



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ATATÜRK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN HASTALARDA BAŞARISIZLIĞA NEDEN OLAN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Uzmanlık Tezi
Dr. Erdem BAYMAN

ANKARA, 2016



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ATATÜRK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN HASTALARDA BAŞARISIZLIĞA NEDEN OLAN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Erdem BAYMAN

Tez Danışmanı

Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

ANKARA, 2016

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimi süresi boyunca desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerini aktaran, aile hekimliğini bize sevdiren değerli hocalarım Doç. Dr. Sayın Mehmet UĞURLU ve Doç. Dr. Sayın Yusuf ÜSTÜ'ye,

Bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren, tez yazım aşamasında büyük emekler veren, değerli vaktini ayıran tez danışmanım Uzm. Dr. Sayın Aylin BAYDAR ARTANTAŞ'a

Asistanlık eğitimimin her aşamasında bilgi ve tecrübelerini paylaşan, yol gösteren, destek olan hocalarım Uzm. Dr. Sayın İrep KARATAŞ ERAY, Yrd. Doç. Dr. Sayın Tuncer KILIÇ, Yrd. Doç. Dr. Sayın Ahmet KESKİN, Yrd. Doç. Dr. Sayın B. Furkan DAĞCIOĞLU'na,

Bugüne kadar keyifle beraber çalışmış olduğum bütün Aile Hekimliği ve diğer branş asistanı arkadaşlarıma,

Çalışmış olduğum rotasyonlarda tanıdığım, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tüm hocalarıma, uzmanlarıma; birlikte çalıştığım tüm hemşire ve diğer sağlık personeline,

Varlıkları ile bugünlere gelmemde emekleri olan, desteklerini hiçbir koşulda esirgemeyen aileme,

Her zaman yanımda olan sevgili hayat arkadaşım Dr. Evrim BAYMAN'a,
Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Erdem BAYMAN

Ankara, 2016

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi.....	3
2.2. Tütün Kullanımının Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Tütün Kullanımının İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri	4
2.4. Tütün Ürünleri ve Bağımlılık Mekanizmaları	6
2.5. Dünyada ve Ülkemizde Tütün kontrolü	7
2.6. Sigara Bırakma Tedavileri	9
2.6.1. İlaç Dışı Tedaviler	10
2.6.2. İlaç tedavisi	11
2.7. Tütün Bağımlılığı Tedavisinde Başarı ve Başarısızlık	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri ve Ölçütleri	17
3.1.1. Sosyodemografik özelliklere ilişkin değişken ve ölçütler	17
3.1.2. Sigara kullanımına ilişkin değişken ve ölçütler	17
3.1.3. Diğer Ölçütler	18
3.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni.....	18
3.3. Verilerin analizi.....	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
7. KAYNAKLAR.....	37

8. ÖZGEÇMİŞ	42
9. EKLER.....	43
9.1. Etik Kurul Onayı	43



ÖZET

Giriş ve Amaç: Tütün kullanımı, başarısız bırakma girişimi yani nökslerle seyreden, tedavi edilebilir kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Tedavinin başarısını etkileyen pek çok faktör mevcuttur. Bu çalışmada sigara bırakma polikliniklerine başvuran kişilerde sigara bırakmada başarısızlığa neden olan faktörlerin belirlenmesi ve ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 1 Ocak 2016- 15 Haziran 2016 tarihleri arasında yürütülmüş olup vaka kontrol tipinde bir çalışmadır. Çalışmaya Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği bünyesindeki sigara bırakma polikliniklerine başvurmuş ve en az 6 aydır takip edilen kişiler dâhil edilmiştir. En az 3 aydır sigara içmediği belirlenen kişiler kontrol grubuna seçilmiştir. Veriler hasta dosyalarından elde edilmiş ve elektronik ortama aktarılmış, Statistical Package for Social Sciences Version 15.0 (SPSS 15) programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplamda vaka grubunu oluşturan 82 kişi, kontrol grubunu oluşturan 116 kişi olmak üzere 198 kişi dâhil edildi. Kadın/erkek oranı 0,33 olarak saptandı. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $43,6 \pm 11,6$ yıl olarak bulundu. Lojistik regresyon analizinde sigarayı bırakma deneme sayısının 2'den az olmasının, ek kronik hastalık bulunmasının, günlük içilen sigara miktarının 15'ten fazla olmasının sigara bırakmada başarısızlık riskini artırdığı saptanırken, çocuk sahibi olmanın sigarayı bırakmada başarı şansını artırdığı belirlendi.

Sonuç: Sigarayı bırakma her yaş grubu için önem arz etmektedir. Gençlerin sigaraya başlamasını önlemek ve sigara içenlerin bir an önce bırakmasına yardımcı olmak tüm hekimlerin hedefi olmalıdır. Fiziksel bağımlılık skoru yüksek olanlarda farmakolojik tedavi iyi değerlendirilmelidir. Daha önce başarısız girişimi olan hastalara ilk denemelerden sonra başarı şansının arttığı anlatılarak motive edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Tütün kullanımı, sigara kullanımı, sigara bırakma, başarısızlık, vaka-kontrol

ABSTRACT

Introduction and Aim: Tobacco use is accepted as a cureable chronic disease including unsuccessful quit attempts meaning recurrences. There is many factors that effects the success of the treatment. The aim of this study is to determine factors which cause failure in quitting smoking and relevance of them.

Materials and Methods: This is a case control study carried out between January 1st 2016 and July 15th 2016. Patients whom applied smoking cessation clinic in Atatürk Training and Research Hospital Family Medicine Clinic and had followed up at least 6 months were included in the study. Patients with at least 3 months of abstinence constituted the control group. Data was computerised and analysed with Statistical Package for Social Sciences Version 15.0.

Results: 82 patients in case group, 116 patients in control group and total of 198 patients were included. Female/male ratio was found 0.33. The mean age of participants was 43.6 ± 11.6 years. Logistic regression analysis indicated that less than 2 quit attempts, consuming more than 15 cigarettes per day and having a chronic disease increases risk of unsuccessful quit attempt, while having a child decreases the risk of unsuccessful quit attempt.

Conclusion: Smoking cessation is important in all age groups. Preventing smoking initiation among young people and helping people who want to quit smoking must be goals of all physicians. Pharmacological treatment must be considered in patients with high nicotine dependence scores. Patients who had unsuccessful quit attempts in the past should be motivated and explained that success of quit attempts increase after the first attempts.

Keywords: Tobacco use, smoking, smoking cesation, failure, case control

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1 Çalışmaya katılanların sigara kullanım özellikleri	20
Şekil 4.2 Cinsiyete göre sigara kullanım özellikleri.....	21
Şekil 4.3 Çalışmaya katılanların sigara bırakma deneme sayılarına göre dağılımları	23
Şekil 4.4 Vaka ve kontrol gruplarının aldıkları ilk tedaviye göre dağılımı	26



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 4.1 Vaka ve kontrol gruplarına ait sosyodemografik özellikler	19
Tablo 4.2 Vaka ve kontrol gruplarının paket yılı ve günlük içilen sigara sayılarının karşılaştırılması (ortanca, min, max)	21
Tablo 4.3 vaka ve kontrol gruplarının ev ve işyerlerinde sigara içilme durumu açısından karşılaştırılması	22
Tablo 4.4 Vaka ve kontrol gruplarının sigara bırakma deneme sayısına göre karşılaştırılması	23
Tablo 4.5 Vaka ve kontrol gruplarının FNBT skoru açısından karşılaştırılması	24
Tablo 4.6 Vaka ve kontrol gruplarının nikotin bağımlılık düzeyine göre dağılımı	24
Tablo 4.7 Vaka ve kontrol gruplarının kronik hastalık mevcudiyetine göre dağılımı	25
Tablo 4.8 İlaçlara göre yan etki sayıları	27
Tablo 4.9 İkili lojistik regresyon analizinde kullanılan değişkenlerin p ve OR değerleri	28

SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GATS: Global Adult Tobacco Surveillance System (Küresel Erişkin Tütün Araştırması)

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

FTT: Fagerström Tolerans Testi

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ABD: Amerika Birleşik Devleti

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

FDA: Food and Drug Administration (ABD Gıda ve İlaç İdaresi)

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

SSS: Santral Sinir Sistemi

MAO: Mono Amin Oksidaz

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara, dünya üzerindeki en önemli önlenabilir ölüm nedenidir. Yılda 6 milyon kişinin hayatını kaybetmesine neden olan tütün bağımlılığı, dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur (1).

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) verilerine göre tüm dünyada 1,1 milyar kişinin sigara kullandığı bilinmektedir. Bu olguların, 15 yaş üstü nüfusun yaklaşık 1/3'ünü oluşturduğu ve % 80'inin gelişmekte olan ülkelerde yer aldığı bildirilmiştir (2). Türkiye dünyada en yoğun sigara içilen ülkeler arasında yer almaktadır (3).

Tüm dünyada her on saniyede bir kişi tütün kullanımına bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Tahmini olarak 2020 yılında, yılda 10 milyon insanın sigara nedeniyle hayatını kaybedeceği ve bunların da % 70'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir (4). Küresel Erişkin Tütün Araştırması (The Global Adult Tobacco Survey;GATS), DSÖ tarafından yürütülen Küresel Tütün Sürveyans Sistemi (Global Tobacco Surveillance System;GTSS) nin yeni bir komponenti olarak şubat 2007'de başlatılmıştır. Bu küresel araştırmayla ülkeler, erişkin tütün kullanımı ve tütün kontrol ölçütleriye ilgili verilere ulaşma olanağı bulmuşlardır. Elde edilen sonuçlar, etkin tütün kontrol müdahalelerinin oluşturulması, izlenmesi ve uygulanmasında yol gösterici olmaktadır. Ayrıca araştırma sonuçlarının ülkeler bazında karşılaştırılması da mümkün olmaktadır. GATS şimdiye kadar 25'in üzerinde düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkede uygulanmıştır. Ülkeler seçilirken tütün kullanımı yoğun olanlar tercih edilmektedir (5). Türkiye'de GATS 2008 ve 2012 yıllarında olmak üzere iki kez yapılmıştır. Geçen 4 yıllık sürede Türkiye'de tütün ürünü kullanım sıklığı %13,4 oranında azalmıştır. Ancak buna rağmen Türkiye'de tütün kullanım sıklığı halen yüksek seviyelerdedir. Türkiye'de 15 yaş üstü erişkin grupta toplam tütün kullanım sıklığının %27,1 olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda sigara kullanım oranı %13,1, erkeklerde %41,5 olarak tespit edilmiştir (6). Çeşitli çalışmalarda ülkemizde sigaraya başlama yaşının 13 ile 17 arasında değiştiği gösterilmiştir (3). Gelişmiş ülkelerde ve erkeklerde sigara içme sıklığı geçmişten günümüze azalırken, kadınlarda ve gelişmekte olan ülkelerde artış olduğu bilinmektedir (4). Nüfus artışlarının yüksek olması, kadınların sosyal statülerinin yükselmesi, sağlık konusundaki bilgisizlik ve sigara bağımlılığı ile mücadele yöntemlerinin yetersizliği gibi faktörler nedeniyle bu ülkelerde sorunun artarak devam edeceği öngörülmektedir. Ayrıca gelişmiş ülkelerde sigara ile ilgili çeşitli kısıtlamalarla karşılaşan büyük sigara şirketlerinin yeni pazar arayışı ile gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelere yönelmeleri de bir diğer faktör olarak değerlendirilebilir (3).

Sigara alışkanlığı, insanların doğasında olmayan, sonradan edindikleri bir davranıştır. Bu nedenle sigara içme davranışından vazgeçilmesi de mümkündür. 2012 yılında ülkemizde yapılan Küresel Tütün Araştırması sonuçlarına göre; tütün kullanıcılarının %55,2'sinin sigarayı bırakmak istedikleri, %46'sının da bırakmayı denediği belirlenmiştir. Ancak son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenlerin %13,1'i sigarayı bırakmayı başarmışlardır. Araştırmalar sigara içenlerin %40'ının her yıl sigara bırakma girişiminde bulunduğunu ancak tıbbi destek almazlarsa çoğunun yeniden sigaraya başladığını göstermektedir (7). Sigarayı bırakmada başarıyı ve başarısızlığı etkileyen pek çok faktör mevcuttur, burada dikkat edilmesi gereken nokta kişiye özgü tedavi protokolünün uygulanmasıdır. Bunun yanında başarıyı ve başarısızlığı etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem arz etmektedir.

