teşvik eden kampanyalar düzenlenemez. Tütün ürünleri üreten ve pazarlamasını yapan

firmalar, hiçbir etkinliğe isimlerini, amblemlerini veya ürünlerinin marka ya da işaretlerini kullanarak destek olamazlar.

4) Tütün firmalarının isimleri, amblemleri veya ürünlerinin marka ya da işaretleri veya bunları çağrıştıracak alametleri kıyafet, takı, aksesuar olarak taşınamaz.

5) Araçlarda tütün firmalarının markası bulunamaz.

6) Tütün ürünleri hediye, eşantıyon olarak dağıtılamaz.

7) Sağlık, eğitim, spor tesislerinde tütün ürünü satılamaz.

8) Televizyonda yayınlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklam ve tanıtım filmlerinde tütün ürünleri kullanılamaz, görüntülerine yer verilemez.

9) On sekiz yaşından küçüklere sigara satılamaz, bu çocuklar tütün ürünü işletmelerinde, pazarlanmasında ve satışında çalıştırılmaz.

10) Tütün ürünleri, paket açılarak adet şeklinde veya daha küçük paketlere bölünerek satılamaz.

11) Tütün ürünleri otomatik makineler ve internet yolu ile satılamaz.

12) Radyo ve televizyonlarda yayınlanması gereken eğitici yayınların asgari otuz dakikası 17.00-22.00 saatleri arasında olmak üzere 08.00-22.00 saatleri arasında yapılması gerekmektedir.

13) Ceza hükümleri: Yasada belirlenen alanlarda tütün ürünleri tüketenler ile belirtilen yasakların uygulanması ve tedbirlerin alınması ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyen kişilere ve kuruluşlara yönelik çeşitli ceza hükümleri açıkça belirtilmiştir.

Kapalı alanlarda sigara içme yasağının uygulanmaya başlanmasıyla kalp krizi riski sigara içmeyenler gibi sigara içenlerde de düşmüştür (49). İngiltere'de kapalı alanlarda sigara içme yasağının 1 Temmuz 2007'de uygulanmaya başlanmasından sonraki 15 ay içinde kalp krizi ile acil servislere başvurularda %2.4 azalma olmuştur (50). Bu çalışmanın daha önce yapılan ve A.B.D.'de %27-40 civarı azalma bildiren küçük çalışmalardan ve New York'da %8, İtalya'da %13 ve İskoçya'da %17 azalma bildiren büyük çalışmalardan daha mütevazı bir sonuç bildirmesi karıştırıcı faktörlerin kontrolü ve İngiltere'de kapalı alan yasaklarından önce de pasif etkilenimin düşük

olmasına bağlanmaktadır. Avrupa Kanseri Ligi tarafından yapılan değerlendirmede Türkiye, tütün kontrolü konusundaki başarılı uygulamaların sonucunda 30 Avrupa ülkesi arasında dördüncü olarak en üst sıralarda yer almıştır (51).

2.6. Sigara Bağımlılığı ve Nedenleri

2.6.1. Nikotin bağımlılığı

Sigara içme, nikotin bağımlılığı sonucunda devam ettirilen ve pekişen bir davranıştır. 2000'li yıllardan önce sigara içme davranışının öğrenilmiş sosyal bir alışkanlık ve kişisel bir tercih olduğu düşünülmekteydi. Psikolojik etkenler ve sosyal alışkanlıkların da payının yanında bağımlılıkta esas bileşen sigaranın içerdiği nikotindir. Sigara içiciliğinin ortaya çıkışında nikotinin temel role sahip olduğu son 10 yıl içinde büyük oranda kabul görmeye başlamıştır (52).

Nikotinin bağımlılık yapan mekanizması acı ve ödül üzerine pekişen bir döngü oluşturur. Nikotin, merkezi ve periferik sinir sisteminde bir kimyasal nörotransmitter olan asetil kolinin taklit ederek etki eder. Nöronlar asetil kolin aracılığıyla haberleşir. Reseptöre bağlanan asetil kolin sinir hücrelerini aktive eden bir dizi değişikliğe yol açar. Nikotinin nörotransmitter olarak kullanan nöronlar gövdesi Ventral Tegmental Alan (VTA)'da bulunan ve lifleri Nükleus Akumbens'e (NAc) uzanan nöronlardır (53).

Nikotin lipofildir ve kan beyin engelini kolaylıkla geçer. Nikotin, beyine ulaştıktan sonra sinir hücreleri arasındaki boşluklara yerleşerek VTA'daki nikotinik asetil kolin reseptörlerine tutunup dopamin salınmasına sebep olur ve bu da sigara içiminin ödül sistemini yaratır. NAc'den dopamin salgılanmasının insan ve hayvan davranışında ciddi bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu ödül etkisi bu etkiyi yaratana bulmasını ve etkinin tekrarlanmasını söyleyen bir sinyal yaratır (53,54).

Sigara Bağımlılığının Döngüsü (53,54)

- Nikotin dopamin salınımına sebep olur.
- Dopamin keyif verici ve rahatlatıcı ödül sistemini meydana getirir.
- Sigara içiminden bir süre sonra dopamin miktarı azalır.

- Dopamin yoksunluğu irritabilite ve strese yol açar. Sigara içicisi dopamin salınması için nikotin açlığı çeker.
- Nikotinin asetilkolinerjik reseptörlere sürekli bağlanması etkide gecikme, desensitizasyon ve upregülasyona yol açar.
- Nikotin miktarı azaldıkça, reseptörlerdeki hipereksitabilite nikotin isteğine yol açar.

Sigara içenlerinbu davranışta ısrar etmesinin, çoğunlukla huzursuzluk, rahatsızlık, üzgün hissetme, bozulmuş konsantrasyon, iştah artışı gibiyoksunluk belirtilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.Bu yoksunluk belirtileri, son sigaranın içiminden birkaç saat sonra ortaya çıkmakta ve takip eden hafta boyunca çok yoğun olarak seyretmektedir. Etkili semptomların çoğu 3-4 hafta içinde çözülmekteancak iştah artışı birkaç ay sürebilmektedir (53).

DSM-V kriterleri herhangi bir maddeye karşı bağımlılığı son bir yıl içinde aşağıdaki yedi maddeden üçünün görülmesi olarak tanımlamaktadır (55):

1. Niyetlendiğinden daha fazla miktar ve süre kullanmak
2. Sürekli bırakma isteği ya da başarısız bırakma girişimleri
3. Kullanımı için fazla vakit harcamak
4. Sosyal faaliyetleri, hobileri, başka zevk verici aktiviteleri azaltmak ya da terk etmek
5. Maddeye bağlı ya da madde kullanımıyla artan fiziksel ya da psikolojik problemler yaşamasına rağmen kullanmaya devam etmek.
6. Tolerans gelişmesi
7. Yoksunluk belirtileri

Sigara bağımlılığın şiddeti klinik uygulamalarda Fagerstörn Nikotin BağımlılıkTesti (FNBT) ile belirlenmektedir. FNBT Tablo.2’de gösterilmiştir. Bu test aslında1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından Fagerström Tolerans Testi’nin revize edilmiş şeklidir. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi’nin, Fagerström ToleransTesti’ne göre iç tutarlılığının daha iyi ve daha kolay yanıtlanabilir olduğu belirtilmiştir(56). Türkiye’de 2004 yılında yapılan çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi’nin

güvenilirliğinin orta derecede olduğu tespit edilmiş ve Türkiye’de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Bu testin genel mantığı irdelendiğinde; test kişinin içtiği sigara miktarı ve sigara içmedenbelli bir süre durabilme derecesinin incelendiği görülmektedir (57).

2.7.Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım

İnsanların doğasında sigara içme davranışı olmayıp sigara alışkanlığı insanların sonradan edindikleri bir davranış olmasından dolayı bu davranışından vazgeçilmesi de mümkündür. 2008 yılında ülkemizde yapılan Küresel Tütün Araştırması sonuçlarına göre erişkin ülke nüfusuna oranı % 31,2 olan tütün kullanıcılarının % 53’ü sigarayı bırakmak istediklerini belirtmişler ve % 45’i de bırakmayı denemişlerdir. Hayatının bir döneminde her gün sigara içmiş olan bireylerin dörtte birinden biraz fazlası (% 26,5) sigarayı tamamen bırakmıştır. Sigara içicilerin (sigara içmeye devam edenler ve son 12 ayda sigarayı bırakmış olanlar) yaklaşık yarısı (% 44,8) son bir yıl içinde sigarayı bırakmayı denemişler ancak son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenlerin % 15,8’i sigarayı bırakmak konusunda başarılı olmuşlardır. Aynı araştırmada olumlu bir gelişme olarak tütün kullanım oranının 2006’ya göre toplum genelinde % 2,1 azaldığı gözlenmiştir (57). Araştırmalar sigara içenlerin % 40’ının her yıl sigara bırakma girişiminde bulunduğunu ancak yardım almazlarsa çoğunun yeniden sigaraya başladığını göstermektedir (58).

Sigaranın bırakılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından biri farmakoterapi, bir diğeri ise ilaç dışı olarak tanımlanan bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Her iki yaklaşımda tedavide tek başına etkili olup, iki yöntem bir arada uygulandığında sigara bırakma oranı artmaktadır (59).

Tablo2.2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan)

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

2.7.1. İlaç Dışı Tedaviler

İlaç dışı sigara bırakma müdahaleleri kişiye veya topluma yönelik olarak planlanmaktadır. Toplum sağlığı açısından alınabilecek önlemler arasında topluma yönelik eğitim programları, sigaranın yüksek vergilendirilmesi, reklam kısıtlamaları, yasaklama ve diğer kısıtlamalar sayılabilir. Bireysel, ilaç dışı sigarayı bırakmaya yönelik müdahaleler eğitim amaçlı, bilişsel-davranışsal veya motivasyonel olarak sınıflandırılabilir (60).