Bu çalışmada, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği bünyesinde yer alan Sigara Bırakma Polikliniklerine başvuran hastalarda sigara bırakmada başarısızlığa neden olan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün Kullanımının Tarihi

Tarih kitaplarına göre tütün tarımı milattan önce 6000 yılında Amerika kıtasında başlamıştır ve 4500 yıl sonra Orta Amerika’da yaşayan Mayalar tarafından kullanılmıştır. Yerliler kuru tütün yapraklarını sararak veya ufalayarak ilkel pipolarda kullanılmaktaydı. Bazılarının ise tütünden yapılmış sakızları çiğnedikleri, tütün tozlarını derilerine sürdükleri veya lavman gibi kullandıkları anlaşılmaktadır. Sonraları tütün üretimi ve kullanımı kuzeyde Kızılderililer, güneyde de İnkalar tarafından benimsenmiştir (8).

Avrupalılar tütünü 1492 yılında Küba’ya ayak basan Christopher Columbus sayesinde öğrenmişlerdir (9). Küba adasındaki yerliler tütünü dini törenlerde ve şölenlerde içmekteydiler. Avrupa’dan gelen denizcilere ikram ettikleri bu nesneyi Tobacos olarak tanıtmışlardır. Bugün Karayip denizindeki tütün yetiştiren adalardan birisi de Tobacco adası olarak isimlendirilmiştir. Amerika’ya göç eden Avrupalılar ilk kez 1531 yılında yeni kıtada tütün ekimine başlamışlardır. Virginia’da 1612 yılında ilk kez ticari amaçlı tütün tarımı gerçekleştirilmiştir.

Kuzey Amerika’da tütün üretimi 1800 yılında başlamıştır. Sigara yapan makineler 1881 yılında Birleşik Amerika’da icat edilmiştir (9).

1939 yılında Birleşik Amerikalı Dr. Ochsner tarafından sigara ile akciğer kanseri arasında ilişki ortaya konulmuştur. ABD’de sağlıktan sorumlu makam sigaranın erkeklerde akciğer kanseri yaptığını 1964 yılında ilan etmiştir (9).

Osmanlılarda tütün içimi 1500’lü yıllarda Mısır’da başlamıştır. 1853-1856 yılları arasında Kırım Savaşında Osmanlı askerleri İngiliz ve Fransız subaylarının kıyılmış şark tütününü kâğıda sararak sigara şeklinde içtiklerini görmüşler ve kısa sürede bu kullanım şeklini benimsemişlerdir (8).

Osmanlı hükümeti 1884 yılında ekonomik nedenler dolayısıyla tütün ekiminin yarı hissesini Fransız Reji şirketine vermiştir. Türkiye Cumhuriyeti kurulunca 4 Mart 1925 günü Atatürk’ün kurduğu Ulusal Tekel ile bu durum sona ermiştir (8).

2.2. Tütün Kullanımının Epidemiyolojisi

Sigara bağımlılığı en sık görülen madde bağımlılığı çeşididir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kullanımı gittikçe yaygınlaşmaktadır (4). DSÖ tahminlerine göre tüm dünyada 15 yaş üstü nüfusun 1/3’ü sigara içmektedir. Bu verilere göre yaklaşık 1,1 milyar insan sigara içmekte ve bunların yaklaşık 800 milyon gibi büyük bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır.

Türkiye tütün üretimi ve tüketiminde önde gelen ülkeler arasındadır. 2001 verilerine göre ülkemizdeki tüketim dünya tütün tüketiminin %2'sini ve DSÖ Avrupa Bölgesi tüketiminin %14'ünü oluşturmaktadır (10). Türkiye'de 2012 yılında yürütülen Küresel Erişkin Tütün Araştırması sonucu 15 yaş üstü erişkin grupta toplam tütün kullanım sıklığı %27,1'dir. Sigara kullanım oranı kadınlarda %13,1 erkeklerde %41,5 olarak tespit edilmiştir. 15 yaş üstü erişkin nüfusta her gün sigara içenlerin oranı %23,8; kadınlarda %10,7; erkeklerde ise %37,3 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde sigaraya başlama yaşının 13-17 arasında değiştiği gösterilmiştir (3).

GATS 2012'ye göre erişkin nüfusun %38,3'ü evde, %26,4'ü özel arabalarında, %12,9'u restoranlarda, kapalı ortamlarda çalışan erişkinlerin ise %15,6'sı işyerinde tütün dumanına maruz kalmaktadır (6).

2.3. Tütün Kullanımının İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri

Başta sigara olmak üzere tütün kullanımı önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (11). Sigara içenler sigarayı bırakmış olanlara veya hiç içmemişlere göre daha fazla akut ve kronik hastalıklara yakalanmaktadır. Bu yüzden gündelik aktiviteden yoksun kalarak, daha fazla okul veya iş devamsızlığı yapmaktadırlar. Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigara nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık yarısı da orta yaşlarda gerçekleşmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (12).

Sigara dumanında yaklaşık 4000 kimyasal madde olduğu, bunlardan en az 250 tanesinin zararlı olduğu ve 50'den fazlasının kansere neden olduğu bilinmektedir. Sigara direkt ölümlerle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara kalp damar hastalıklarının, serebrovasküler hastalıkların başlıca nedenlerinden biri iken, akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun ana nedenidir. Sigara kullanımının 20'ye yakın ölümcül hastalık için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Sigara içimi kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin üçte birinden, tüm kronik akciğer hastalıklarının ise %80'inden sorumlu bulunmuştur (13).

Sigara kullanımı yetişkinlerde önde gelen ölüm nedenlerinden olan koroner kalp hastalığı için en önemli risk faktörlerinden biridir. Sigara içimi koroner kalp hastalığı riskini 2-4 kat arttırmaktadır. Öte yandan sigara içiminin koroner kalp hastalığının diğer risk faktörleri olan hipertansiyon ve kolesterol yüksekliği ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerden herhangi birisinin varlığında sigara içilmesi hastalık riskini daha da arttırmaktadır. Ateroskleroz oluşumunda sigara önemli bir risk faktörüdür. Sigara içen kişilerde dolaşım yeter-

sizliğine bağlı sorunların içmeyenlere göre daha fazla olması beklenmektedir. Bunlar arasında derinin erken dönemde yaşlanması, deri enfeksiyonları, vücudun uç kısımlarında, özellikle ayak parmaklarında dolaşım bozukluğuna bağlı sorunlar sayılabilir. Ayrıca dolaşım sistemindeki bozukluğun sonuçları olan yaşlıların soğuk havada daha çok üşümesi, barsak kan dolaşımındaki yetersizlik nedeniyle beslenme ve emilim bozuklukları gibi durumlar da sigara içenlerde daha fazla görülmektedir (14).

Sigara içimi mukosilyer aktiviteyi ve alveolar makrofaj aktivitesini bozar, mukus bezlerinde hiperplazi ve hipertrofiye neden olur. Sigara dumanı temas ettiği bronş duvarındaki düz kasların kasılmasına yol açar ve bunun sonucunda hava yolu direncini artırır. Bu değişiklikler zaman içinde kronik akciğer hastalığı gelişme riskini artırır.

Sindirim kanalında çeşitli kanserler dışında sigara içimi gingivit, diş çürüğü, özofajit, ülser gibi hastalıklar için risk faktörüdür.

Osteoporoz postmenopozal dönemdeki kadınların sık karşılaştıkları bir sağlık sorunudur. Osteoporoz gelişmesinde beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, alkol kullanımı gibi faktörlerin yanı sıra sigara kullanımı da rol almaktadır. Sigara içen kadınlarda osteoporoz sıklığının daha fazla olduğu araştırmalarla ortaya konulmuştur (14).

Kanser insidans ve mortalite hızlarının yaşın ilerlemesiyle arttığı bilinmektedir. Sigara en az 10 kanser çeşidinin etyopatogenezinde önemli rol oynamaktadır. Bu kanserlerin başında akciğer kanseri gelmektedir. Bütün akciğer kanseri olgularının yüzde 90 kadarı sigara nedeniyle meydana gelir. Akciğer kanseri dışında larinks, orofarinks, özofagus, mide, kolon, pankreas, böbrek, mesane, meme ve serviks kanserinin oluşumunda da sigaranın rolü vardır. Tüm kanserlerin yaklaşık olarak üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır.

Serebrovasküler hastalıklar özellikle ileri yaşlarda en sık ölüm nedenleri arasındadır. Yaşlanmaya paralel olarak sıklığı artan önemli bir hastalık da Alzheimer hastalığıdır. Hastalık oluşumunda önceki bilgilere göre sigara içiminin koruyucu rol oynadığı düşünülmüşse de; geniş kapsamlı ve uzun süreli izlem çalışmalarında sigaranın herhangi bir koruyucu etkisi olmadığı, hatta bir etki varsa bunun olumsuz yönde olduğu ortaya konulmuştur. Algılama fonksiyonlarında yaşlanma ile ortaya çıkan kayıpların da sigara içenlerde daha fazla olduğu bulunmuştur (14).

Sigara gebelikte kullanıldığında düşük doğum ağırlıklı bebek riskini artırırken, infantlarda ani ölüm sendromuna yol açmaktadır. Pasif içicilik yılda 600 binden fazla prematür ölümüne neden olmaktadır (1).

Tüm bunlar dışında DSÖ 'sigara bağımlılığını' bir hastalık olarak tanımlamıştır. Sigara, bağımlılık yapan diğer maddeler kadar güçlü bağımlılık yapabilir (14).

2.4. Tütün Ürünleri ve Bağımlılık Mekanizmaları

Tamamen veya kısmen tütün yaprağından imal edilen, tütürülerek, emilerek, çiğnenerek ya da buruna çekerek kullanılan maddeler tütün ürünü olarak tanımlanmaktadır. En iyi bilineni sigara olmak üzere dünyanın değişik yerlerinde kullanılan tütün ürünleri nargile, pipo, puro, bidi, snuf, snus, kreteks, guthka, sarma tütün, çiğneme tütünüdür (14).

DSÖ, madde bağımlılığını, kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı olarak tanımlamaktadır. Diğer bir deyişle madde kullanımı bireye ve topluma zarar verici düzeyde bir davranış haline gelmektedir.

Tütünün en önemli psikoaktif maddesi nikotindir. Nikotin yalnız psişik değil fiziksel bağımlılığa da sebep olur. Nikotin; morfin, kokain ve amfetamin gibi güçlü bağımlılık yapan ilaçlarla karşılaştırıldığında keyif verici etkinliği daha zayıf olan bir maddedir (15). Nikotin çok kolay emilen bir maddedir ve akciğerler, ağız, burun hatta deriden kolaylıkla ve hızla emilmektedir. Nikotin bağımlılığı sigara içmeye devam etmekteki ana unsurdur (16,17).

Nikotin beyindeki nikotinic asetikolin reseptörleri üzerinden etki ederek dopamin salınımını uyarır. Dopamin akut ödüllendirici etkiden sorumlu tutulmaktadır. Nikotin ve kötüye kullanım potansiyeli olan ilaçların dopamin salgılayan nöronların 'ödül döngüsü' etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Bunun sonucunda asetilkolin, norepinefrin, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin salınımı artmaktadır. Dopamin ve norepinefrin zevk almaya ve iştahta azalmaya, asetilkolin ise performans ve bellek gücünde artışa yol açmaktadır. Anksiyetenin azalmasından ise beta endorfinler sorumlu tutulmaktadır (18).