Sağlık çalışanları kişilerin nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi ve sigaranın bırakılması sırasında kişilerin eğitilmesi ve motivasyonlarının sağlanmasında önemli rol üstlenmektedirler. Karşılaşılan her hastaya sigara içme davranışı ve bırakması hususunda sistematik bir yaklaşım gerekmektedir, bu durum bırakmadaki başarı oranını daha da artırmaktadır (Kanıt düzeyi A) (12) (Sistematik yaklaşım aşağıdakilerden bir veya daha fazlasını içermelidir:

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

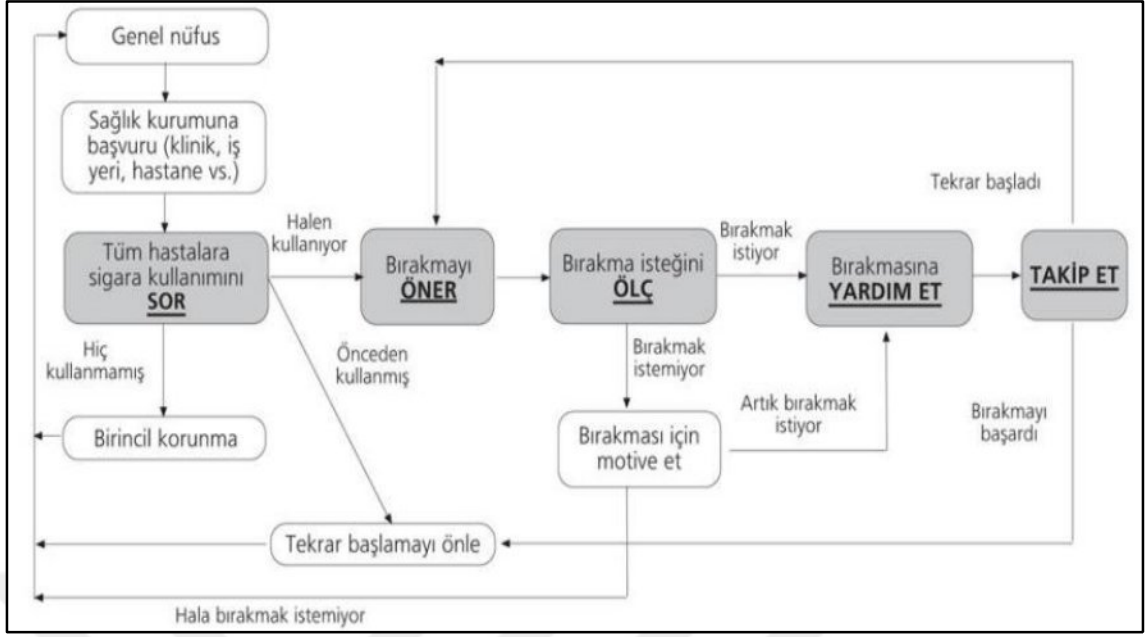
Sigaranın bağımlılığı ile mücadelede davranışçı girişimlerin birçoğu etkilidir ve standart tıbbi uygulamaların destekleyici bir parçası olarak uygulanmalıdır. Girişimler kısa önerilerden özel personel tarafından yürütülen geniş kapsamlı programlara kadar çeşitlilik göstermektedir (61).

Kısa tavsiyeler; sağlık personelinin ve sağlık hizmeti sunmak üzere oluşturmuş sistemlerin daima, sigara içen bireyleri belirlemesi ve sigara içme durumlarını tespit etmesiyle başlar. Sigara bağımlılarının etkin bir şekilde tespit edilmesinden sonra hekim tarafından yapılan 3-5 dakikalık kısa tavsiyeyle % 3-5 dolaylarındaki bir yıllık yardım almadan sigara bırakma oranının % 5,5-7,5'e yükseldiği gösterilmiştir. Bu nedenle hekimlere sağlık sorunları sebebiyle başvuran sigara bağımlılarına, her seferinde sigarayı bırakmaları konusunda telkinde bulunulmasının yerinde olacağı tavsiye edilmektedir (Kanıt düzeyi A) (60).

Davranışsal destek, bırakma oranlarının artışına olumlu katkı yapmakta,diğer tedavilerle birlikte veya tek başına kullanımı tavsiye edilmekle birlikte literatürde bu tür kullanım yöntemlerine ilişkin farklılıklar gösterensigara bırakma oranları yer almaktadır. Farklı nikotin yöntemlerine ilaveten davranış eğitimi verilmesinin sonucunda başarı oranlarının % 17 - 35 arasında değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Tek başına eğitim için bir yıllık takip sonunda sigara bırakma oranı ortalama olarak % 25, grup tedavisinde % 28, hekim danışmanlığı ve yönlendirme sonucunda ise % 6- 43 arasında değişiklik gösterenbırakma oranları bildirilmektedir. Davranışsal destek programları sigara isteği ve cazip gelen durumları belirleme, motivasyonu artırma, sosyal destek sağlama, nikotin yoksunluk belirtilerini yönetme gibi yaklaşımları içerir (62). Bu amaçla standardize edilmiş iki model oluşturulmuştur.

1. Basamaklı Tedavi Modeli (5Ö)

Amerikan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı'nın sigarayı bıraktırmaya ilişkin klinik pratik kılavuzunda tütün kullanımı ve bağımlılığı için basamaklı tedavi modeli önerilmiştir. Basamaklı tedavi modeli Şekil 1'de gösterilmiştir. Bu modelin ilk basamağını, sağlık kurumlarına başvuran hastaların tütün ürünleri kullanımlarının sorgulanması oluşturmaktadır (Öğren). Eğer hasta tütün ürünleri kullanmaktaysa ikinci basamakta hastaya bu alışkanlığını bırakması tavsiye edilmelidir (Öner). Eğer daha önce sigara kullanmış,bırakmışsa tekrar başlamaması için uyarılmalı ve telkinlerde bulunulmalıdır.Hastanın bırakma kararlılığı ve nikotin bağımlılık düzeyi ölçülmelidir (Ölç). Hasta sigarayı bırakmak istediğini ifade ediyorsadanişmanlığın yanında ilaç tedavisi uygulanarak yardım edilmelidir (Önderlik et).Daha sonraki aşamada hasta takip planı yapılarak relaps açısından takip edilmelidir. (Örgütle). Hastanın eğer sigarayı bırakmak gibi bir niyeti olmadığı gözlenirse yine de bırakması için motive edilmeli ve ilerleyen zamanlarda bırakmak istediğinde tekrar yardımcı olunmalıdır (63).



Şekil.1 Birinci Basamakta Tütün Kullanımı ve Bağımlılığı için Tedavi Modeli

2. TeRKET Modeli

TeRKET modeli özetlenmiş özgül tavsiyeler bütünü olup sigarayı bırakmaya vesonrasında relapsın önlenmesine yönelik motivasyonu güçlendirici bir etkisaağlamaktadır (60). Sigarayı bırakma motivasyonunun artırılması için düzenlenmişTeRKET yaklaşımı şu maddeleri içermektedir:

Tüm etkileri gözden geçirme: Sigarayı bırakmanın hastanın kendisiyle ne kadarilgili olduğunu anlamasının sağlanması

Riskleri vurgulama: Hastadan sigaranın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileriniortaya koymasının istenmesi

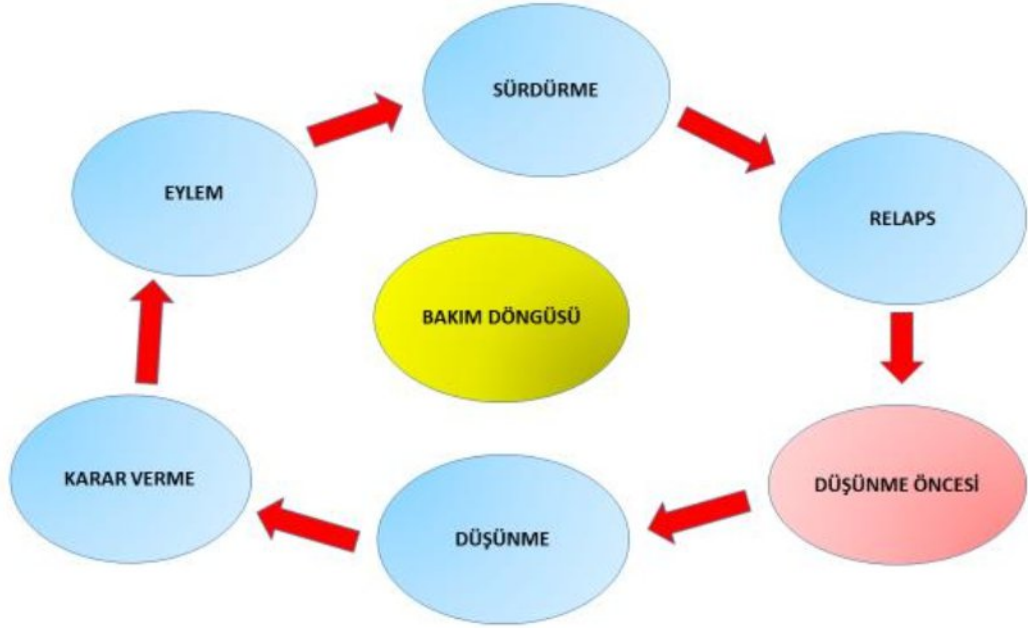
Kazançları vurgulama: Hastadan sigarayı bırakmanın faydalarını sıralamasınınistenmesi

Engelleri belirleme: Hastadan sigarayı bırakmayı engelleyen faktörleri vezorlukları saptamasının istenmesi

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

Motivasyonel görüşme; kişilerin davranış değişikliğini hedefleyen, kendibelirsizliklerini keşfederek çözmelerine yardımcı olmaya yönelik bir danışmanlıkteknikiğidir. Miller ve Rollnick tarafından geliştirilmiş, birçok araştırmada etkin olduğukanıtlanmış bir yöntemdir. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan kişilerdekullanışlı bir yöntemdir. Sigara bırakma yaklaşımı olarak motivasyonel görüşmeyi, kısahekim tavsiyesi veya standart yaklaşım ile karşılaştıran 14 çalışmalık bir meta analizdeaiile hekimleri tarafından uygulanan motivasyonel görüşmenin daha etkili olduğu bildirilmiştir (64).

Motivasyonel görüşme sigara bırakma sürecinde “değişim döngüsünün” her aşamasında olmalıdır. Değişim döngüsü Şekil.2’de gösterilmiştir. “Değişim döngüsünün” aşamaları (düşünme öncesi dönem, düşünme dönemi, karar verme, eylem, relaps ve sürdürme) sigarayı bırakmayı düşünme ile sigarayı bırakmada başarıya ulaşma veyagelecekte tekrarlama ve yeniden başlamaya kadar olan sürecin tümü vurgulanır. Kısa süre içinde sigaradan vazgeçmeyi başaran pek çok sigara içicisi, sigara tekrar başlamaktadır (relaps) bu aşamada sigarayı yeniden bırakması için tekrar başlamış olan hastayı ikna etmek son derece önemlidir. Burada amaç yeniden bırakmayı sağlamak değil, içiciyi bırakma girişimine yakınlaştırmaktır. Kullanıcılardan bir kısmı basamakları hızla tırmanırken, diğer bir kısmı için bu yıllarca sürebilir. “Değişim döngüsü” süreci dinamiktir ve yardım ekibi daima iyimseraynı zamanda destekleyici olmalıdır (65).



Şekil.2 Sigara Bırakma Sürecinde Değişim Döngüsünün Aşamaları

2.7.2. ilaç Tedavileri

Bağımlı kişilerde sigaranın bırakılmasını takiben, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, başarısızlığa uğramada en önemli etkidir. Günümüze kadar geliştirilen farmakoterapi yöntemlerinde amaç, nikotin yoksunluğunu ve belirtilerini önlemektir. Bugün tüm kılavuzlarda yer alan ve TC. Sağlık Bakanlığı ve Amerikan İlaç Kurumu (FDA) onaylı iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır; nikotin replasman tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapi. FDA, farmakoterapinin sigarabağımlılığının tedavisi için güvenli ve etkili yöntemler olduğunu onaylamıştır. İkisinin de sigara bırakmadaki etkisi benzerdir. İki tedavi seçeneği arasındaki seçim tedavi için kontrendikasyon varlığına, hastanın seçimine ve nikotin bağımlılık derecesine göre yapılır (Kanıt düzeyi A) (66).