Nikotin bağımlılığını açıklamak amacıyla bazı teoriler öne sürülmüştür. Birincisi bunun bir alışkanlık olduğunu belirtmektedir ve alışkanlık haline getiren madde olarak nikotini öne sürmektedir. İkinci teori ise sigara içmenin çocukluktan beri bilinçaltında yatan ve rasyonel bir seçenek haline dönüştürülemeyen isteklere bağlı olduğuna dayanır. Bir diğer teori sigara içmenin özellikle düşük benlik kontrollü kişilik yapısına sahip bireylerin heyecan ve yenilik arayışı içinde ortaya çıkardıkları bir davranış olduğunu ileri sürer. Son teori ise bunun bir seçim olduğunu ve sigara içenlerin bilinçli olarak sigaranın yarar ve zararlarını tarttığını, yanlış olduğunu bilseler bile buna uygun davrandıkları ya da davranmaya çalıştıklarını söyler. Son yıllarda sigara bağımlılığında psikolojik nedenler dışında çevresel ve fizyolojik nedenlerin de rol aldığı düşünülmektedir. Fiziksel bağımlılığın içilen sigara miktarı arttıkça psikolojik bağımlılığın önüne geçtiği ileri sürülmektedir (19).

Nikotin bağımlılık düzeyini değerlendirmek amacıyla ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan rutinde en çok tercih edileni Fagerström testidir. Daha sonra bu testten Fagerström Tolerans Testi(FTT) ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) geliştirilmiştir. FTT sekiz sorudan oluşmakta iken yeniden düzenlenmiş ve 6 sorudan oluşan FNBT 1991 yılında Heatheron ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (11,20). FNBT’de sigara tüketim miktarı ve ilk sigara içme zamanıyla ilgili sorulara ağırlık verilerek fiziksel tolerans ölçülmektedir. Sigara içme dürtüsü, yoksunluk belirtileri gibi bağımlılığın diğer ölçütleri değerlendirilememektedir.

Nikotin yoksunluğu sigarayı bıraktıktan sonra ortaya çıkan yoksunluk belirtileri olarak ele alınır. Uzun süreli nikotin alımı sonucu beyinde nikotin reseptörleri artar ve nikotinin bazı etkilerine tolerans gelişir. Sigara bırakıldığında ise nikotine bağlı kesilme belirtileri ortaya çıkar. Nikotin yoksunluğu kriterleri The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSMIV)’de tanımlanmıştır (17).

Birçok çalışmada sigarayı bırakma sonrası ortaya çıkan benzer yoksunluk belirtileri bulunmuştur. Bunlar arasında sigara arama davranışı, irritabilite, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, bradikardi, somatik yakınmalar, insomnia, açlık hissinde ve yemek yemede artışa bağlı kilo alımı vardır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal ve ekonomik düzeyin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasında bir rolü olmadığı saptanmıştır (21). Yoksunluk belirtileri sigarayı bıraktıktan sonraki ilk 3 gün içinde en şiddetli düzeye ulaşır ve genellikle 3-4 hafta sonra sonlanır. Sigarayı bırakanların %40’ında 4 haftadan daha uzun sürdüğü, sigara içme isteğinin ise bazı kişilerde 6 ay veya daha uzun süre devam edebildiği bildirilmiştir (22).

2.5. Dünyada ve Ülkemizde Tütün kontrolü

Tütün kullanımının zararları, bu konudaki bilimsel kanıtların ortaya konmasından önceki dönemlerden beri bilinmektedir. Bu nedenle tütün kullanımının kontrolü konusundaki uygulamalar da çok eski yıllara kadar uzanmaktadır. Ancak tütün kullanımı ile kalp hastalıkları, kanserler gibi ciddi sağlık sorunları arasındaki nedensel ilişkilerin ortaya konduğu 1950 ve sonrası dönemde tütün kontrolü konusu gerekli hale gelmiş ve bu konudaki çabalar hız kazanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve diğer bazı ülkelerde 1930 ve 1940’lı yıllarda sağlık personelinin oynadığı tütün ürünlerinin reklâmları yapılırken, günümüzde sağlık personeli tütün kontrolü çalışmalarında öncü rol oynamaktadır. Dünyadaki ilerlemelere paralel olarak ülkemizde de bu alanda önemli gelişmeler kaydedilmektedir. Özellikle 2008 yılında yürürlüğe giren yasa ile Türkiye tütün kontrolü konusunda dünyada sayılı ülkeleri arasında yer almıştır (11). Ülkemiz gibi yoğun tütün tarımı yapılan ülkelerde bile tütün kontrolünün ekonomiye zarardan çok yarar getirdiği bildirilmektedir (16).

Tütün ile etkin mücadele edebilmek için birçok sektörün işbirliği gerekmektedir. Tütünle mücadele stratejisinde ana başlıklar aşağıda yer almaktadır:

1. Çocukların tütün bağımlı olmasının engellenmesi,
2. Tütün sektöründen ve ülke enflasyon oranlarından daha fazla artan bir vergilendirme sistemi sayesinde tütün kullanımının mali politikalar yoluyla engellenmesi ya da azaltılması,
3. Artırılan vergilerden elde edilen gelirlerin bir kısmının tütün endüstrisinden bağımsız biçimde tütün kullanımını önlemeye ve sağlığı geliştirmeye yönelik etkinliklere ayrılması,
4. Çevresel sigara dumanına maruziyetin etkin önlemlerle ortadan kaldırılması,
5. Tütün piyasasının kar hırsı ile çalışan tütün şirketleri tarafından belirlenmesine izin vermemek için bu alanda devletin tekel gücünün korunması,
6. Tütünün sosyal kabul gören bir madde olmaktan çıkarılması,
7. Direkt ya da dolaylı reklam, promosyon ve sponsorlukların ortadan kaldırılması,
8. Tütün ürünlerinde yapılacak yeni düzenlemeler; çarpıcı sağlık uyarılarının paketlere konulması, tütün ürünlerinin toksik içeriklerinin paket üzerinde belirtilmesi,
9. Tütün üretimi ve fabrikasyonuna alternatif ürünlerin promosyonu ve desteklenmesi,
10. Tütün ile ilgili konuların etkin yönetimi, izlenmesi ve değerlendirilmesi,
11. Tütün bağımlılığının tedavisinin yaygınlaştırılması ve iyi hekimlik pratiğinin bir parçası olarak algılanarak uygulanması (23).

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

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

Protect people from tobacco smoke: Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenmelerinin önlenmesi

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

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

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

Raise taxes on tobacco: Tütüne uygulanan vergi miktarının artırılması (4)

Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesine dair kanun Türkiye'deki tütün mücadelesi bakımından dönüm noktası olmuştur. Zaman içinde ülkede tütün karşıtı kamuoyu oluşmuş, tütün kullanımında azalma meydana gelmiştir. 2003 yılında DSÖ Genel Kurulu toplantısında TKÇS kabul edilmiştir. Çerçeve Sözleşmenin ana teması, tütüne olan talebin ve tütün arzının azaltılması, tütün ve tütün ürünlerine ulaşmanın güçleştirilmesi konularıdır. Çerçeve Sözleşme uyarınca üye ülkelerin ulusal tütün kontrol programı hazırlaması beklenmektedir. Türkiye bu Sözleşmeyi 2004 yılında imzalamış ve aynı yıl Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) onaylamak suretiyle sözleşmeye "taraf" ülke konumuna gelmiştir. Sözleşme uyarınca devlet ve sivil toplum taraflarının katılımı ile Ulusal Tütün Kontrol Programı ve 2008–2012 yıllarını kapsayan Ulusal Eylem Planı hazırlanmıştır. Ulusal Program ve Eylem Planı içinde yer alan amaç ve hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için yasal destek gereği belirmiş, hem 1996 yılındaki yasanın kapsamını genişletmek ve hem de Eylem Planı hedeflerini gerçekleştirmek için yeni bir yasal düzenleme yapılması yoluna gidilmiştir. TBMM Komisyonlarında "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'da Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" (No.5727) 3 Ocak 2008 günü kabul edilmiştir (23). Bu yasanın yürürlüğe girmesiyle birlikte Türkiye tütün kontrolü konusunda dünyada sayılı ülkeler arasında yer almıştır. Ülkemizde hekimler Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi'ne katılarak sertifika alabilmektedir. Sigara bırakma polikliniklerinde bu konuda sertifikalı hekimler görev yapmaktadır. Sigarayı bırakmak isteyen kişiler sigara bırakma polikliniklerine ücretsiz olarak bireysel olarak başvurabildikleri gibi 171 numaralı Sigara Bırakma Danışma Hattı'nı arayarak da destek ve randevu alabilmektedir.

2.6. Sigara Bırakma Tedavileri

Sigara bırakma tedavisinin dört önemli endikasyonu vardır;

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

Sigara içen bireyler, sigarayı bırakma tedavisine alınmadan önce sigara içme özellikleri, bağımlılıklarının şiddeti, bırakmayı isteyip istememeleri konularında çok iyi değerlendirilmelidir. Tüm dünyada sigara bırakma tedavileri yüz yüze görüşmeler ve telefon danışmanlığı çerçevesinde yapılmaktadır. Sigara bırakma programlarının iki önemli bileşeni bulunmaktadır. Bunlardan birincisi davranışsal ve bilişsel tekniklerle günlük hayatta bireyi sigara içmeye dür-

ten tehdit unsurlarının farkındalığını artırmak, bunları değiştirmesini sağlamak, yoksunluk ve stresle baş etme yöntemlerini öğretmek, diğeri ise farmakoterapi uygulayarak fiziksel yoksunluk belirtilerini azaltıp bırakma sürecini kolaylaştırmaktır. Günümüzde sigara bırakma tedavisinde kullanılan ajanlar; nikotin preperatları, bupropion ve vareniklidir. Aşağıda non-farmakolojik ve farmakolojik tedavilere ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.6.1. İlaç Dışı Tedaviler

Sigara bırakma sürecinde başarı kişinin sigara içme durumu ile ilgili özelliklerinin doğru tanımlanmasıyla ilişkilidir. Hastanın tütün ürünlerini bırakmaya istekli olup olmamasına göre iki yaklaşım mevcuttur. Bunlardan birincisi tütün ürünü kullanan ve bırakma girişiminde bulunmaya istekli olan hastalar için 5A veya Türkçe karşılıkları olarak 5Ö yaklaşımıdır:

Öğren (Ask) : Bireyin başvuru nedenine bakılmaksızın sigara kullanım durumu sorgulanmalıdır.

Öner (Advice) : Her sigara kullanıcıasına mutlaka sigarayı bırakması önerilmelidir. Bu öneri net, güçlü ve kişiye özel olmalıdır.

Öl (Assess) : Hastanın sigarayı bırakmayı istemesinin nedenleri, kararlılık düzeyi, daha önce bırakma deneme ve tecrübeleri sorgulanmalıdır. Hastanın nikotin bağımlılık düzeyi ve CO düzeyi ölçülmelidir.

Önderlik et (Assist) : Hastaya sigarayı bırakma konusunda yardımcı olunmalıdır. Bırakma günü belirlemek, karşılaşacağı zorlukların çözümleri konusunda tavsiyeler vermek, motivasyon sağlamak, gerekirse sosyal destek vermek ve uygun tedavi seçeneğini önermek bu başlık altında değerlendirilir.

Örgütle (Arrange) : Hasta takiplere çağırılmalı ve telefon görüşmeleri planlanmalıdır. Tekrar başlama önlenmeye çalışılmalıdır. Hasta motive edilmeli ve sigarasız dönemde karşılaştığı zorluklar için çözümler önerileri üretilmelidir.

Her başvuran hastanın sigara kullanımı sorgulanmalı ve sigara içme özellikleri belirlenmelidir. Sigarayı bırakma konusunda isteksiz olan hastalar için olan ikinci yaklaşım 5R veya Türkçe karşılığı ile TERKET modelidir.

Tüm etkileri gözden geçirme (Relevance) : Hastanın o anki durumu (hastalık, aile, çocuk, sosyoekonomik durum, sağlık endişesi, yaş gibi) ele alınarak sigara içmenin veya bırakmasının bu durumlarla ne kadar ilgili olduğu anlatılmalıdır.