Farmakoterapinin sigara bırakmada etkili olduğunu destekleyen dört önemli faktör öne sürülmüştür. İlk olarak farmakoterapi ile sigara bırakmak isteyenlerin, diğer gruplara göre motivasyonları daha yüksektir. Çünkü hasta ilaç kullanımını kabul etmesiyle yapılacak kan tahlillerini, ilacın yan etkilerinin tespiti için bir sonraki görüşmeyi kabul etmiş demektir. Bu da hastanın bir sonraki görüşmeye katılmasını sağlamaktadır. İkincisi danışmanlık ile farmakoterapinin birlikte sunulduğu gruplarda sadece danışmanlık sunulan gruplara göre sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Üçüncüsü danışmanlık ve destek tedavisi veren kişiye göre değiştiği halde farmakoterapi standardize edilmiştir. Dördüncü faktör ise madde bağımlılığı, davranış bozukluğu bulunanlarda sigara içme oranlarının yüksek olduğu düşünülürse hastaların poliklinik ortamında diğer hastalıklarının da değerlendirilmesi için fırsat sunmaktadır (67).

2.7.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi

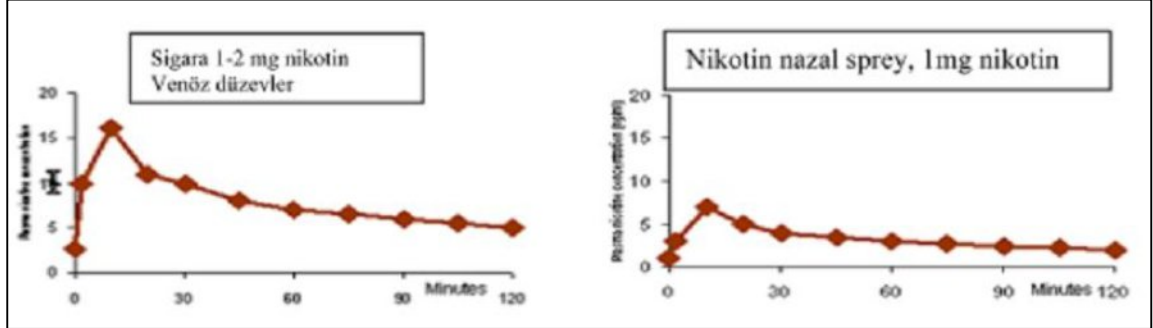
Nikotin replasman uygulaması kandaki nikotini yerine koyarak sigara içme semptomlarının şiddetini minimize etme yoluyla etkili olur. Tedavinin çekme ile ilişkili kesilme semptomlarını, sigara içme isteğini dindirmeye yardımcı olarak azaltır (65). NRT, kişide yüksek ya da orta derecede nikotin bağımlılığı tespit edilirse, günde 15 taneden fazla sigara içiyorsa ya da hafif derecede bağımlı olmasına karşın sigara bırakmak için denediği diğer yöntemler fayda sağlamamışsa uygulanır (68).

Sigarabırakmada NRT' lerin etkinliğiyle ilgili yapılan bir meta-analizde, NRT kullanan ve en az altı aylık bir yoksunluk dönemi bildiren çalışmalarda bırakma oranı tedavi almayan veya plasebo verilmiş çalışmalara göre 1,71 kat daha yüksek olarak saptanmış, yöntemler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (nikotin sakızı 1,61, bant2,07, sprey 2,92, inhaler 3,05). Bu yüzden seçim hastanın tercihi ile belirlenmelidir. Çalışmanın diğer sonuçları ise nikotin bağımlılık düzeyinin ve ek olarak kullanılan diğer yöntemlerin bırakma oranlarını etkilemediğidir. Ayrıca nikotin bandı ve kombinasyon tedavileri karşılaştırıldığında nikotin bandı ve kısa etkili nikotin replasman ürününün uzun süreli kullanımının tek başına nikotin bandı (OR 1,9; % 95 güven aralığı 1,3- 2,7) veya nikotin bandı ve bupropion SR (OR 1,3; % 95 güven aralığı1,0- 1,8) kombinasyonuna göre daha faydalı olduğu tespit edilmiştir (63). Ancak bir Cochrane sistematik derlemede ise sadece NRT ile sigarayı bırakanların % 93'unun altı ay içinde tekrar sigara içmeye başladığı bildirilmiştir. NRT ve diğer ilaç tedavilerin davranışsal destek programlarıyla etkili olduğu ifade edilmiştir (66).

Nikotin sakızı ilk geliştirilen NRT yöntemlerden biridir. Sakız çiğnendiğinde iyon değişimi aracılığıyla nikotin salınır. Açığa çıkan nikotin bukkal mukoz membranlardan emilir. Nikotin sakızı iki ve dört miligram dozlarında bulunmaktadır. Nikotin sakızının gastrik yan etkileri, kafein ve asitli yiyeceklerle bozulan emilimi, bağımlılığın sakıza geçmesi sebebiyle kullanımı sınırlı olmuş, transdermal bant, intranazal sprey ve inhalerler geliştirilmiştir (69).

Nikotin bantı, nikotinin banttan transdermal yöntemle gün boyunca yavaş sabit salınımıdır (69). Nikotin bantları çeşitli şekil ve ebatla bulunabilirler. 16 saat süreyle takılırlar ve kullanılan banta bağlı olarak 10 - 52,5 mg arası nikotin sağlarlar. Ağır tiryakiler yüksek doz nikotin bantları daha etkilidir. Toplam kullanım süresi 6- 12 hafta arasındadır (65). Avrupa'da yapılan bir çalışmada yüksek doz nikotin bandı kullanımı ile sigara bırakmada uzun vadeli başarı sağlandığı ancak 12 haftadan uzun süre verilen tedavilerde başarı oranının değişmediği görülmüştür (70). Sık görülen yan etkileri ise cilt duyarlılığı ve tahriştir (65).

Nikotin nazal spreyleri NRT' nin diğer formlarından daha fazla tek sigarayla alınan nikotinin farmokinetiğini taklit eder (Şekil.3).Yan etkileri burun ve boğaz tahrişi, öksürük ve ağızda yanmadır (65).



Şekil.3 Sigara ve Nikotin Nazal Spreylerin Venöz Kanda Ulaştıkları Nikotin Düzeyleri

Nikotin tabletleri 12 ayın sonunda hemen hemen % 17'lik bırakma oranı sağlar. Nikotin tabletleri 30 dakikadan fazla süre ile 2 ya da 4 mg nikotin dozu sağlar. Ağızda yanma hissi, boğaz ağrısı, öksürük, kuru dudaklar ve ağız ülserleri gibi yan etkileri görülebilir (65).

2.7.2.2 Bupropion

Tütün bağımlılığının tedavisinde etkisi bilinen ilk non-nikotinbupropion bir antidepresandır. Bupropion, seçici bir dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür. 1985 yılında Amerika İlaç ve Gıda Örgütü (FDA) bupropionun hızlı salınımlı formunu, ikinci jenerasyon antidepresan olarak onaylamış, 1996 yılında da sürekli salınımlı formunu onaylamıştır. Sürekli salınımlı formunun iki kez kullanılan nöbet insidansı % 0,1 olarak belirlenmiş olup, uzamış nörolojik toksisiteye neden olduğu gözlenmiştir.2003 yılında bupropionun hızlı ve sürekli salınımlı formunun yan etkilerinden dolayı FDA tarafından günde tek doz kullanılan yavaş salınımlı formunun kullanımın onaylanmıştır. Yavaş salınımlı formuna bağlı olarak nöbet oldukça nadir bildirilmiştir (71).

Nikotin ve diğerk bağımlılık yapıcı maddeler, beyin sapından nükleus akkumbense uzanan ödül döngüsünde rol alan dopamin (DA) salgılayan nöronları aktive eder. Bupropionun, bu nöronların DA salgısını azaltarak ödül döngüsünü baskıladığı ve sigara içme arzusunu azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca sigara bırakmasürecinde kilo alımını da engeller (72).

Bupropion SR (sustained release-sürekli salınım) ve nikotin bandının ayrı ayrı ve birlikte kullanımının etkinliğini değerlendirmek üzere planlanan Jamerson ve arkadaşlarının çok merkezli 52 haftalık çalışmasında, tedavinin ilk üç haftasında başarısız olan hastalarda tek başına bupropion SR ya da nikotin bantı ile kombinasyonu, kısa ve uzun dönem sigara bırakma oranı plasebo ya da yalnız nikotin bantı kullanımına göre anlamlı derecede farklıdır (72).

2.7.2.3 Vareniklin

Nikotin yerine koyma ve bupropion tedavisi dışında etkisi kanıtlanmış diğerk bir ilaç vareniklidir. Vareniklin bir nikotinic asetil kolin reseptör parsiyel agonistidir. Vareniklin $\alpha4\beta2$ nikotinic asetilkolin reseptörleri üzerindeki intrinsik parsiyel aktivasyonu sayesinde, nikotin yoksunluğu döneminde oluşan mezolimbik sisteminde dopamin düşüklüğü düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Bu sayede sigara yoksunluk semptomlarını düzelttiği ileri sürülmektedir. Ayrıca sigara kullanımı sırasında görülen dopamin yükselmesi ilacın $\alpha4\beta2$ nikotinic asetil kolin reseptörlerine kompetitif (parsiyel agonist) bağlanması sayesinde dopamini düşürür. Böylece ilacın sigara arzusunu azalttığı bildirilmektedir(73).

Vareniklin ile 12. haftada sigara bırakma oranları % 23,0 ile % 29,7 arasında bildirilmiştir. Kronik obstruktif akciğerk hastalığı olan hastalarda plasebo kontrollü vareniklin ile yapılan bir çalışmada 9-12. haftalar arasında vareniklin ile % 42,3, plasebo ile % 8,8 bırakma oranları bildirilmiştir. Diğerk bir araştırmada ise vareniklin ile bırakma başarısı altı ay sonunda % 49,5 olarak bulunmuştur (74). Vareniklinin 12 haftalık kullanımından sonra 12 hafta daha kullanılmasının ardından 52 haftaya kadar yapılan izlemlerde relaps oranlarını anlamlı olarak azalttığı tespit edilmiştir. Sigarayı bırakma da başarı oranları 24 haftada vareniklin grubunda % 70,5 iken plasebo

grubunda % 49,6 ve 52 haftada vareniklin grubunda % 43,6, plasebo grubunda % 36,9 bulunmuştur. Aynı araştırmada vareniklin, plasebo grubuyla yan etkiler bakımından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (75). Vareniklin'in 12 haftalık kullanımının bupropion ve plaseboyla karşılaştırıldığı bir diğer araştırmada 52 haftanın sonunda sigara bırakma oranları Vareniklin için % 21,9, Bupropion için % 16,1 ve plasebo için % 8,4 olarak bulunmuştur. Bu araştırmadaen fazla bildirilen yan etki vareniklin kullananlarda bulantı (% 28,1), bupropion kullananlarda iseuykusuzluk (% 21,9) olduğu görülmüştür. Vareniklin ve bupropionun kullananlarda gözlenen etkilerin karşılaştırıldığı sistematik derlemede 52 haftalık izlem sonucunda vareniklin kullanımı sonunda sigara bırakmayı sürdürme durumunun bupropiona göre 1,52 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (76).

Vareniklin tedavisine doz, aşamalı olarak yükseltilerek başlanır, ilk üç gün için başlangıç dozu 0,5 mg günde tek doz şeklinde uygulanır. Sonraki dört gün için doz günde iki kez 0,5 mg'a çıkarılır. Takip eden günlerde ise günde iki defa 1 mg şeklinde tedavi 12 haftaya tamamlanır. Bazı durumlarda tedavi süresinin 24 haftaya çıkarılması gerekebilir. Bulantı vareniklin'e bağlı ortaya çıkan yan etkidir. Daha nadir olarak uykusuzluk,anormal rüyalar,ağızda kötü tat, gaz çıkarma, kusmagörülmektedir (73).

2.8. Sigara Bıraktırma Polikliniklerinde Hastaya Yaklaşım

Sigara bıraktırma poliklinikleri sigaradan kurtulmayı hedefleyen tüm bireylere yoğun bir tedavi programının uygulandığı uzmanlaşmış polikliniklerdir. Sigara bıraktırma polikliniğine başvurmadan sigara bırakma olasılığının % 3-5 olduğu görülmürken poliklinik yardımı alındıktan sonra bu oranın % 40'lara yükseldiği görülmektedir. İngiliz kılavuzunda sigara bıraktırmatedavilerinin yüksek oranda maliyet-etkin olduğuna dikkate çekilmektedir (61). Ayrıca DSÖ Avrupa ofisinin kanıta dayalı sigara bıraktırma tedavi tavsiyelerinde birinci basamak tedavinin maliyet etkinliğininoranlarının yüksekliğinedikkat çekerek hem kamu hem de özel sigortalarca ödenmesi tavsiye edilmektedir. Türkiye'de sigara bırakma girişimlerinin birinci basamakta yeterince yer almadığı tespit edilmiştir. Geçmiş yirmi içinde özeltütün bıraktırma poliklinikleri açılmıştır(77).

Bu polikliniklere başvuran hastalarla yapılan ilk görüşmede hekim hastanın genel sağlık durumunu değerlendirdikten sonra sigara bıraktırma yöntemleri konusunda bilgilendirir ve ihtiyaç halinde uygulanabilecek farmakolojik tedavi hakkında hastayı aydınlatır. Bu polikliniklerde sigara bıraktırma alanında yetişmiş hekim, hastaya psikososyal destek veya davranış eğitimi açısından destek verir. Hastalara broşür, kitapçık gibi materyaller sağlanabilir (78).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Bu araştırma, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Aile hekimliği kliniğine bağlı Beşevler ve TEDAŞ Sigara Bırakma polikliniklerinde 1.11.2015-1.3.2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

Yukarıda belirtilen polikliniklere sigara bırakmak üzere başvuranların özellikleri ve sigarayı bırakma durumları incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Çalışma Mart 2014- Temmuz 2015 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beşevler ve TEDAŞ Sigara Bırakma Polikliniklerine başvuran

Hastaların araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu on yedi aylık dönemde toplam 595kişi başvurmuştur. Bu 595 kişiden 477'si (%80,1) ilk randevuda eğitim semineri ve/veya bireysel yüz yüze görüşmeden sonra programa devam etmemiş, kendilerine telefon ile de ulaşılamadığından izlenememişler ve bu nedenle sigara bırakma analizine dâhil edilmemişlerdir. Araştırma kapsamında sigara bırakmak üzere başvuran 595 kişiden 118'i (%19,8) izlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

3.3.1. Tanımlanan Değişkenler

- Sigara bırakma yüzdesi

3.3.2. Tanımlayıcı Değişkenler

- Halen yaşadığı il
- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Çalışma durumu
- Günlük sigara sayısı
- Sigaraya başlama yaşı
- Evde sigara içen başka kişilerin varlığı
- Sabah uyandıktan sonra içilen ilk sigaraya kadar geçen süre
- Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi skoru
- Diğer tütün ürünleri kullanımı
- İçilen sigaranın nikotin düzeyi
- Daha önceki bırakma deneyimi
- Daha önce denenilen bırakma yöntemi
- Sigara bırakmayı isteme nedeni
- Kararlılık düzeyi
- Sigara bırakmayı planlama durumu
- Eşlik eden hastalık
- Önerilen destek tedavi türü
- Önerilen tedaviyi alma durumu

– Başvuru tarihi

3.4. Araştırmada Kullanılan Tanımlamalar

İzlenenler: Sigara bırakmak üzere başvurup fizik muayenenin ardından bireysel yüz yüze görüşme ile sigara bırakma tarihi ve gerekli ise kullanılacak farmakolojik destek tedavi türü belirlenen ve sigarayı bıraktıktan sonra kontrol seanslarına katılan ya da telefonla izlenen kişilerdir.

İzlenemeyenler: İlk randevuda bireysel yüz yüze görüşmeden sonra programa devam etmeyen, kendilerine telefon ile ulaşılamayan kişilerdir

Sigara bırakma: Kendi ifadelerine göre kesintisiz iki hafta süresince sigara içmemiş olan kişiler sigarayı bırakmış olarak kabul edilmiştir. Araştırmalar belirlenen sigara bırakma tarihinden sonraki ilk iki hafta içinde sigara içmemenin 1 yıllık başarı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir

Sigara bırakmayı sürdürme: Kendi ifadelerine göre kesintisiz iki hafta süresince sigara içmemiş olan kişilerin sigarasız kalmayı sürdürmeleri.

Nüks: Kendi ifadelerine göre kesintisiz iki hafta süresince sigara içmemiş olan kişilerin günde en az 1 sigara içmeye başlaması

Ulaşılamayanlar: İzlemde olup da kontrole gelmeyen ve telefonla ulaşılamayan kişiler.

3.5. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Niteliksel verilerde gruplar arası farklılıklar incelenirken Ki-Kare testi kullanılmıştır. Gözelerde yer alan değerlerin %20'den fazlasının 5'den küçük olduğu durumlarda (RXC tablolarında) Pearson Ki-kare yerine Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi 0,05 olarak esas alınmış olup; $p < 0,05$ olduğu durumda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Aile hekimliği ana bilim dalına bağlı Beşevler ve TEDAŞ Sigara Bırakma polikliniklerine, Mart 2014- Temmuz 2015 tarihleri arasında başvurmuş olan 595 hasta değerlendirildi. Hastaların 411'i (%69.1) erkek, 184'i (%30.9) kadındı

Hastaların 118 (%19,8)i altı aylık süre boyunca düzenli olarak takiplerine gelmiş, 477 (%80,1) hasta ise bir ya da birkaç kez görüşmeye geldikten sonra kendi isteği ile takipten çıkmıştı. Düzenli izlenen grubun sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1`de verildi.

Başvuran tüm hastaların ilk kez sigara içmeye başladıkları yaş ortalaması 16,8yıldı. Çalışmaya alınan olguların %88.2'si sigarayı ilk kez 20 yaş altında denemişlerdi. Sigaranın en yüksek oranda başlandığı yaş aralığı 16-20 yaş idi (%50.5) (Tablo:4.3).18 yaş baz alındığında polikliniğimize başvuran hastaların %60,8'inin sigarayı ilk denemesi 18 yaş öncesi idi.

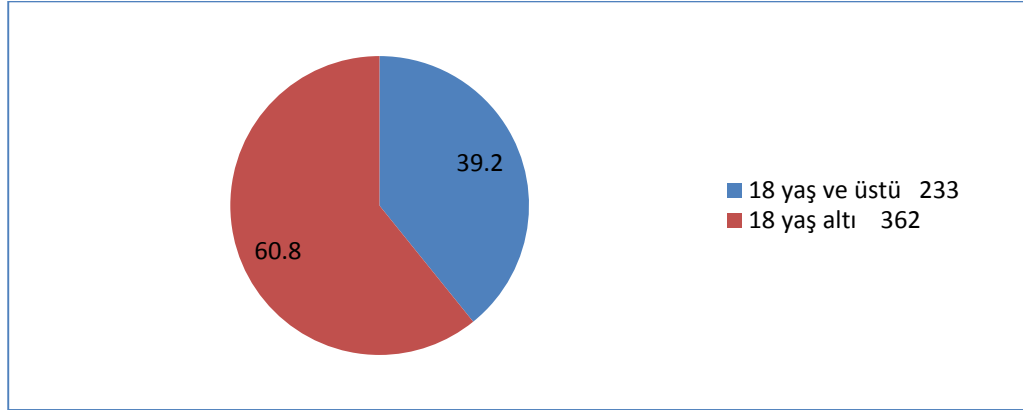
Fagerström nikotin bağımlılık testi sonuçlarına göre olguların dağılımı tablo 4.3`te gösterildi. İzlenen grubun çalışma durumu tablo 4.4`te gösterildi. İzlenen grubun Sigara başlama yaşının yaş gruplarına dağılımı tablo 4.2`de gösterildi.