Riskler (Risks) : Sigara kullanımının akut dönem riskleri, uzun dönem riskleri ve çevresel riskleri anlatılmalıdır. Akut dönem riskleri; nefes darlığı, artmış solunum yolu enfeksi-

yon riski, impotans, infertilite ve gebeliğin zarar görmesi riskidir. Uzun dönem riskleri; KOAH, kalp krizi, inme, akciğer kanseri ve diğer kanserler, osteoporoz riskidir. Çevresel risklerde; sigara dumanına maruz kalan aile bireylerinde artmış kalp krizi ve kanser riski, artmış solunum yolu enfeksiyon riski, gebeliğe zarar verme riski, ani infant ölümü sendromu, çocuklarda astım riski sayılabilir.

Kazançlar (Rewards) : Hasta sigarayı bıraktığında ortaya çıkacak yararlar anlatılmıdır. Sağlık durumunun adım adım düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir.

Engeller (Roadblocks) : Sigarayı bırakma sürecindeki engeller ve zorluklar belirlenmeli ve hastaya çözüm önerileri sunulmalıdır.

Tekrarlama (Repetition) : Hastaların her başvurusunda motivasyonel desteğin tekrar verilmesi gerekir. Daha önce başarısız bırakma denemeleri olan hastaya motivasyonel destek sağlanmalı ve bu durumun sonraki denemesinin de başarısız olacağı anlamına gelmediği anlatılmalıdır (1,14).

2.6.2. İlaç tedavisi

Sigara bırakma tedavisinde amaç kişide gelişen psikolojik bağımlılığın ve fiziksel bağımlılığın üstesinden gelmektir. Bağımlı bir kişide sigarayı bıraktığı zaman yoksunluk belirtileri görülmektedir. Bu durum sigarayı bırakmaya çalışan kişilerin başarısızlığında rol alan en önemli faktörlerdendir. Bu yüzden bu belirtileri önlemek veya şiddetini azaltmak için ilaç tedavileri geliştirilmiştir. İlaç tedavileri nikotin yerine koyma tedavisi ve nikotin içermeyen ilaç tedavisi olarak iki gruba ayrılır. Nikotin yerine koyma tedavisinde kullanılan nikotin formları transdermal band, sakız, sublingual tablet, inhaler ve nazal sprey şeklindedir. Nikotin içermeyen ilaç tedavisi ise bupropion ve vareniklin tedavilerini içerir.

2.6.2.1 Nikotin Yerine Koyma Tedavisi (Nikotin Replasman Tedavisi: NRT)

Nikotin yerine koyma tedavisinin amacı, sigaranın bırakılmasını izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk belirtilerini gidermektir. Kişide yüksek veya orta derecede nikotin bağımlılığı saptanırsa, günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmemişse NRT uygulanır. NRT'nin kullanılmaması gereken durumlar; gebelik, emzirme dönemi, 18 yaş altı, son 6 hafta içinde geçirilmiş akut miyokard enfarktüsü, anstabil anjina pektoris ve aritmi-

lerdir. Ayrıca bant formu, psöriazis ve egzema gibi inatçı deri hastalığı olanlarda önerilmektedir (24).

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

Nikotin sakızı yüksek bağımlılığı olanlarda 4 mg'lık formlar ile tedaviye başlanmalıdır (kanıt düzeyi B) (25). Günde 25 adetten az sigara içenlerde 2 mg'lık formun, günde 25 adet ve daha fazla sigara içenlerde 4 mg'lık formun, günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilmektedir. Nikotin sakız tedavisinin 8–12 hafta kullanılması yeterlidir, ancak gerektiğinde bu süre uzatılabilir. Diğer yerine koyma tedavilerine göre avantajı hastanın içme isteğine göre süreci yönetebilmesidir (11). En sık rastlanan yan etkileri ağız irritasyonu, çenede ağrı, dispepsi, hıçkırık ve bulantıdır (24).

2. Nikotin sublingual tablet: 2 mg'lık tabletler dilaltında çözülmemektedir. Emilim oral mukozanın her tarafından olmaktadır. Saatte bir tablet kullanılması önerilmektedir. Tabletler 20 dakika kullanıldıktan sonra atılmalıdır (24).

3. Nikotin İnhaler: Yerine koyma tedavisinde etkilidir (kanıt düzeyi A). Tam olarak inhaler değildir; oral mukozadan emilim olmaktadır (25). Her inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içermekte ve her kullanışta 1,5-2,0 mg nikotin alınmaktadır. Başarılı bir sonuç için 6-16 kartuş/gün önerilmektedir. Yeterli serum seviyesinin oluşması için inhalatörün her saat 20 dakika kullanılması önerilir. İnhalatör üç kez 20 dakika kullanıldıktan sonra kartuş değiştirilmelidir. Geçici ağız ve boğaz irritasyonu, öksürük en sık görülen yan etkileridir (24). Ülkemizde henüz bulunmamaktadır.

4. Nikotin Bandı: Yerine koyma tedavisinde etkilidir (kanıt düzeyi A) (25). 16 saat ve 24 saat kullanılabilen formları bulunmakta olup ülkemizde 24 saatlik formu mevcuttur. Bant ile vücuda saatte 1 mg nikotinin kontrollü verilmesi sağlanır. 24 saatlik formdaki bantlar, üç farklı boyutta olup 30 TTS formunda 21 mg, 20 TTS formunda 14 mg, 10 TTS formunda ise 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 30 TTS (21 mg) formu ile başlanıp 4 hafta devam edilmesi, daha sonra 2'şer hafta süreyle ardı ardına 14 ve 7 mg şeklinde tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. İçilen sigara sayısının 10-15 adet olduğu veya daha az içildiği halde bırakıldığında yoksunluk tanımlanan durumlarda 14 mg'lık dozla başlanıp azaltarak 8 haftaya tamamlanabilir. Bant tercihen üst kola veya gövde ön yüzünde tüsüz bir bölgeye uygulanmalıdır ve her gün uygulama yerinin değişmesi gerek-

lidir. Tedaviye, hedeflenen sigara bırakma gününde başlanır. Tedavi ile birlikte sigara içilmemesi gerektiği konusunda hasta uyarılmalıdır.

Yan etkiler, genellikle hafif ve geçicidir. Uygulama yerinde alerjik reaksiyon, aritmi, taşikardi, baş ağrısı, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, uykusuzluk, bulantı, kas ağrısı, sersemlik, daha nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık ya da ishal, eklem ve sırt ağrısı görülebilir (24).

2.6.2.2 Bupropion

Bupropion sigara bırakma tedavisinde etkinliği gösterilen FDA tarafından 1997 yılında onaylanan ilk nikotin içermeyen ajandır. Sigara bırakma tedavisinde etkili bir ajandır. (Kanıt Düzeyi A) Muhtemel mekanizması nöronal dopamin ve noradrenalin reuptake inhibisyonu ve nikotinic asetilkolin reseptör blokajıdır (25). Nontrisiklik antidepresan bir ilaçtır. Sigarayı bırakmadaki yardımcı etkisi, antidepresan etkisinden bağımsızdır. 8 haftalık kullanımının yeterli olduğu bildirilmektedir. İlk 3 gün 150 mg, 4. günden sonra 300 mg/gün olarak kullanılır. İleri yaşlarda tavsiye edilen doz 150 mg/gün'dür. Tedaviye başladıktan sonra 7-14 gün içinde sigara bırakma günü belirlenir. Birey tedavi altındayken sigarayı bırakır ve tedavi aynı dozda sürdürülür (24). Kontrendike olduğu durumlar; konvülsiyon ve konvülsiyon eşliğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı veya santral sinir sistemi (SSS) travması öyküsü, kontrolsüz hipertansiyon, ağır hepatik nekroz, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve monoamin oksidaz (MAO) inhibitörü kullanma öyküsü, 18 yaş altında olma, gebelik, bupropiona aşırı duyarlılık, SSS tümörleri, bipolar bozukluk, çok ağır sirozdur. Ağır karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği olanlar, 65 yaş üzerinde olan kişilerde ve 45 kg altında olan hastalarda dikkatli kullanılması gerekir.

En sık bildirilen yan etkiler, baş ağrısı, uykusuzluk, bulantı ve ağız kuruluğudur. İlacın kullanımını sırasında deride kızarıklıklar ve kaşıntı da bildirilmiştir. Bupropion nadiren konvülsiyona neden olabilir, sigara bırakma amacı ile kullanılan dozda konvülsiyon gelişme olasılığı 1/1000 olarak bildirilmiştir (11).

Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ve bupropion kombine kullanılabilir (26).

2.6.2.3 Vareniklin

Vareniklin FDA tarafından 2006 yılında sigara bırakma tedavisinde etkinliği onaylanan nikotin içermeyen bir ajandır (Kanıt Düzeyi A) (25). Santral sinir sisteminde nikotinin bağlandığı nikotinic reseptörlerden $\alpha_4\beta_2$ subünitesi içerenler; nikotin bağımlılığı ve yoğun

sigara içme isteği gelişiminde anahtar rol oynar. Vareniklin, $\alpha_4\beta_2$ reseptörleri uyararak nikotinik agonist etkileri ile dopamin salınımını sağlar, izleyen dönemde nikotin alınsa bile dopamin salınımında artış olmaz (antagonist etki). Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken, yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engellemektedir (24). Tedaviye günde 0,5 mg dozu ilk üç gün kullanarak başlanır, takiben 4-7. günler arası 0,5 mg sabah akşam, 8-14. günler arası 1 mg/gün dozu ile devam edilir. İlaça başladıktan sonra 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda sigarayı bırakma günü belirlenir. Tedaviye 12 hafta devam edilir (26). Ancak 24 haftalık tedavinin sigarayı 6 ay ve 1 yıllık süreyle bırakmada başarıyı artırdığı da görülmüştür. Yapılan çalışmalarda tedavi süresinin 1 yıla kadar uzatılmasının nüks olasılığını azalttığı bildirilmiştir (25).

İlacın en sık bildirilen yan etkisi bulantıdır (%35,8). Diğer yan etkiler uykusuzluk (% 22), baş ağrısı (% 16,8), anormal düşler (% 14,4) olarak sıralanabilir. Bu yan etkilerin görülme sıklığını azaltmak amacı ile ilaç ilk hafta düşük dozda başlanıp tedricen doz arttırılır. Bulantının sorun olduğu olgularda ilacın yemekler ile birlikte alınması önerilir, buna rağmen bulantı devam ederse günlük doz 1 mg düşülür ve bulantı kontrol altına alındıktan sonra bir kez daha doz arttırılması denir. Diğer yan etkilerde olgunun sigara bırakma girişimini etkileyecek kadar sorun yaratıyorsa öncelikle doz azaltılması denemelidir, doz azaltılınca semptomların azaldığı veya tamamen kaybolduğu görülmüştür. Karaciğer yetmezliği olanlarda doz değişikliği yapmaya gerek yoktur. Ağır renal yetmezliği olan olgularda ise günlük dozun 0,5 mg düşürülmesi önerilir. Yaşlılarda veya farklı ek hastalıkları olan olgularda doz değişikliğine gerek yoktur. Vareniklin kullanımında metabolik, hematolojik ve kardiyak değişiklik olmadığı için herhangi bir laboratuvar değerinin izlenmesine gerek yoktur. Vareniklin kullanmasına rağmen sigara bırakma girişiminde motivasyonunu kaybeden ve sigaraya tekrar başlayan olgularda bütün destek yöntemlere rağmen nüks oluşmuşsa tedavi 12. haftayı tamamlamadan ilaç kesilebilir. Vareniklinin tedavinin 12. veya 24. haftasında kesilmesi sırasında doz azaltmaya gerek yoktur, ilaç aniden kesilebilir (26).