Tablo 4.1. Düzenli İzlenen grubun sosyo-demografik özellikleri

Demografik özellik		N	%
Cinsiyet	Kadın	32	%27,1
	Erkek	86	%72,8
Medeni durum	Evli	81	%68,6
	Bekar	37	%31,4
Meslek	Çalışan	97	%82,2
	İşsiz	21	%17,7
Öğrenim durumu	İlkokul	16	%13,5
	Ortaokul	11	%9,3
	Lise	30	%25,4
	Üniversite	61	%51,6

Tablo 4.2. Sigara başlama yaşının yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

İlk içme yaşı (yıl)	N	%
5-10	37	%6,2
11-15	187	%31,4
16-20	301	%50,5
21-25	57	%9,5
26-30	6	%1
31 ve üzeri	7	%1,1
Toplam	595	%100

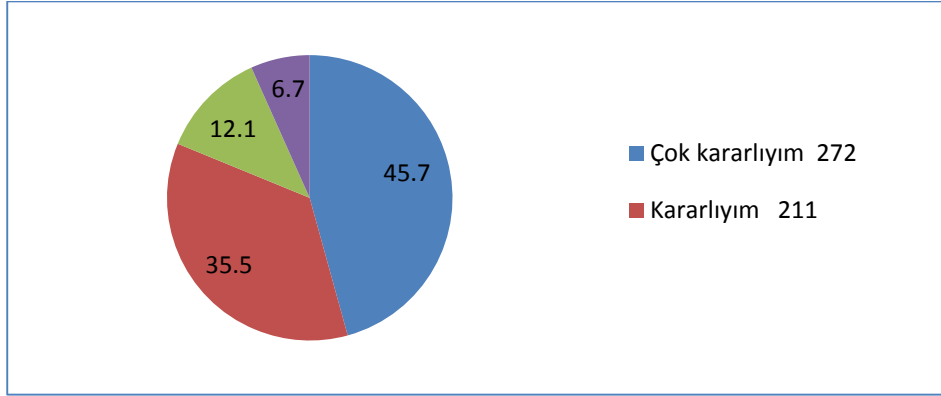


Şekil 4. Sigaraya başlama yaş gruplaması

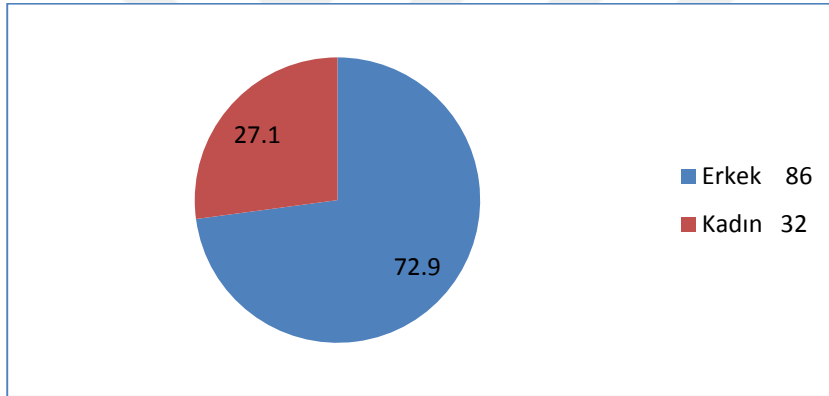
Tablo 4.3. Fagerström nikotin bağımlılık testi sonuçlarına göre olguların dağılımı

Bağımlılık düzeyi	N	%
Çok düşük düzey bağımlılık	16	13,5
Düşük düzey bağımlılık	15	12,7
Orta düzey bağımlılık	21	17,8
Yüksek düzey bağımlılık	30	25,4
Çok yüksek düzey bağımlılık	36	30,5

İzlenen grubun hastaları 51'i (%43,2) yaşadığı evde sigara içen başaka kişi var , 67'si (%56,8) yaşadığı evde sigara içen başaka kişi yoktu . İzlenen grubun hastaları sabah içilen ilk sigara 50'si (%42,4) uyanır uyanmaz ilk 5 dakika ,31'i(%26,3) uyandıktan 6-30 dakika sonra , 15'i (% 12,7) uyandıktan 31-60 dakika sonra, 22'si (%18,6) uyandıktan bir saat sonra içiyorlardı .



Şekil 5 Tütün ürününden kurtulma kararlılık düzeyi



Şekil 6 İzlenen grubun cinsiyet dağılımı

Tablo 4.4. İzlenen grubun çalışma durumu

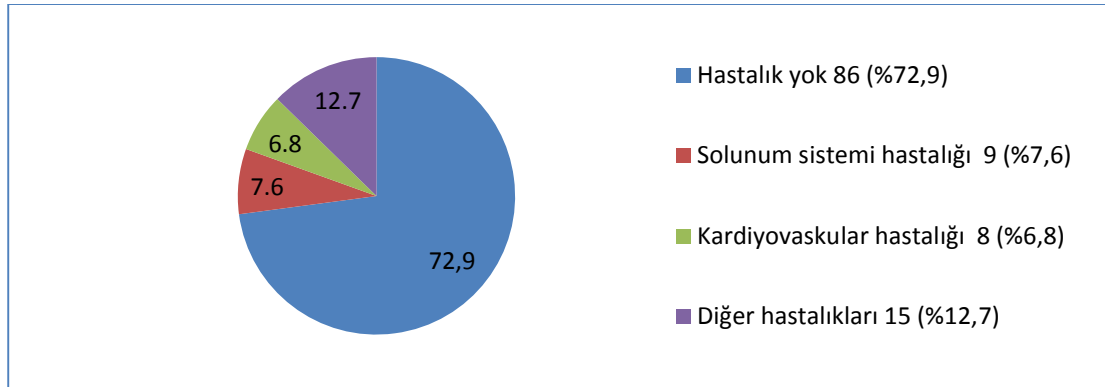
Çalışma Durumu	N	%
Evet	96	81,4
Hayır	10	8,5
Emekli	12	10,2
Total	118	100

İzlenen grubun hastaları daha önce sigara bırakma denemesi konusunda incelendiğinde 19 hasta (%16,1) daha önce sigara bırakmayı denememiş, 24 hasta (%20,3) bir defa, 32 hasta (%27,1) iki defa, 13 hasta (%11) 3 defa, 30 hasta (%25,4) dört defa veya üzerinde denemiş .

İzlenen grubun sigara bırakma denemesi olan hastaları en son denemede destek alıp almadıkları incelendiğinde 46 hasta (%46,5) destek aldıklarını , 53 hasta (%53,5) destek almadıklarını bulundu .

Hastaların sigara bırakma kararlılık düzeyi incelendiğinde izlenen grubun sigara bırakma konusunda 58 hasta (%49,2) çok kararlı , 41 hasta (%34,7) kararlı , 14 hasta (%11,9) biraz kararlı , 5 hasta (%4,2) emin değilim diye cevap verdi . İzlenmeyen grubun hastaları ise 214 hasta (%44,9) çok kararlıyım ,170 hasta(%35,9) kararlıyım , 58 hasta (%12,2) biraz kararlıyım, 35 hasta (%7,3) emin değilim diye cevap verdi .

İzlenen grubun hastaları sağlık durumu incelendiğinde hastaların eşlik eden hastalıklarının dağılımı şekil 7`te gösterildi



Şekil 7. Düzenli izlenen gruptaki hastaların eşlik eden hastalıklarının dağılımı

İzlenen ve izlenmeyen grubu karşılaştırıldığında cinsiyet, içilen sigara sayısı, sigaraya başlama yaşı ve sigara bırakmada kararlık düzeyinde açısından anlamlı istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 4.5) .

Tablo 4.5 İzlenen ve izlenmeyen grupların kararlılık düzeyi açısından karşılaştırılması

	Kararlılık düzeyi				Total	P
	Çok kararlı	Kararlı	Biraz kararlı	Emin değil		
Düzenli izlenen grup	48 (%49,2)	41(%34,7)	14(%11,9)	5(%7,3)	118	0,623
Düzenli izlenmeyen grup	214(%44,9)	170(%35,6)	58(%12,2)	5(%7,3)	477	

Çalışmaya dahil edilen 118 birey nikotin bağımlılıkları açısından değerlendirildi. Sigara bırakma durumu ile Fagerström bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki izlenmedi ($p=0,104$)(Tablo 4.6)

Tablo 4.6. Fagerström bağımlılık düzeyi ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişki

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık düzeyi	Sigara bırakanlar		Sigara bırakmayanlar		P
	N	%	N	%	
1-2	9	69,2	4	30,8	0,585
2-3	9	60	6	40	
5	12	57,1	9	42,9	
6-7	16	53,3	14	46,7	
8-10	16	44,4	20	55,6	

İlk sigara içme yaşı ≤ 18 yaş ve >18 yaş olarak gruplanarak nikotin bağımlılık düzeyi ile ilk sigaraya başlama yaşı değerlendirildiğinde nikotin bağımlılık düzeyi

≤ 18 yaş sigaraya başlayan bireylerde daha yüksek düzeyde izlenirken, >18 yaş üzeri bireylerde nikotin bağımlılık düzeyi daha düşük bulundu. Bu aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulundu ($p=0,005$) (Tablo 4.).

Tablo 4.7. Nikotin bağımlılık düzeyi ile sigaraya başlama yaşı arasındaki ilişki

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık düzeyi	18 yaş ve altı	18 yaş üzeri	P
5 ve altı N (%)	31 (59,6%)	21 (40,4%)	0,005
5 üzeri N (%)	418 (77,0%)	125 (23,0%)	

Hastaları yaş olarak ikiye ayırıp sonra bu iki grubun ile fagerström nikotin bağımlılık düzeyleri arasında ilişki olup olmaması araştırdık. Fagerström bağımlılık düzeyi ile yaş grupları arasında anlamlı ilişki izlendi. Bağımlılık düzeyi 40 yaş üzerinde olgularda, 40 yaş ve altında olgulardan daha yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo:4.6).

Tablo 4.8. Nikotin bağımlılık düzeyi ile yaş arasındaki ilişki

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık düzeyi	40 yaş ve altı	40 yaş üzeri	P
5 ve altı N (%)	22 (42,3%)	30 (57,7%)	<0,001
5 üzeri N (%)	34 (6,3%)	509 (93,7%)	

Nikotin bağımlılık düzeyi ve cinsiyet arasındaki ilişki tablo 4.6'de gösterilmiştir. Bağımlılık düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki izlenmedi ($p=0,773$) (Tablo 4.).

Tablo 4.9. Nikotin bağımlılık düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişki

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık düzeyi	Kadın	Erkek	P
5 ve altı N (%)	17 (32,7%)	35 (67,3%)	0,773
5 üzeri N (%)	167 (30,8%)	376 (69,2%)	

Çalışmaya dahil edilen 118 olgunun altı aylık izlem sonunda 65'i(%55,1) sigarayı bıraktığı görüldü. Sigarayı bırakmış olanlar (grup 1) ve bırakamamış olanlar (grup 2) olarak sınıflandı. Grup 1 ve 2 arasında cinsiyet, yaş, medeni durumu, çalışma durumu, öğrenim durumu açısından fark izlenmedi (sırasıyla $p=0,568$, $p=0,560$, $p=0,894$, $p=0,376$). Sigarayı bırakan ve bırakamayan olguların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması tablo 4. 7'de verilmiştir.

Tablo 4.10. Sosyodemografik özelliklerin sigara bırakmaya etkisi

Özellik		Sigara bırakma durumu				P
		Grup 1		Grup 2		
		N	%	N	%	
Cins	Erkek	46	53,5	40	46,5	0,568
	Kadın	19	59,4	13	40,6	
Yaş	40 ve altı	31	47,7	25	47,2	0,955
	40 üzeri	34	52,3	28	52,8	
Çalışma durumu	Çalışan	53	55,2	43	44,8	0,894
	Çalışmayan	6	60	4	40	
	Emekli	6	50	6	50	
Öğrenim durumu	İlkokul	6	37,5	10	62,5	0,376
	Otaokul	7	63,6	4	36,4	
	Lise	19	63,3	11	36,7	
	Üniversite	33	54,1	28	45,9	
Medeni durumu	Evli	47	58	34	42	0,560
	Bekar	17	50	17	50	
	Dul	1	33,3	2	66,7	

İzlenen grubun hastaları sigara kullanım özellikleri açısından karşılaştırıldı. Sigara kullanım özelliklerinin bırakmaya etkisi tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Olguların sigara kullanım özellikleri sigara bırakmaya etkisi

		Grup 1		Grup 2		P
		N	%	N	%	
Günde içilen sigara sayısı	10 ve altı	6	9,2	2	3,8	0,308
	11-20 arası	37	56,9	27	50,9	
	>20	22	33,8	24	45,3	
Sigaraya başlama yaşı	18 yaş ve altı	45	69,2	38	71,7	0,770
	>18	20	30,8	15	28,3	

Evde başka sigara içen birinin olmasının bırakmaya etkisi incelendiğinde bırakanların %51'inin evinde başka birinin sigara kullandığı, %49'unun evinde sigara içen biri bulunmadığı görüldü. Evde başka sigara içen birinin bulunmasının bırakma üzerine anlamlı etkisi izlenmedi ($p=0,434$) (Tablo 4.12).