Vareniklinin nikotinik reseptör antagonistik etkilerinden dolayı NRT ile kombinasyonu önerilmez (25). Bilinen bir kontrendikasyonu ve ilaç etkileşimi saptanmamış olmakla birlikte klinik kullanımlarda nöropsikiyatrik semptomlar (davranış değişiklikleri, ajitasyon, depresif duygudurum, intihar düşüncesi, intihar eylemi gibi) meydana geldiğine dair bildirimler olmuştur. Bu nedenle tedavi planlanırken olgular, anamnezinde herhangi bir psikiyatrik hastalık yönünden sorgulanmalı, tedavi sırasında da nöropsikiyatrik semptomlar açısından gözlemlenmelidir. Nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, ajitasyon, depresif durum, intihar eğilimi ve varolan psikiyatrik durumun kötüleşebileceği bildirilmiştir. Bu tür semptomlar si-

gara içenlerde yaşanabildiği gibi nikotin yoksunluk semptomları çeken diğer olgularda da görülebilmektedir. İlaç kullanımından bağımsız olarak bütün sigara bırakma girişiminde bulunan olgular hekimi ve yakınları tarafından bu tür semptomların ve duygulanım farklılıklarının oluşumu açısından yakından gözlenmelidir. Dikkatte azalma ve görüntü bozukluğu yapabildiği bildirilmiş, uzun süre araç kullananlarda, ağır vasıta şoförlerinde, pilotlarda ve hava trafik kontrolörlerinde kullanılmaması önerilmiştir. Vareniklin gebelerde ve süt veren annelerde, 18 yaş altı olanlarda ve son dönem böbrek yetmezliği olanlarda kullanılmamalıdır (26).

2.7. Tütün Bağımlılığı Tedavisinde Başarı ve Başarısızlık

Araştırmalar insanların sosyal, psikolojik ve farmakolojik faktörlerin etkisi ile sigara içtiğini göstermiştir. Sigaraya başlatan faktörlerle sürdürülmesine neden olan faktörlerin genellikle farklı olduğu kabul edilmektedir. Sosyal ve ailesel faktörlerin sigaraya başlamada önemli olduğu düşünülmektedir. Aile bireylerinin ve arkadaşların sigara imgesi ergenlikte sigaraya başlama ile yakından ilişkili iken; nikotin bağımlılığı, genetik ve psikososyal faktörler sigara içme davranışını sürdürmede önemlidir. 20 yıl boyunca günde 1 paket sigara içen bir kişi 1 milyon kez duman inhale etmiştir ve bu tekrarlayıcı hareketler günlük hayatta çok güçlü uyarılmaya yol açar. Sigara ile ilişkili uyarılmanın özellikle sosyal ve stresli ortamlardaki nüklere katkısı olduğu saptanmıştır. Aile ve arkadaşların sigara içimi bırakmayı zorlaştıran faktörlerdendir (13).

Sigara içimine ve bu davranışın sürdürülmesine biyolojik, psikolojik, davranışsal ve çevresel faktörler katkıda bulunur. Bu yüzden her bir sigara içicisi biyopsikososyal yönden değerlendirilir. Kişinin sigarayı bırakma davranışı ile ilgili hangi değişim evresinde olduğunu saptamak, nikotin bağımlılığının ciddiyetini değerlendirmek, sigara içme nedenlerini ve sigara içmeyi tetikleyici faktörleri belirlemek ve tedaviyi etkileyebilecek muhtemel psikiyatrik komorbiditeyi tanımlamak bu değerlendirme sürecinin ilkesel amaçlarıdır. Tütün bağımlılığı kronik bir hastalığın birçok özelliğini gösterir. Remisyon ve nüks dönemlerini içeren döngüsüyle uzun yıllar süren inatçı bir durumdur. Sigara içimi ve bağımlılığı DSÖ, Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration; FDA) gibi dünya sağlık otoriteleri tarafından bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Klinisyenlerce de tütün bağımlılığı kronik süreçli bir hastalık olarak kabul edildiğinde tedavi etkinliği de artacaktır (25).

2012 yılında ülkemizde yapılan Küresel Tütün Araştırması sonuçlarına göre erişkin ülke nüfusuna oranı % 27,1 olan tütün kullanıcılarının % 55,2'si sigarayı bırakmak istediklerini belirtmişler ve % 46'sı da bırakmayı denemiştir. Yaşamının bir döneminde her gün sigara içmiş olanların dörtte birinden biraz fazlası (% 27,2) sigarayı bırakmıştır. Sigara içmiş olanların (halen sigara içenler ve son 12 ayda sigarayı bırakmış olanlar) yaklaşık yarısı son bir yıl içinde sigarayı bırakmayı denemişlerdir. Ancak bunların % 13,1'i sigarayı bırakmayı başarabilmişlerdir. Araştırmalar sigara içenlerin % 40'ının her yıl sigara bırakma girişiminde bulunduğunu ancak yardım almazlarsa çoğunun yeniden sigaraya başladığını göstermektedir (7).

Birçok sigara içicisi sigarayı bırakabilmek için birçok denemede bulunur. Sigara bırakma üzerine etkili olduğu düşünülen yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, meslek, eğitim, ev koşulları, var olan akciğer ve kalp damar sistemi hastalıkları, günlük içilen sigara sayısı ve nikotin bağımlılıklarının etkisinin değerlendirildiği pek çok çalışma yayınlanmış ve farklı sonuçlar elde edilmiştir (27,28,29,30,31). Sigara bırakmada kişisel faktörlerin yanında çevresel faktörlerin de etkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda, sigarayı bırakmada başarısızlığa etki eden çevresel stresörlerin belirlendiği geniş kapsamlı ulusal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 1 Ocak 2016- 15 Haziran 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği bünyesindeki Sigara Bırakma Polikliniklerine başvuran en az 6 ay takip edilen kişiler dâhil edilmiştir. Çalışma vaka kontrol tipinde bir çalışma olarak kurgulanmıştır. Mart ve Nisan 2016 tarihlerinde geriye dönük olarak en az 6 ay süreyle takip edilmiş tüm hastaların dosyaları incelenmiştir. Vaka grubunu en az 6 ay sonunda sigarayı bırakamamış olan kişiler, kontrol grubunu ise bu süre sonunda sigarayı bırakmış olan kişiler oluşturmaktadır. Her iki grubun sosyodemografik ve sigara kullanım özellikleri, ek hastalıkları, Fagerström nikotin bağımlılık testi ile belirlenmiş bağımlılık düzeyleri, uygulanan tedavi protokolleri hasta dosyalarından elde edilmiştir.

Çalışmaya sigara bırakma polikliniklerinde en az 6 aydır takip edilen ve takiplerine düzenli olarak riayet eden kişiler dâhil edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan kişilerin en az 3 aydır sigara içmedikleri kayıtlardan ve gerektiğinde telefonla teyit edilerek kaydedilmiştir.

3.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri ve Ölçütleri

3.1.1. Sosyodemografik özelliklere ilişkin değişken ve ölçütler:

- Yaş: En küçük - en büyük ve ortalama değerler olarak incelenmiştir.
- Cinsiyet: Cinsiyete dağılım yüzde olarak incelenmiştir.
- Medeni durum: Alt kategorilerin dağılımı yüzde olarak sunulmuş, bazı kategoriler birleştirilerek sunulmuştur.
- Çocuk sahibi olma: Çocuk sahibi olma durumu yüzde olarak incelenmiştir.
- Eğitim düzeyi: Alt kategoriler yüzde olarak sunulmuş, bazı kategoriler birleştirilerek sunulmuştur.

3.1.2. Sigara kullanımına ilişkin değişken ve ölçütler:

- Başlama yaşı: Ortanca olarak incelenmiştir.
- Kullandığı süre: Ortanca olarak incelenmiştir.
- Günlük içilen sigara sayısı: Ortanca olarak incelenmiştir. Kategoriler oluşturulmuştur.
- Paket yılı: Günde içilen sigara paket sayısı x yıl olarak hesaplanmış, ortanca olarak sunulmuştur.

- Nikotin Bağımlılık Düzeyi: Dosyada mevcut olan Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi sonuçlarına göre değerlendirilmiş, sayısal olarak ve kategoriler oluşturularak incelenmiştir. 0-2 puan çok düşük düzey nikotin bağımlılığı, 3-4 puan düşük düzey nikotin bağımlılığı, 5 puan orta düzey nikotin bağımlılığı, 6-7 puan yüksek düzey nikotin bağımlılığı ve 8-10 puan çok yüksek düzey nikotin bağımlılığı olarak kategorize edilmiştir.
- Sigara bırakma deneme sayısı: Kategori oluşturularak incelenmiş, alt kategoriler birleştirilmiştir.

3.1.3. Diğer Ölçütler:

- Ek hastalık: Yüzde ve frekans dağılımı olarak incelenmiştir.
- Uygulanan tedavi: Kategori olarak sunulmuş, yüzde ve frekans olarak incelenmiştir.
- Yan etki: Yüzde ve frekans olarak incelenmiştir.

3.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

- Sigarayı bırakma durumu: En az 6 ay süreyle takip edilmiş hastalar sigarayı bırakma durumlarına göre sigarayı bırakanlar (kontrol grubu) ve bırakamayanlar (vaka grubu) olarak gruplandırılmıştır. Sigarayı bırakan grup en az 3 ay süre ile sigara içmemiş ve hâlâ içmeyen kişilerden oluşmuştur.

3.3. Verilerin analizi

Poliklinik dosyalarından elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 istatistik paket programı aracılığıyla bilgisayar ortamına aktarılmış ve analizi yapılmıştır. Sigara bırakan ve bırakamayan gruplar yukarıda bahsedilen değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Bu şekilde sigarayı bırakamayan grupta başarısızlığa neden olan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Niteliksel verilerin sunumunda frekans tabloları, niceliksel verilerin sunumunda aritmetik ortalama kullanılmıştır. Elde edilen niteliksel veriler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için Ki-kare, F testleri, lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Niceliksel veriler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için T testi, Mann-Whitney U testi, Pearson ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır.

$p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Lojistik regresyon analizinde modele katılan değişkenler için uygulanan “backward elimination” modelinde anlamlılık düzeyi $p < 0,10$ olan değişkenler modele dâhil edilmiştir.

4. BULGULAR

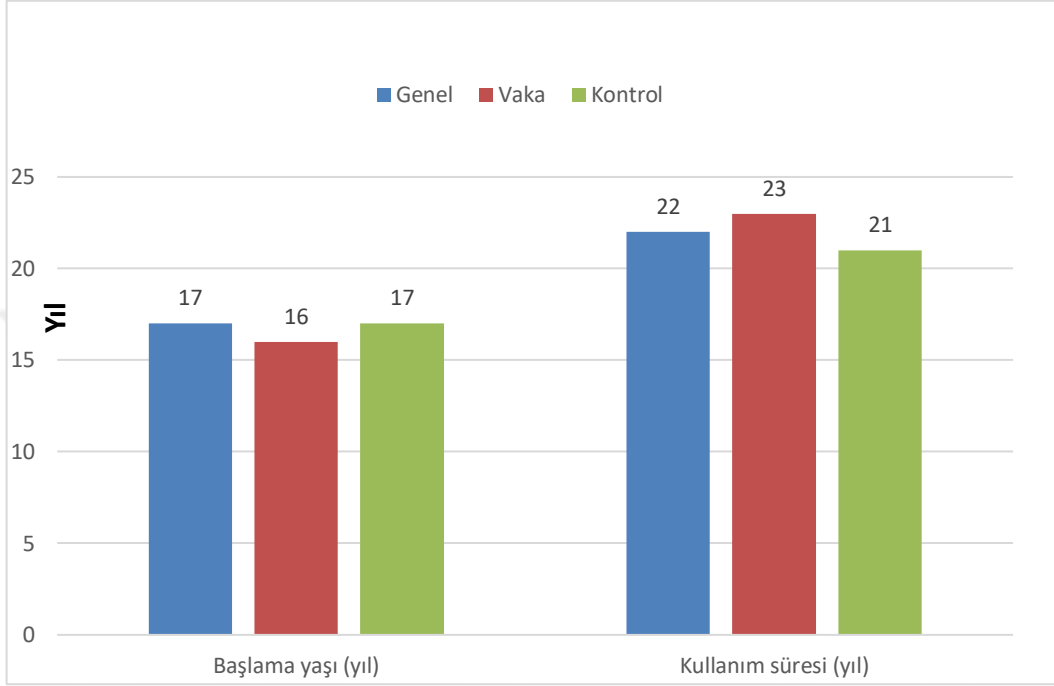
Çalışmaya toplamda vaka grubunu oluşturan 82 kişi, kontrol grubunu oluşturan 116 kişi olmak üzere 198 kişi dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılanların %24,7'si kadın, %75,3'ü erkekti. Sigarayı bırakmış olan grupta (kontrol grubu) kadın/erkek oranı 0,28, sigarayı bırakmamış olan grupta (vaka grubu) kadın/erkek oranı 0,36 olarak bulunmuştur. Vaka ve kontrol grupları cinsiyet dağılımı açısından farklılık göstermemektedir ($p=0,443$). Çalışmaya katılan kişilerin genel yaş ortalaması $43,6 \pm 11,6$ yıl iken, vaka grubunda yaş ortalaması $44,1 \pm 11,8$, kontrol grubunda yaş ortalaması $42,9 \pm 11,23$ olarak bulunmuştur. Vaka ve kontrol gruplarında yaş ortalaması açısından da anlamlı fark saptanmamıştır ($p= 0,466$). Vaka ve kontrol gruplarına ait diğer sosyodemografik özellikler Tablo 4.1 de sunulmaktadır.