İzlenen grup hastaları hastalık olup olmaması açısından incelendiğinde, ek hastalık bulunmasının sigara bırakma üzerine anlamlı etkisi izlenmedi ($p=0,541$) (Tablo 4.12).

İzlenen grup daha önce sigara bırakmayı denemiş olmak açısından değerlendirildiğinde grup 1'deki hastalardan 54'ünün (%83,1) daha önce sigarayı bırakmayı denediği, 11'ünün (%16,9) bırakmayı denemediği, grup 2'deki hastaların 45'i (%84,9) daha önce bırakmayı denediği, 8'i (%15,9) bırakmayı denemediği görüldü. Daha önce bırakmayı deneme ile bırakma arasında anlamlı ilişki izlenmedi ($p=0,788$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Evde başka sigara içen varlığı, ek hastalık varlığı, daha önce bırakmayı denemiş olma durumu ile sigara bırakma durumunun değerlendirilmesi

		Grup 1		Grup 2		P
		N	%	N	%	
Evde başka sigara içen varlığı	Var	26	51	25	49	0,434
	Yok	39	58,2	28	41,8	
Ek hastalık	Var	15	46,9	17	53,1	0,274
	Yok	50	58,1	36	41,9	
Bırakmayı deneme	Evet	54	54,5	45	45,5	0,788
	Hayır	11	57,9	8	42,1	

Grup 1: Sigarayı bırakan hastalar Grup 2: Sigarayı bırakamayan hastalar

Kullanılan tedavi yöntemi ile bırakma oranları karşılaştırıldığında Sigarayı bırakan hastalarda 35 kişinin (%53,8) vareniklin ile birlikte davranışsal terapi, 30 kişinin (%46.1) diğer yöntemler kullandığını saptandı. Tedavi yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde her iki grupta da vareniklin ile birlikte davranışsal tedavi en sık uygulanan yöntemdi. Kullanılan tedavi yöntemleri açısından iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi (p=0,753).

Tablo 4.13. Kullanılan tedavi yöntemi ile bırakma durumunun değerlendirilmesi

	Sonuç				P
	Bırakmış		Bırakmamış		
	N	%	N	%	
Vareniklin ile birlikte davranışsal terapi	35	56,5	27	43,5	0,753
Diğer yöntemler	30	53,6	26	46,4	

Tablo 4.14 Farmakolojik ile non-farmakolojik yöntemleri ile bırakma durumunun değerlendirilmesi

	Sonuç				P
	Bırakmış		Bırakmamış		
	N	%	N	%	
Vareniklin veya Bupropion	41	63,1	33	62,3	0,928
Diğer yöntemler	24	36,9	20	37,7	

5. TARTIŞMA

Bilimsel kanıtlar kronik bir hastalık olarak kabul edilen sigara içme davranışının uygun destek ve tedavi mekanizmalarıyla terk edilebileceğini ortaya koymaktadır. Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerin sigara bırakma klinikleri sigara bağımlılığı ile ilgili çalışmalarını 3 Ocak 2008 yılında kabul edilen 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun”un kabulünden sonra hızlandırmış, özellikle kamusal otorite olan Sağlık Bakanlığı sigara bırakma kliniklerinde ilgili hizmetlerin geliştirilmesini desteklemiştir (79). Sayıca artan sigara bırakma kliniklerinde verilen hizmetlerin değerlendirilmesi, varsa eksiklerin giderilmesi önemli bir gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır. Ankara Atatürk eğitim ve araştırma hastanesi bünyesinde aile hekimlik kliniğine bağlı Sigara Bırakma Ünitesi’ne 14.12.2014-31.07.2015 tarihleri arasında sigara bırakmak üzere başvuran 595 kişiden 6 aylık bir programa alınarak izlenen 118 kişinin (%19,8) sigara bırakma ve sigara bırakmayı sürdürme olasılıklarının değerlendirildiği bu çalışma da bu tür bir gereksinimi karşılamaya yönelik olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Sigara Bırakma Ünitesi’ne başvuru sayısı ve izlenme sıklığı yıllar içinde giderek artmıştır. Bu artışta 2008 yılında 5727 sayılı yasa ile kapsamı genişletilerek uygulamaya konulan 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun”un getirdiği %100 dumansız hava sahası ve sigara fiyatlarındaki artışların payı olduğu düşünülmektedir. Fakat, başvuru sayısındaki artışa rağmen katılımcıların başvurdukları yıllara göre 6 ve 12 ay süre ile sigara bırakma durumları ve sigarayı bırakmış olanların 12. ayda bırakmayı sürdürme olasılıkları arasında fark bulunmamıştır(79).

Sigara bırakma süreci uzun bir dönemdir. Bu nedenle bırakma girişiminde bulunmuş olan kişilerin bir bölümü sonuca ulaşamamaktadır. Örneğin; Portekiz’de bir sigara bırakma kliniğinin dört yıllık sonuçlarında çoğunluğu ilk randevudan sonra olmak üzere %41,6’sının takipten çıktığı bildirilmiştir(80). Salepçi ve diğerlerinin çalışmasında ise 79 katılımcıdan 11’i (%14) ilk görüşmeden sonra ikinci görüşmeye gelmeyerek programı terk etmiştir (81). Uluslararası bu verilerle paralel olarak Ankara Atatürk

eğitim ve araştırma hastanesi bünyesinde aile hekimlik kliniğine bağlı Sigara Bırakma Ünitesi'nde yapılmış olan araştırmaya katılan 595 kişiden 477'si (%80,1) ilk veya ikincirandevudansonra programa devam etmemiş ve çalışmada izlenememişlerdir. İzlenemeyen grubun 152'si (%31,9) kadınlar, 325'i (%68,1) erkekler oluşturmuştur. İzlenemeyen gruptaki bireyler günde ortalama 22,7 sigara içmektedir . İzlenemeyen gruptaki bireylerin yaş ortalaması44,2'dir . İzlenemeyen grupta sigara içmeye başlama yaşı ortalama 16,7'dir.

Türkiye'de 2010 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına göre erkekler (%47,9), kadınlardan (%15,2) daha fazla sigara kullanmaktadır. Erkeklerin %43,8'i, kadınların %11,6'sı hergün tütün kullanmaktadır. Sigara içenler günde ortalama 17,7 sigara içmektedir; %66,1'i günde 11 sigara ve üstünde, %15,5'i ise günde 20'den fazla sigara kullanmaktadır. Sigara içme sıklığı hem kadınlar, hem erkeklerde 25-44 yaş grubunda daha yüksektir. Kadınlarda öğrenim düzeyi yükseldikçe tütün kullanımı artmaktadır; erkeklerde böyle bir fark gözlenmemiştir. Sigara içme sıklığı, çalışanlarda ve çalışabilir durumda olup iç arayanlarda, hem erkek hem kadınlarda daha siktir. Düzenli sigara içmeye başlamada ortalama yaş erkeklerde 16,6, kadınlarda 17,8 yaştır. Düzenli sigara içenlerin %41,1'i sabah uandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde ve %12,8'i ise ilk beş dakika içinde sigara içmektedirler. Halen ve son 12 aydır tütün kullanmayı bırakan eski kullanıcıların %44,8'i son yıl içinde sigara kullanmayı bırakma girişiminde bulunmuştur. Sigara kullananların %53'ü sigarayı bırakma ile ilgilendiğini, fakat %10'u gelecek ay bırakmayı planladığını belirtmiştir (82).

Olguların ilk kez sigara içme yaş ortalaması 16,8 olarak izlendi. İzlenen grubun başlama yaş ortalması 16,9, İzlenmeyen grubun başlama yaş ortalaması 16,7'di. Bu da sigara bırakmada etkin ve doğru bir yaklaşım ile hastaların önemli bir kısmının yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırabilecek önlemlerin alınabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda 18 yaş altında başlama oranı izlenen grubta %60,2 , izlenmeyen grubta %61olduka yüksekti. Ancak sigara bırakan grup ve bırakamayan grup arasında sigaraya başlama yaşı açısından anlamlı fark izlenmedi ($p=0,770$).

Adölesan dönemde sigaraya başlama yüksek oranda bağımlılığa dönüşmekte ve bu bireyler sigarayı daha zor bırakmaktadırlar. Tütün endüstrisinde bu nedenle reklamlarında özellikle gençleri hedef almaktadır (83). Türkiye'de yapılan PIAR

çalışmasında sigara bağımlılarının %20' sinin sigaraya 11-14 yaşlarında başladığı %39' unun 15-18 yaşlarında başladığı gözlenmiştir (84). Küresel Erişkin Tütün Araştırması sonucuna göre 2012 yılında ülke genelinde sigara içme oranı %27, 15 yaş altında sigaraya başlayanların oranı %16, 15-18 yaş aralığında %58 ve bu sonuçlar bizim çalışmamızla paraleldi (58).

Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversite eğitimi alanların %58.9'u sigarayı hiç denememişken, daha az eğitim almış grupta bu oran %43.3 olarak bulunmuştur (85). Bizim çalışma grubumuzda %51.7'sinin üniversite mezunu, %25.4'ünün lise mezunu olduğu görüldü. Sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerin yüksek eğitim seviyesine sahip olmaları dikkat çekiciydi. Eğitim seviyesi artıkça sigara konusundaki bilincin arttığı, kişilerin kendi sağlığına önem verdiği düşünülürdü. Ancak çalışmamızda eğitim seviyesi ile sigara bırakma arasında anlamlı ilişki izlenmedi. Çalışmamızda sigara bırakma durumu ile karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş, çalışma durumları, öğrenim durumları arasında fark izlenmedi. Göğüs hastalıkları kliniklerinin katıldığı CEASE (Collaborative European Anti-Smoking Evaluation) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde altı aylık sigara bırakma oranı ile öğrenim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (86).

Çalışmamızda medeni durum açısından sigara bırakma oranı değerlendirildiğinde evli ile bekar hastaların arasında sigara bırakma oranında anlamlı fark izlenmedi. Karalezli ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da aynı şekilde evli medeni durumsigara bırakma başarısını etkilemediğini saptanmıştır(87). İngiltere'de yapılan, 10 yıl boyunca yürütülen bir çalışmada evli olanlarda sigara bırakma oranı evli olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (88).