Tablo 4.1 Vaka ve kontrol gruplarına ait sosyodemografik özellikler

		Sigarayı bırakmamış olanlar (vaka) n (%)	Sigarayı bırakmış olanlar (kontrol) n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	18 (22)	31 (26,7)	0,443
	Erkek	64 (78)	85 (73,3)	
Medeni durum	Bekâr	24 (29,3)	25 (21,6)	0,100
	Evli	55 (67,1)	90 (77,6)	
	Boşanmış	2 (2,4)	0 (0)	
	Eşi vefat etmiş	1 (%1,2)	1 (0,9)	
Eğitim düzeyi	Okur yazar değil	0 (0)	1 (0,9)	0,210
	İlkokul mezunu	16 (19,5)	10 (8,6)	
	Ortaokul mezunu	8 (9,8)	11 (9,5)	
	Lise mezunu	19 (23,2)	28 (24,1)	
	Üniversite mezunu	39 (47,6)	66 (56,9)	
Çocuk sahibi olma	Var	56 (68,3)	82 (79,3)	0,079
	Yok	26 (31,7)	24 (20,7)	

Çalışmaya katılan 198 kişinin sigaraya başlama yaşı ortancası 17 yıl, (min:7 max:48), sigara kullanım süresi ortancası ise 22 yıl (min:2 max:56) olarak saptandı. Gruplar arasında sigaraya başlama yaşı ve sigara kullanım süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bu-

lunmadı (sırasıyla $p=0,320$; $p=0,869$). Sigaraya başlama yaşı ortancası erkeklerde 16 yıl iken (min:7 max:30), kadınlarda 18 yıl (min:14 max:48) olarak bulundu ($p<0,001$). Sigara kullanım süresi ortancası erkeklerde 22 yıl (min:2 max:56) iken, kadınlarda 21 yıl (min:6 max:40) olarak bulundu ($p=0,366$). Vaka ve kontrol gruplarının sigaraya başlama yaşı ve kullanım süreleri Şekil 4.1’de sunulmuştur.



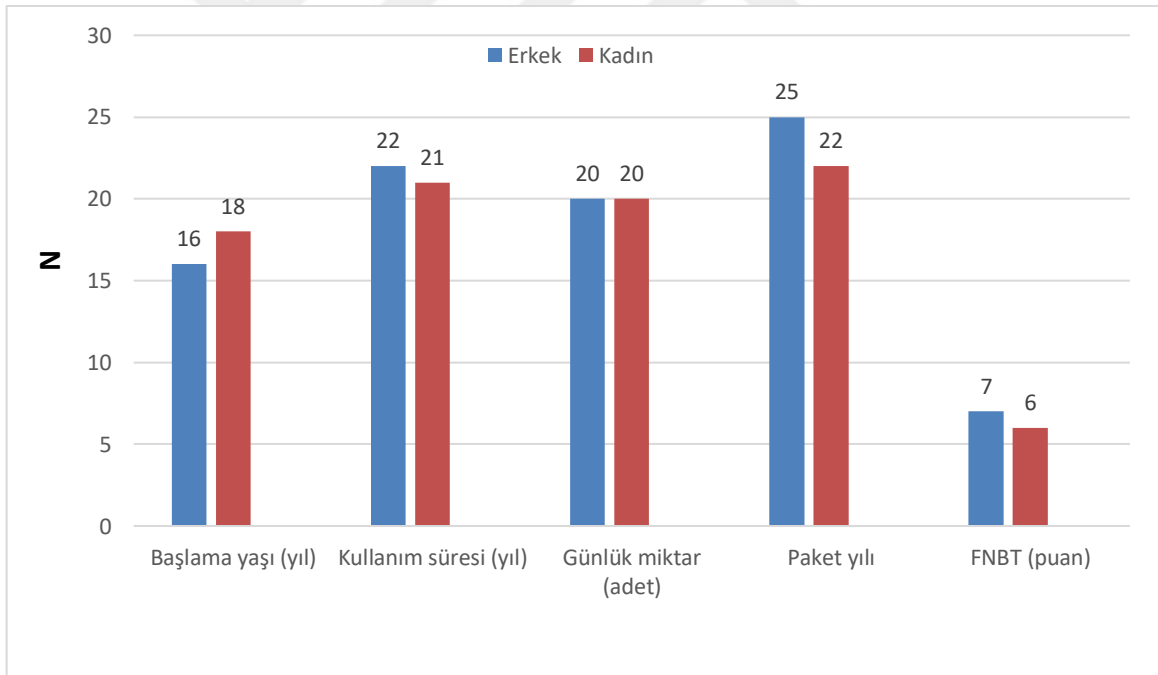
Şekil 4.1 Çalışmaya katılanların sigaraya başlama yaşı ve kullanım süreleri ortancaları

Çalışmaya katılanların günlük içtiği sigara sayısı ortancası 20 adet (min:5 max:60) olarak bulundu. İçilen günlük sigara sayısı ortancası erkeklerde 20(min:5, max:60), kadınlarda 20 (min:10, max:40) idi. Erkeklerde günlük içilen sigara sayısı kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,011$). Vaka grubunun günlük içtiği sigara sayısı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,002$). Çalışmaya katılan kişilerin toplam sigara kullanım miktarı paket yıl olarak hesaplanmış ve ortancası 25 paket yıl (min:1 max:100) olarak bulunmuştur. Paket yılı ortancası erkeklerde 25 (in:1 max:100) iken, kadınlarda 22 (min:5 max:66) idi. Cinsiyet ile paket yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,081$). Vaka ve kontrol grubunun günlük içilen sigara sayısı ve paket yılı karşılaştırması Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2 Vaka ve kontrol gruplarının paket yılı ve günlük içilen sigara sayılarının karşılaştırılması

	Vaka n (min-max)	Kontrol n (min-max)	p
Günlük içilen sigara sayısı	20 (10-60)	20 (5-60)	0,002
Paket yılı	28,5 (1-100)	23 (5-100)	0,065

Cinsiyete göre sigara kullanım özellikleri Şekil 4.2’de sunulmuştur.



Şekil 4.2 Cinsiyete göre sigara kullanım özellikleri

Katılımcılara evlerinde ve işyerlerinde kendilerinden başka sigara kullanan olup olmadığı soruldu. Verilen yanıtların vaka ve kontrol gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4.3).

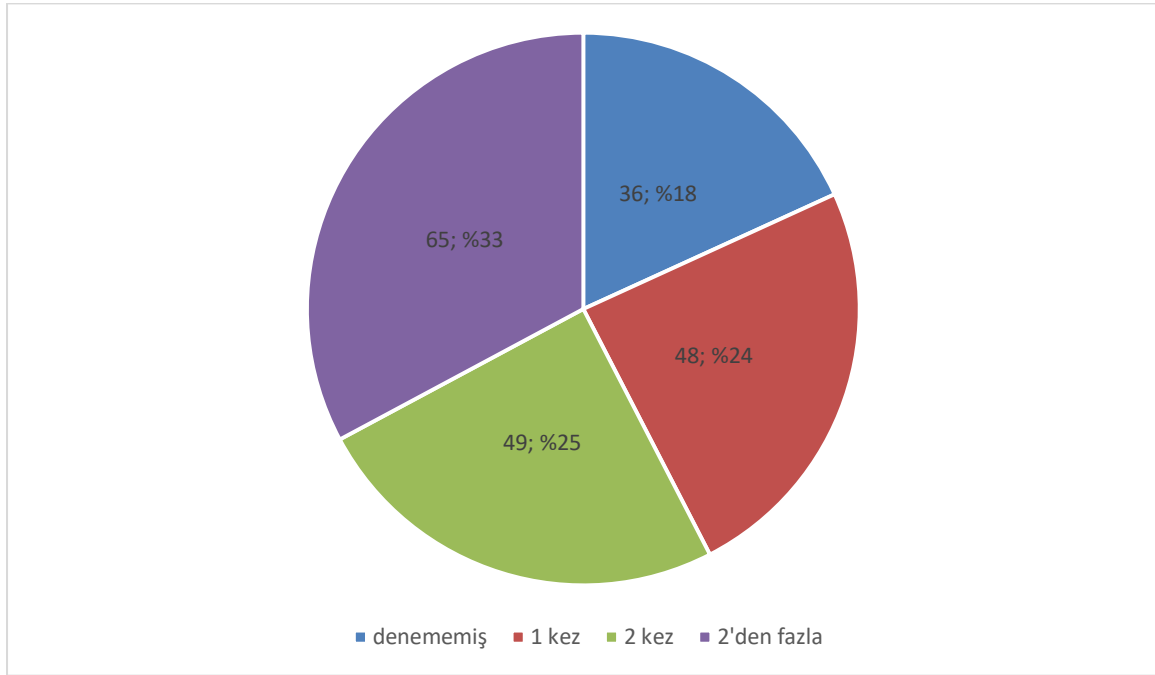
Tablo 4.3 Vaka ve kontrol gruplarının ev ve işyerlerinde sigara içilme durumu açısından karşılaştırılması

	Vaka (n,%)		Kontrol (n,%)		P
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Evinizde sizden başka sigara kullanan var mı?	42 (51,2)	40 (48,8)	47 (40,5)	69 (59,5)	0,136
İşyerinizde sizden başka sigara kullanan var mı?*	59 (72)	11 (13,4)	88 (75,9)	10 (8,6)	0,559

*Katılımcıların %15,2'si(n=30) herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Çalışmaya katılanlara daha önce sigarayı bırakmayı deneyip denemedikleri, eğer böyle bir deneyimleri olmuşsa kaç defa denedikleri soruldu. Genel olarak sigarayı bırakma denemelerinin sayısı Şekil 4.3'te gösterilmiştir. Vaka grubunda 16 kişi (%19,5) sigarayı bırakmayı daha önce hiç denememiş, 27 kişi (%32,9) bir kez denemiş, 13 kişi (%15,9) iki kez denemiş, 26 kişi (%31,7) ikiden fazla kez denemişti. Kontrol grubunda ise 20 kişi (%17,2) hiç denememiş, 21 kişi (%18,1) bir kez denemiş, 36 kişi (%31) iki kez denemiş, 39 kişi (%33,6) ikiden fazla kez denemişti. Vaka ve kontrol grubunu sigarayı bırakmayı deneme sayısı açısından karşılaştırdığımızda 2 ve daha fazla sayıda denemesi bulunanların sigarayı bırakmada daha başarılı oldukları görülmektedir (p=0,017) (Tablo 4.4).

Şekil 4.3 Çalışmaya katılanların sigara bırakma deneme sayılarına göre dağılımları



Tablo 4.4 Vaka ve kontrol gruplarının sigara bırakma deneme sayısına göre karşılaştırılması

Sigara bırakma deneme sayısı	Vaka		Kontrol		p
	n	%	n	%	
2'den az	43	52,4	41	35,3	0,017
2 ve daha fazla	39	47,6	75	64,7	

Katılımcıların polikliniklere ilk başvuru anında nikotin bağımlılık düzeyini ölçmek için uygulanan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) puanlarının ortancası erkeklerde 7, kadınlarda 6 olarak bulunmuş, cinsiyet ile FNBT puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,443$). Katılımcıların tamamına baktığımızda FNBT puanı düşük veya çok düşük olan (0-4) 41 kişinin 6'sında (%14,6) kronik hastalık varken; FNBT puanı

orta, yüksek veya çok yüksek olan (5-10) 157 kişinin 50'sinde (%31,8) kronik hastalık mevcuttu. Başlangıçta değerlendirilen FNBT puanı düzeyi en az 1 kronik hastalığı bulunanlarda bulunmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı (p=0,029).

Katılımcıların FNBT puanları ile sigara içme süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmazken (Spearman's r: 0,123, p=0,086), günlük içilen sigara sayısı arasında pozitif yönde, sigaraya başlama yaşı arasında ise negatif yönde korelasyon saptanmıştır (sırasıyla Spearman's r: 0,752, p <0,001; Spearman's r: -0,178, p= 0,012). FNBT puanı ile toplam içilen sigara miktarı (paket yıl) arasında da pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (Spearman's r: 0,510, p<0,001). Vaka ve kontrol gruplarının FNBT skoru değerlendirmeleri Tablo 4.5 ve 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.5 Vaka ve kontrol gruplarının FNBT skoru açısından karşılaştırılması

FNBT ortancası	skoru	Vaka ortanca, (min-max)	Kontrol ortanca, (min-max)	p
		7 (0-10)	6 (0-10)	0,042

Tablo 4.6 Vaka ve kontrol gruplarının nikotin bağımlılık düzeyine göre dağılımı

Nikotin Bağımlılık Düzeyi	Vaka (n,%)	Kontrol (n,%)	Toplam (n,%)
Çok düşük	5 (6,1)	14 (12,1)	19 (9,6)
Düşük	5 (6,1)	17 (14,7)	22 (11,1)
Orta	17 (20,7)	15 (12,9)	32 (16,2)
Yüksek	19 (23,2)	37 (31,9)	56 (28,3)
Çok yüksek	36 (43,9)	33 (28,4)	69 (34,8)
Toplam	82 (100)	116 (100)	198 (100)

Çalışmaya katılan kişiler FNBT sonuçlarına göre çok düşük ve düşük düzey bağımlı olanlar ile orta, yüksek ve çok yüksek düzeyde bağımlı olanlar olarak iki kategoriye ayrıldıklarında; vaka grubunda 10 kişi (% 12,2) çok düşük ve düşük düzeyde bağımlı iken, 72 kişi (%87,8) orta ve üstü düzeyde nikotin bağımlısı idi. Kontrol grubunda ise 31 kişi (%26,7) çok düşük ve düşük düzeyde bağımlı iken, 85 kişi (% 73,3) orta ve üstü düzeyde nikotin bağımlısı idi. Buna göre orta ve üstü düzeyde nikotin bağımlısı olanların sigara bırakmada daha başarısız oldukları saptandı (p= 0,013).

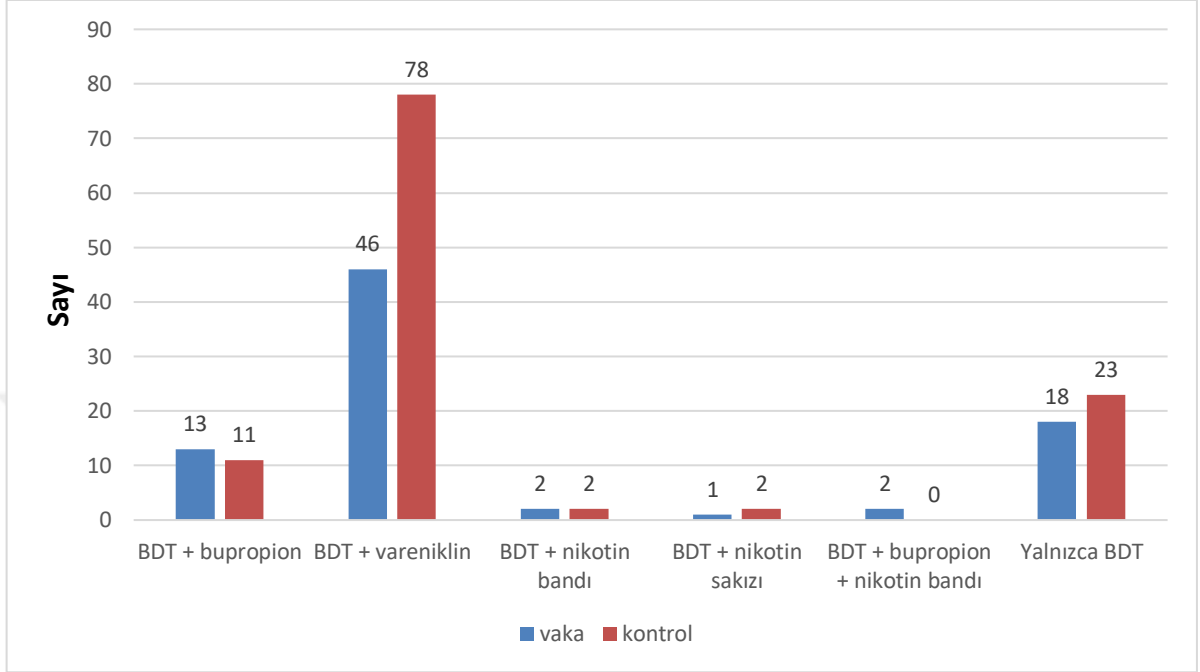
Vaka ve kontrol gruplarının ilk başvuru anında kronik hastalıklarının olup olmadığı yönünden karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7 Vaka ve kontrol gruplarının kronik hastalık mevcudiyetine göre dağılımı

Kronik hastalık	Vaka		Kontrol		p
	n	%	n	%	
Var	30	36,6	26	22,4	0,029
Yok	52	63,4	90	77,6	
Toplam	82	100	116	100	

Çalışmaya dâhil edilenlerin ilk başta aldıkları tedaviler incelendiğinde tüm katılımcıların bilişsel davranış terapisi (BDT) aldığı, buna ek olarak 26 kişinin (%13,1) bupropion, 124 kişinin (%62,6) vareniklin, 7 kişinin (%3,5) nikotin replasman tedavisi aldığı görülmüştür. 41 kişinin (%20,7) ise yalnızca bilişsel davranış terapisi aldığı, farmakolojik tedavi almadığı gö-

rülmüştür. Vaka ve kontrol gruplarının aldıkları ilk tedaviye göre dağılımı Şekil 4.4'de sunulmuştur.



Şekil 4.4 Vaka ve kontrol gruplarının aldıkları ilk tedaviye göre dağılımı (BDT: bilişsel Davranış Terapisi)

Tedavi değişikliği yapılan kişilerin aldıkları ikinci tedaviler incelendiğinde vaka grubunda 7 kişi (%8,5), kontrol grubunda 9 kişi (%7,8) olmak üzere toplamda 16 kişide (%8,1) tedavi değişikliği yapılmış olduğu görülmüştür.

Farmakolojik tedavi alanların %16,3'ünde (n=26) ilaç yan etkisi görüldüğü saptandı. Vaka grubunda farmakolojik tedavi alan 66 kişinin (%80,5) 13'ünde (%19,6) ilaç yan etkisi görülürken, kontrol grubunda farmakolojik tedavi alan 94 kişinin (%81) 13'ünde (%13,8) ilaç yan etkisi görülmüştü. Yan etkiler incelendiğinde 10 kişide mide şikâyetleri, 11 kişide uyku problemleri, 1 kişide halsizlik, 1 kişide kulak çınlaması, 1 kişide baş dönmesi, 1 kişide karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme, 1 kişide çarpıntı şikâyeti görülmüştü. İlaç yan etki dağılımı Tablo 4.8'de gösterilmektedir.

Tablo 4.8 İlaçlara göre yan etki sayıları

İlaç yan etkileri	Bupropion	Vareniklin	Nikotin preparatı
Mide şikayetleri	0	9	1
Uyku problemleri	1	10	0
Diğer yan etki	4	1	0

Sigarayı bırakan grubun başvuru zamanı itibariyle sigara bırakma zamanlarına bakıldığında 87 kişinin (%75) poliklinik başvurusu sonrasındaki ilk bir ay içerisinde, 20 kişinin (%17,2) ise ikinci ay içinde sigarayı bıraktığı saptandı.

Seçilmiş değişkenlerle yapılan ikili lojistik regresyon analizinde sigarayı bırakma deneme sayısının ($p=0,019$), ek hastalık olup olmasının ($p=0,011$), günde 15 adetten fazla sigara içiminin ($p=0,001$) ve çocuk sahibi olmamanın ($p=0,003$) sigarayı bırakma başarısızlığına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Sigara bırakma deneme sayısının 2 den az olmasının, ek hastalık varlığının ve günde 15 adetten fazla sigara içiminin sigarayı bırakmada başarısızlık riskini artırdığı saptanırken, çocuk sahibi olmanın başarıyı artırdığı saptandı. Sigarayı bırakma deneme sayısı referans kategorisi olarak 2 kez denemiş olanlar alındığında; 1 kez denemiş olmanın ve hiç denememiş olmanın riski anlamlı olarak artırdığı saptandı. İkili lojistik regresyon analizinde kullanılan değişkenler ile bunların p ve OR değerleri tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9 İkili lojistik regresyon analizinde kullanılan değişkenlerin p ve OR değerleri

Bağımsız değişken	OR (%95 CI)	p
Kronik hastalık	2,513 (1,230-5,134)	0,011
Çocuk sahibi olma	0,313 (0,144-0,676)	0,003
Eğitim düzeyi	0,494 (0,232-1,055)	0,069
Günlük 15 adetten fazla sigara kullanımı	5,063 (1,926-13,313)	0,001
Bırakma denemesi Referans: 2 kez		0,019
Bırakma denemesi 2'den fazla	1,842 (0,776-4,372)	0,166
Bırakma denemesi 1 kez	4,233 (1,663-10,773)	0,002
Bırakma denemesi Denememiş	2,828 (1,051-7,608)	0,040

5. TARTIŞMA

Tütün kullanımı, başarısız bırakma girişimi yani nükslerle seyreden, tedavi edilebilir kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir ve tüm diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bu hastalığın da tedavi başarısı profesyonel destek ve farmakolojik yöntemlerle önemli ölçüde artmaktadır (25). Sigara bırakmada başarıyı etkileyen faktörler; bu yönde hizmet veren sağlık kuruluşlarının iyi organize olması, personelin tecrübesi gibi sigara bırakma danışmanlığı hizmeti verilen sigara bırakma polikliniklerine ait özellikler ve sigara içicilere ait özellikler olarak kabaca 2 grup altında toplanabilir. Biz bu çalışmada sigara içenlerin sosyodemografik özellikleri ve sigara içme davranışlarıyla ilgili özelliklerinin sigara bırakmadaki başarısızlık ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Pek çok çalışmada kısa ve uzun dönemde sigara bırakma başarısını etkileyebileceği düşünülen faktörler incelenmiş, bunlar arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, sigaraya başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı, nikotin bağımlılık testi skoru, bırakma girişimi sayısı gibi faktörlerin etkili olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi aksi yönde çalışmalar da mevcuttur (28,29,30,31). Bizim çalışmamızda sigarayı bırakmada başarıyı etkileyen faktörler arasında günlük içilen sigara sayısı, kronik hastalık varlığı, bırakma girişimi ve çocuk sahibi olma sayılabilir. Çalışmanın kayıtlı dosyaların taranması metoduyla yapılması etkili olabilecek muhtemel faktörlerin gözden kaçırılmasına sebep olmuş olabilir. Bu durum bir kısıtlılık olarak kabul edilmektedir.