Evde sigara içen başka birinin olmasının bırakma üzerine etkisinin olmadığı tespit edildi. Aynı şekilde Salepçi ve ark.'nın yaptığı çalışmada da evde sigara içilip-içilmemesi ve sigara bırakma başarısı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (89). Ancak evde başka sigara içen birinin sigara bırakma başarısını olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (90,91).

Olgularımızda ek hastalık bulunmasının sigara bırakma başarısını etkilemediğini tespit ettik. Literatürde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre sigarayı daha zor bıraktıklarını bildiren çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada KOAH'lı olguların, sağlıklı sigara içicilerinden daha zor sigarayı bıraktıkları gösterilmiştir (92, 93). Bu bize komorbiditesi olan hastaların zaten sağlık durumlarının iyi olmaması nedeniyle sigara bırakmayı gereksiz görmüş olabileceklerini düşündürdü. Yapılmış iki çalışmada ise ek hastalık bulunmasının başarıyı olumlu etkilediği tespit edilmiştir (94, 95).

Bizim çalışmamızda günlük içilen sigara miktarı ile sigara bırakma arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Daha düşük sigara maruziyeti olan ve daha kısa süre sigara içen bireylerde bırakma başarısı daha yüksek izlendi. Bu da bize sigara bırakma tedavilerine ne kadar erken yaşta başlanırsa sonuçların o kadar başarılı olacağını düşündürdü. Karalezli ve ark. uzun süredir sigara tüketen ve günde 11 -20 adet sigara içenlerde sigara bırakma oranlarını anlamlı olarak düşük izlemişlerdir (87).

Yaptığımız çalışmada nikotin bağımlılık düzeyi ile cinsiyet arasında istatiki olarak anlamlı fark izlenmedi ($p=0.773$) ancak erkeklerde nikotin bağımlılık düzeyi daha yüksekti. Yazıcı ve ark.'nın yaptığı çalışmada kadın ve erkeklerde günlük içilen sigara miktarı arasında anlamlı fark izlendi (96). Cinsiyete göre toplam sigara tüketimi (paket-yıl) değerlendirildiğinde kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı fark izlenmedi. Kıter ve ark. ve Erbaycu ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda erkeklerde sigara tüketiminin kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirilmiştir (97, 98).

Çalışmamıza alınan olguların büyük çoğunluğu daha önce profesyonel destek almadan sigarayı bırakmayı denemiş ancak başarısız olmuştu. Çalışmamızda daha önce sigarayı bırakmayı denemiş olma ile sigarayı bırakma arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Literatürde bazı çalışmalarda daha önce sigarayı bırakmayı denemenin yeni sigara bırakma girişimini olumsuz etkilediği gösterilirken bazı çalışmalarda bizim çalışmamız gibi herhangi bir etki oluşturmadığı bildirilmiştir (99, 100).

Çalışmamızda kullanılan tedavi yöntemleri arasında farklılık tespit edilmese de literatürde farmakolojik tedavi ile desteklenen sigara bırakma çabalarının başarı oranlarını yükselttiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu nedenle nikotin bağımlılığı yüksek bireyler farmakolojik tedavi ile desteklenmelidir. Bizim çalışmamızda olgu

sayısının kısıtlı olması nedeniyle tedavi yöntemleri arasında anlamlı farklılık tespit edilemediği düşünülmüştür.

Sonuç olarak; mevcut sigara bırakma tedavilerine rağmen çalışmamızda sigara bırakma oranı %10,9 olarak saptandı. Kullanılan tedavi yöntemleri arasında anlamlı fark izlenmedi, en yüksek bırakma oranı Vareniklin grubunda izlendi. Sigara bırakma oranlarının artırılabilmesi için ileri çalışmalara ve sigara bırakma tedavisinde kullanılacak yeni ilaçlara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda da görüldüğü gibi sigaraya başlama yaşı (ortalama 16,8) oldukça düşüktür. Sigara ile mücadelede özellikle gençlerin sigaraya başlamasının önlenmesine yönelik çalışmalara önem verilmelidir.

Tütün kullanımının bir hastalık olduğu kabul edilmelidir. Sağlık çalışanları ve hastalar tütün bağımlılığı ve sigara içmenin etki ve yan etkileri konusunda en son araştırmalardan haberdar olmalı, bu hastalıkla mücadelede en son yöntemlerden yararlanmalıdırlar.

Sigara bırakma polikliniklerinin başarısının artırılması için öneminin vurgulanması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Sigara bırakma girişimleri tüm topluma yönelik olmalı ve izlem konusuna önem verilmelidir. Bu girişimlerle sigaraya bağlı ortaya çıkan pek çok hastalığın morbidite ve mortalitesi azaltılarak toplum sağlığına önemli katkılar sağlanacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Aile hekimliği ana bilim dalına bağlı Beşevler ve TEDAŞ Sigara Bırakma polikliniklerinde bu araştırmanın yürütülmesi sırasında kullanılmakta olan hasta dosyalarında sigara öyküsünde paket.yıl gibi değişkenlerin eksik olduğu farkedilmiş ve dosyalar yeniden düzenlenmiştir. Bu

araştırmanın sonuçlanmasından sonra düzenli olarak 6 ay aralıklarla değerlendirmelerin yapılması ve bu doğrultuda gerekli düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

Beş yüz doksan beş hastadan sadece 118 hasta düzenli izlenmiştir. Bu nedenle ileride izlemde kayıp sayısını azaltmak için ilk başvuruda bireysel görüşmeler için bekleme süreleri azaltılmalıdır. Bekleme sürelerinin azaltılması için, bireysel görüşmelerde zaman aralığının belirlendiği özel randevuların verilmesi düşünülebilir.

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Aile hekimliği ana bilim dalına bağlı Beşevler ve TEDAŞ Sigara Bırakma polikliniklerinde görev alan personel için Eğitimcilerin Eğitimi Programı düzenlenmeli ve eğitim semineri ve bireysel görüşmelerin içeriği geliştirilmeli ve standardize edilmelidir. Bu şekilde Sigara Bırakma Ünitesi'nde ilk görüşmeden sonra programa devam etmeyenlerin sayısı azaltılabilir.

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Aile hekimliği ana bilim dalına bağlı Beşevler ve TEDAŞ Sigara Bırakma polikliniklerine sigara bırakmak üzere başvuranların yakın takibi ile izlem boyutu arttırılmaya çalışılmalıdır. Böylece bireylerin düzenli olarak yakından izlenecekleri bir takip programı ile sigara bırakma başarıları ve sigara bırakmayı sürdürme başarıları artacaktır.

Yapılan araştırmalarla maliyet-etkili olduğu gösterilmiş olan farmakolojik tedavi ve psikososyal destek tedavileri SGK tarafından karşılanmaya devam edilmelidir.

Bağıışıklık sistemini baskılayarak pek çok hastalığın ortaya çıkmasında etkisi olan sigaranın zararlı etkilerinden korunmak için tütünle mücadele programları benimsenmelidir. Gençlerde ve sigaraya 10 yaşından önce başlayanlarda sigarayı bırakma durumu ve bırakmayı sürdürme olasılığı anlamlı olarak düşük bulunduğu için özellikle gençlere yönelik koruyucu yaklaşımlar geliştirilmelidir.

Tüm hekimler, 5Ö (5A) yaklaşımına uygun olarak hastalarına sigara içme durumlarını sormaları ve eğer içiyorlarsa sigarayı bırakmalarını önermeleri için teşvik edilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Seydioğulları M. (2010). Dünyada ve Türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörler. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derne
2. World Health Organization. Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
3. Bilir N. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü Ve Yarını Ertem Ve Ark. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, 2012.
4. Kaya E., Danacı A., Şakar A. Yorgancıoğlu A. Sigarayı bırakmada ruhsal etkenlerin etkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi; 6:245-50, 2005.
5. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. JAMA 283: 3244-54, 2000
6. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavileri e-Kursu, 360: Sigara Bırakma Kliniği Modül(3) Örgütüle Bırakma Sonrası Süreci Düzenle. http://www.turkiyedoktorlariniariyor.org/klinik.aspx?ders_ID=12, 08.04.2009.
7. prof. Dr. Y. İzzettin Barış .Tütün kullanımının tarihçesi , Türk Toraks Derneği http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARiHcESi-I_Baris.pdf
8. World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, World Bank. 1999.
9. Kaufman N, Yach D. Tobacco control-challenge and prospects. Bull World Health Organ 2000, 78: 867.
10. Gülbayrak C, Açık Y, Deveci SE, Oğuzöncül AF. Elazığ il merkezinde iki eğitim araştırma sağlık ocağı bölgesinde kadınların sigara içme sıklığı, Erciyes Tıp Dergisi, 2004, 26(4): 158-64.
11. Kaşıkçı M, Ünsal A, Çoban G, Avşar G. Atatürk Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Sigara Kullanma Alışkanlıkları, Toraks Dergisi, 2008, 3(9):93-8.
12. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, CDC, and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. Atlanta, Georgia., CDC. 1994.

13. Çan G. Sigara Epidemiyolojisi. in: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa; 49-58, 2002.
14. Türk Toplumunda Sigara İçme Davranışları Ve Sigara İçme Ve Sigara Karşıtı Kampanyalara Karşı Tutumlar. TC Sağlık Bakanlığı Raporu, PAR , Ocak 1988.
15. Satman I, Yılmaz T, Şengül A et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care; 25:1551-6, 2002.
16. Dabak Ş. Sigara ve Sağlık. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık;1-32, 2006.
17. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkın E. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde Sigara İçme Prevalansı, Tüberküloz Ve Toraks; 55(2):141-7, 2007.
18. Warren CW, Riley L, Asma S et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. Bull World Health Organ 78: 868-76, 2000.
19. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
20. Şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005.
21. Akdur R, Soydal T. Uluslararası Katılımlı Üçüncü Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi Bildirisi. Tütünsüz Yaşam Dergisi; 2:1-3, 2006.
22. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. n D'Amato G, Holgate ST; eds. The Impact of Air Pollution on Respiratory Health. First Ed. Sheffield: ERS Journals Ltd. Eur Respir Mon 21:161-79, 2002.
23. Barış İ, T.C. Kültür Bakanlığı Başvuru Kitapları, Sigara ve Gençlik, sayfa 18,73, 1997.
24. Kumar V., Cotran RS.,Robbins SL., Temel Patoloji (Basic Pathology), fifth edition, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri Yayınları, sayfa: 219-220,280, 1995.
25. Murin S, Bilello KS, Matthay R. Other smoking-affected pulmonary diseases. Clin Chest Med;21:121-37, 2000.
26. Akar B, Özyardımcı N, Kronik bronşit ve sigara. Akciğer Arşivi; 1: 45-8, 2002.
27. Yamada T. Gastroenteroloji El Kitabı, 1. baskı, Lippincott Williams&Wilkins, s.267,486, 2002.

28. Barlett JG. Solunum Yolu Enfeksiyonları Tedavisi, Türkçe gözden geçirilmiş 2. baskı, İstanbul, Turgut Yayıncılık-Lippincott Williams&Wilkins, sayfa;157-165, 2001.
29. Gümüşdiş G, Doğanavşargil E. Klinik Romatoloji, İstanbul, Deniz Matbaası, sayfa 418, 500, 582, 1999.
30. La Brie J.W., Pedersen E.R., Eorleywine M., Olsen H.(2006). Reducing Heavy Drinking in College Males with Decisional Balance: Analyzing An Element of Motivational Interviewing. *Addictive Behaviors*,31,254-263.
31. Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med*;154:1579-80, 1996.
32. McEwan JR. Kardiyolojide Güncel Konular, London, BMJ Publishing Group, Sayfa 5,1998.
33. Aydınlar A. Sigaranın kardiovasküler sistem üzerine etkileri. İn: Özyardımcı N.(Ed) *Sigara ve Sağlık*, Bursa; 206-215, 2002.
34. Uncu G, Sigaranın fertilité ve gebelik üzerine etkileri. İn: Özyardımcı N.(Ed) *Sigara ve Sağlık*, Bursa; 257-280, 2002.
35. Ginzel KH, Maritz GE, Marks DF ve diğérleri. (2007). Critical Review. Nicotine for the fetus, the infant and the adolescent? *J Health Psychol* 12:215-24.
36. Fırat D. (1996). Tobacco and cancer in Turkey. *J Environ Pathol Toxicol Oncol* 15:155-60.
37. Tse LA, Mang OW, Yu IT, ve diğérleri. (2009). Cigarette smoking and changing trends of lung cancer incidence by histological subtype among Chinese male population. *Lung Cancer*. doi: 10.1016/j.lungcan.2008.12.03.
38. Plummer M, Herrero R, Franceschi S, ve diğérleri. (2003). Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case--control study. *Cancer Causes Control* 14:805-14.
39. Neville BW ve Day TA. (2002). Oral cancer and precancerous lesions. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 52:195-215.
40. Boffetta P. (2008). Tobacco smoking and risk of bladder cancer. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 218:45-54.
41. Ahmet Şengün. (2010). Göz ve tütün. Aytémur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörler. *Tütün ve Tütün Kontrolü*. Türk Toraks Derneği.
42. The Tobacco Atlas. (2009). 3rd ed. American Cancer Society.

43. Subramanian J ve Govindan R. (2007). Lung cancer in never smokers: A review. *J Clin Oncol* 25:561-70.
44. Ginzel KH, Maritz GE, Marks DF ve diğeri. (2007). Critical Review. Nicotine for the fetus, the infant and the adolescent? *J Health Psychol* 12:215-24.
45. Gray R, Bonellie SR, Chalmers J, ve diğeri. (2009). Contribution of smoking during pregnancy to inequalities in stillbirth and infant death in Scotland 1994-2003: retrospective population based study using hospital maternity records. *BMJ* 339:b3754.
46. 1996 yılı 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun". <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=1.5.4207&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>
47. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu. (2008). MPOWER Paketi.
48. <http://www.resmi-gazete.org/sayi/509/5727-tutun-mamullerinin-zararlarinin-onlenmesine-dair-kanunda-degisiklik-yapilmasi-hakkinda-kanun.html>. Erişim tarihi: 02.03.2011.
49. Roehr B. (2009). Bans on smoking reduce deaths among people exposed to secondhand smoke, study shows. *BMJ* 339:b4290.
50. Sims M, Maxwell R, Bauld L, Gilmore A. (2010). Short term impact of smoke-free legislation in England: retrospective analysis of hospital admissions for myocardial infarction. *BMJ* 340:c216.
51. Joossens L, Raw M. (2010). The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. A report of the Association of European Cancer Leagues. <http://www.europeancancerleagues.eu/component/content/article/3-highlights/219-tobacco-control-scale-2010.html>.
52. Pekel Ö. Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yeniden Başlamaya Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir, 2012, Uzmanlık Tezi.
53. Boztaş MH, Abatan E. Sigara Bırakmada İlaç Tedavisi Klinik Psikiyatri 2013;16:110-119.
54. Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;5(14).
55. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Yazar: Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu, 2013.
56. Demir T. Sigara Bağımlılığı. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:231 -238.


57. Uysal MA., Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG.,Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: Reliability İn A Turkish Sample And Factor Analysis. *Tüberküloz Ve Toraks Dergisi* 2004; 52(2): 115-121.
- 58.Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) Yönetici Özeti: Türkiye. Sağlık Bakanlığı, Mayıs 2010.
- 59.Pechacek TF, Blair NA., Husten CG, Mariolis P, Starr GB. Best Practices ForComprehensive Tobacco Control Programs. Centers for Disease Control and Prevention. October 2007.
59. Rakel RE, Houston T. Nicotin Addiction. In: Rakel RE (Ed.). Textbook of family medicine. 7th Edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007; p.1457-71.
60. Akman M, Çifçili SS. Sigara Bırakma Tedavileri: Derlemeleri Temel Alan Bir Derleme. *Turkiye Klinikleri J Fam Med--Special Topics* 2010;1(4):54-62.
61. West R, McNeill A, Raw M. Smoking Cessation Guidelines For Health Professionals: an Update. *Torax* 2000;55:987-99.
62. Rigotti NA. Strategies to Help a Smoker. Who is Struggling to Quit. *JAMA*, 17 October 2012;308:15.
63. Özge C ve ark. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu, Türk Toraks Derneği, Ankara 2014.
64. Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational İnterviewing For Smoking Cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3.
65. Yaman H, Akdeniz M. Sigara Epidemisinin Üstesinden Gelmek Birinci Basamakta Sigara Bırakma İcin ICPRG Uluslar Arası Rehberi, 2007.
66. Basharut A. Syed And Kritika Chaudhari. Smoking Cessation Drugs Market. *Nature Reviews, Drug Discovery*. Volume 12 February 2013.
67. Schroeder SA. How Clinicians Can Help Smokers to Quit. *JAMA*, October 17, 2012;308(15).
68. Önen ZP. ve ark. Farklı Tedavi Yöntemlerinin Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkileri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2010; 58(4): 385-392.
69. Ülger F. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. 3.Astım & Rinit Günleri 5–8 Mart 2009, KKTC.
70. Tünnesen P et al. Higher Dosage Nicotine Patches İncrease One-Year Smoking Cessation Rates: Results From the European CEASE Trial. *Eur Respir J* 1999; 13:238-246.

71. Dedeoğlu E, Bayram B, Kıziler AU, Dedeoğlu B. Bupropion HCl Yavaş Salınlımlı Formuna Bağlı Jeneralize Tonik Klonik Nöbet. Kli nik Psikofarmakoloji Bülteni 2011;21(4):362-3.
72. Doğan YH. Sigarayı Bırakmada Antidepresanların Rolü. Türk Aile Hek Derg 2005;9(1):32-36.
73. Akvardar Y ve ark. Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2012.
74. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Turk Toraks Derg 2013;14:18.
75. Dilbaz N, Apaydın L. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşireler Arasındaki Sigara İçme, Bırakma Sıklığı Ve Sigara İçme Davranışının Özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 2002;3(2):73-83.
76. ÇAN G, Öztuna F, Topbaş M, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinin Üç Yıllık Başvuru Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Toplum Hekimliği Bülteni Cilt 25.
- 77.Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi.2006;7(1):51 -64.
78. Esra Uzaslan, Sigarayı Bırakma Yöntemleri sted• 2003 • cilt 12 • sayı 5 • 166.
- 79.<http://www.resmi-gazete.org/sayi/509/5727-tutun-mamullerinin-zararlarinin-onlenm-esine-dair-kanunda-degisiklik-yapilmasi-hakkinda-kanun.html>.
80. Aguiar M, Todo-Bom F, Felizardo M, ve diğerleri. (2009). Four years' follow up at a smoking cessation clinic. Rev Port Pneumol 15:179-97.
81. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, ve diğerleri. (2005). Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Dergisi 6:151-8.
- 82.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu", 2010.
83. Özlü T, Gençlik ve Sigara: Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık, Bursa 2002;74-84
- 84.Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması: PIAR Araştırması Ltd Sti. Ocak 1988
85. Centers for Disease Control: Cigarette smoking among adults-United States, 1995. MMWR 1997; 46:1217-1220.

86. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustausson G. Sociodemographic predictors of succes in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001; 10:165-169
- 87.Emine Argüder , Ayşegül Karalezli ve diğerleri, Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler *Türk Toraks Derg* 2013; 14: 81-7
88. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors ? *Addiction*. 2004 Jun;99 (6):770-7.
89. Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi Cilt 10, Ek 10, Haziran 2009
90. Hyland A, Borland R, Li Q, Young H-H, McNeill A, Fong GT, O'Connor RJ and Cummings KM. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control Four Country Survey. *Tob.Control* 15: 83-94, 2006
91. Borland R, Young H-H, Cummings KM, Hyland A, Anderson S and Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Tob Control* 15: 42-50, 2006
92. Onen ZP, Sen E, Eriş Gülbay B, ve ark. Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates. *Tüberk Toraks* 2010; 58:385-92
93. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdinç E, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006; 54:43-50
94. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Guidelines 2011 www.goldcopd.org
95. Can G, Oztuna F, Ozlu T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 52: 69-74, 2004
96. Yazıcı H, Çetinkaya B, Kahveci H, Demirci S. Genç bireylerde depresif belirtiler ve sigara içmeye dönük tutumlar. *Bağımlılık Dergisi* 2007; 8: 79-84.
97. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004; 5: 6-12
98. Kıter G, Baser S, Akdag B, Ekinci A ve ark. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2008; 56(1): 30-36.
99. Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease risk? A qualitative review. *Nicotine Tob Res* 2006;8:739-49

100.Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, et al. Predicting change in smoking status for self-changers. Addict Behav 1985;10:395-406

EK-1. Etik Kurul Onayı

 T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 131
KONU : 16.09.2015 Tarih ve 189 Sayılı Kurul Kararı

16.9.2015

Sayın: Yrd. Doç. Dr. Basri Furkan DAĞCIOĞLU
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz "Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları Ve Başarıda Etkili Faktörler ." isimli Dr. Luai Ahmad BULAT'un tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16/09/2015 tarih ve 189 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Halil KARA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Sekreteryası
Bilkent Yolu 3.Km. Çankaya /Ankara
Telefon: 0(312) 291 25 25 / 36 45

9. ÖZGEÇMİŞ

Luai Ahmad BULAT 1976 yılında Ürdün’de doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Ürdün’de tamamlamıştır. 2005 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olmuştur. 2005-2007 yılları arasında Ürdün Sağlık Bakanlığında pratisyen hekim olarak görev yapmıştır. 2007-2012 arasında Alanya can hastanesinde pratisyen hekim olarak görev yapmıştır.2012-2013 Kırıkale Üniversitesinde kadın doğumana bilim dalında asistan olarak görev yapmıştır. 2013 yılından bu yana Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.