Çalışmamızda vaka ve kontrol grubu toplamında çalışmaya dâhil edilenlerin $\frac{3}{4}$ 'ünün erkek olması sigara içme prevalansı ile doğrudan ilişkilidir. Türkiye'de yapılan önceki çalışmalarda da benzer şekilde sigara bırakma polikliniklerine başvuran erkeklerin oranı kadınlardan yüksek bulunmuştur (15,32). En son yapılan araştırmalarda prevalans, kadınlarda % 13,1, erkeklerde 41,5 olarak saptanmıştır (6). Çalışmamızda dâhil etme kriterlerini karşılayan kişilerin vaka ve kontrol gruplarına atanmasında doğal olarak kadın ve erkek oranlarının benzerlik göstermesi, bu çalışma için cinsiyetin sigara bırakmada başarı veya başarısızlık açısından etkili bir faktör olmadığını göstermektedir. Yine benzer olarak sigara bırakmada kısa ve uzun dönem başarıda cinsiyetin etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada, kadın ve erkek cinsiyeti açısından herhangi bir farklılık gösterilmemiştir (28).

Çalışmamıza katılanların yaş ortalamasına baktığımızda vaka ve kontrol grubunun yaş ortalamasının önceki çalışmalardakiyle benzer olarak 40-44 arasında olduğu görülmektedir (33,34). Dünyadaki benzer çalışmalarda yaş ortalaması 45-47 arasında değişmektedir (35,36).

Çalışmamızda da olduğu gibi sigara bırakma polikliniklerine başvuranların yaş ortalamasının daha çok 40'lı yaşlarda yoğunlaşması, kişilerin sigaraya bağlı etkileri daha çok hissetmeleri ve ek kronik hastalıkların görülmeye başlanması olarak yorumlanabilir. Sigara bırakmada her yaş grubu büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki sigara bırakma zamanı ne kadar öne çekilirse sigaranın yol açtığı zararlı etkiler o ölçüde azalmaktadır (37). Doll ve arkadaşları tarafından İngiltere'de yapılan sigara içen doktorların 40 yıl izlendiği bir çalışma sonucunda sigarayı 35 yaşından önce bırakanların yaşam süresi hiç içmemişlerle benzer bulunmuştur. 50 yaşında bırakmanın ise sigaraya bağlı ölüm riskini yarı yarıya azalttığı bulunmuştur (37). Sigara bırakma polikliniğimize başvuran olguların çoğunluğunu genç ve orta yaş insanların oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda, etkin sigara bırakma tedavisinin yaşam kalitesini ve yaşam süresini önemli ölçüde arttıracakını göstermektedir. Sigara bırakmada yaşın etkili olup olmadığı konusunda yapılan bir çalışmada, 60 yaş ve üzerindeki kişilerde tek başına NRT kullanımının daha genç yaştakilere göre daha başarılı olduğu gösterilmiştir (29).

Çalışmamızda sigara bırakan ve bırakmayan hastaların medeni durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasa da sigarayı bırakmayan grupta bekâr kişilerin oranı bırakan gruba göre daha yüksekti. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada da sigarayı bırakan ve bırakmayan gruplar arasında medeni durum açısından anlamlı fark saptanmamıştır (38). Literatürde evli olmanın sigara bırakma başarısını artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (31,39,40). Bu durum eş ve çocuklara zarar vermeden kaçınma davranışı ve bırakma sürecinde aileden alınan destek ile açıklanabilir. Çalışmamızda kişilerin çocuk sahibi olmalarının sigara bırakma başarısını arttırdığı görülmüştür. GATS 2012 Türkiye'de sigara içicilerinin % 96'sının sigaranın ciddi hastalıklara yol açtığına inandığı ve % 94,7'sinin de sigara dumanına maruz kalmanın ciddi hastalıklara yol açtığına inandığı bildirilmiştir. Bu bilgiler insanların pasif içicilik konusunda bilinçlendiğini, sigaranın çocuğuna zarar verdiğini düşündüğünü ve kamu spotlarında vurgulanan pasif içicilik ve sigaranın zararları temalı görüntülerin etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumunun sigarayı bırakmada başarıyı etkileyen faktörler arasında olmadığı görülmektedir. Yang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim durumu yükseldikçe sigarayı bırakma başarısının arttığı bildirilmiştir (31). Çalışmamızda katılımcıların $\frac{3}{4}$ 'ünün lise ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları görülmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda benzer şekilde sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların eğitim düzeyinin büyük oran-

da lise ve üzerinde olduğu saptanmıştır (15,39). Bunun nedeni olarak eğitim düzeyinin artmasıyla insanların sigaranın zararları hakkındaki bilgi düzeylerinin artması, bunun da sigara bırakma polikliniklerine olan başvuruları artırması gösterilebilir.

Çalışmamıza katılanların genel olarak sigaraya başlama yaşı ortancası 17 yıl olarak bulunurken vaka ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda bulunan sigaraya başlama yaşı ortalaması GATS 2012 Türkiye çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada Türkiye’de sigaraya başlama yaşı ortalama 17,1 yıl olarak bildirilmiştir. Genel olarak katılımcıların %77,3’ünün sigaraya 18 yaşından önce başladığı görülmektedir. Bu oran GATS 2012 Türkiye verilerinin (%58,7) üzerinde saptanmıştır. Çalışmanın toplum genelinde değil, sigara bırakma polikliniklerine başvuranlar üzerinde yapılmış olması bu durumun nedeni olarak gösterilebilir. Cinsiyet açısından sigaraya başlama yaşına bakıldığında, sigaraya başlama yaşı ortancası erkeklerde 16 yıl iken, kadınlarda 18 yıl olarak bulunmuş, bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı saptanmıştır. Benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada 20 yaşından önce sigaraya başlama oranı erkeklerde kadınlara göre yüksek bulunmuştur (41). Yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre sigaraya daha erken yaşta başladıkları gösterilmiştir (15). Sigaraya başlama yaşının büyük oranda 18 yaş altında olması; adölesan dönemde bireylerin riskli davranışlara daha yatkın olması, arkadaş çevresinden daha çok etkilenmesi ve kendilerini yetişkin olarak gösterecek davranışlara meyilli olmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda sigara kullanım süresi ortancası 22 yıl olarak bulunurken, vaka ile kontrol gruplarında sigara kullanım süresi benzerlik göstermekteydi. Çalışmamıza katılanların günlük içtiği sigara sayısı ortancası 20 adet olarak bulunmuştur. Günlük içilen sigara sayısının vaka grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da günlük içilen sigara sayısının sigara bırakmada etkili bir faktör olduğu, gün içinde daha fazla sigara içen kişilerin sigarayı bırakmada daha az içenlere göre daha başarısız oldukları belirtilmektedir (27,31,38,41). Bunun yanında Çan ve arkadaşlarının sigara bırakma polikliniklerinin 3 yıllık başarısını araştıran çalışmasında ise sigara bırakan ve bırakamayan gruplar arasında günlük miktar, başlama yaşı, kullanma süresi ve nikotin bağımlılık düzeyi açısından fark bulunmadığı bildirilmiştir (43). Ancak özellikle günlük içilen sigara sayısının sigara bırakmada başarıyı etkilediğini gösteren çalışmalar çoğunluktadır (27,31,38,42).

İçilen sigara miktarı ve toplam sigara içme süresinin bir arada değerlendirilmesini sağlayan paket yıl birimi açısından baktığımızda, erkeklerin kadınlara göre sigara kullanımının

daha fazla olduğu gör÷lmektedir. Çeşitli çalışmalarda da erkeklerin kadınlara göre daha uzun süre ve daha fazla sigara içtikleri bildirilmiştir (41,44).

Evde sigara içen başka kişinin bulunması sigara bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (32,38). Bizim çalışmamızda da işyerinde ve evde kendilerinden başka sigara içen birinin bulunmasının sigarayı bırakmada etkili bir faktör olmadığı bulunmuştur. Bunun yanında bazı çalışmalarda evde veya işyerinde sigara içen başkalarının olmasının sigara bırakma başarısını düşürdüğü gösterilmiştir (43,45).

Bazı çalışmalar daha önceki sigara bırakma girişimlerinin mevcut sigara bırakma girişi üzerine olumlu veya olumsuz bir etkisinin olmadığını göstermektedir (32,38,46,47). Ancak çalışmamızda olduğu gibi önceki sigara bırakma girişimlerinin sigara bırakmada olumlu etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (48). Sigara bırakma girişimi sayısı ile ilgili olarak net bir bilgi bulunmasa da bizim çalışmamızda 2 ve daha fazla bırakma girişiminde bulunanların diğerlerine göre sigara bırakmada daha başarılı oldukları gör÷lmüştür. Bu durum kişilerin sigara bırakma konusundaki ısrarı ve önceki bırakma deneyimlerini göz önünde bulundurarak karşılaşacakları zorluklarla baş edebilme becerisi geliştirebilmeleri ile açıklanabilir. Ayrıca sigara bırakma girişimlerinin sağladığı bu olumlu durum, sigara bırakma polikliniklerine başvuran ve sigara bırakma konusunda başarısızlık yaşayanlara bir motivasyon kaynağı olarak da sunulabilir.

Çalışmamızda nikotin bağımlılık düzeyi kadın ve erkekler arasında farklılık göstermezken, sigarayı bırakamayanlarda bırakanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Farklı ülkelerde yapılmış bazı çalışmalarda da nikotin bağımlılık düzeyinin sigarayı bırakmada etkili bir faktör olduğu gösterilmiştir (27,40,49). Bunun yanında ülkemizde nikotin bağımlılık düzeyi ile sigara bırakma oranları arasında ilişkinin olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (15,38,45). Bu durum sigara bağımlılığında fiziksel bağımlılık olarak nitelenen nikotin bağımlılığı dışında pek çok faktörün de rol oynadığını açıkça göstermektedir. Tek başına nikotin bağımlılığı düzeyi sigara bırakmada başarıyı belirleyici olmayabilir, çalışma-

mızda nikotin bağımlılık düzeyinin yüksekliği sigara bırakmada başarısızlık göstergelerinden biri olarak bulunmazken, günlük içilen sigara sayısının fazla olmasının başarısızlık oranını artırdığı görülmektedir.

Çalışmamızda nikotin bağımlılık düzeyi ile sigaraya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptandı. Benzer şekilde Monso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha uzun süreli, daha fazla ve daha erken yaşlardan itibaren sigara içme yüksek nikotin bağımlılık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (27). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise nikotin bağımlılık düzeyi ile sigaraya başlama yaşı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (15). Daha erken yaşlarda sigaraya başlama, sigarayı uzun süre kullanma ve günde fazla miktarda sigara içme daha yüksek nikotin bağımlılığına sebep olmaktadır. Daha yüksek bağımlılık düzeyi sigarayı bırakma başarısını olumsuz etkilemekte ve sigaranın zararlı etkilerine daha fazla maruz kalmak anlamına gelmektedir. Bu durum adölesanları sigara üreticileri için de hedef kitlesi haline getirmektedir. Bu nedene Türkiye dâhil pek çok ülkede gençlere yönelik tütünle mücadele programları yürütülmektedir. Ayrıca sigara bırakma poliklinikleri dışında da kişilerin sağlık sistemiyle buluştukları her noktada sigara ve zararları konusunda bilgilendirmenin yapılması önemlidir. Bu noktada aile hekimleri kilit rol oynamaktadırlar.

Çalışmamızda ek hastalığı olanlarda nikotin bağımlılık düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi. Bu durum daha yüksek bağımlılık düzeyinin daha fazla miktarda ve uzun süre sigara içilmesine neden olması ve sigaranın zararlı etkileri ile sağlığın bozulması ile ilişkili olabileceği gibi, kronik hastalıkların kişide stres ve depresif bulgular yaratması ve bunun da daha çok sigara içilmesine yol açması nedeniyle ortaya çıkmış olabilir. Çalışmamızda kronik hastalığı bulunanların sigara bırakma başarısı daha düşük saptanmıştır. Benzer şekilde kronik hastalığı olanların sigarayı bırakma başarı oranının sağlıklı kişilere göre daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (50,51).

Dünyada yapılan placebo kontrollü çalışmalarda vareniklin, bupropion ve NRT'nin placeboya göre etkin olduğu gösterilmiştir (52,53). Dünyada ve ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda vareniklinin, bupropion ve NRT'ye üstün olduğu bildirilmiştir (38,52,54,55). Ancak şu an için tedavi açısından en geçerli görüş; farmakoterapi ve bilişsel davranış terapisi kombinasyonunun izole tedavilerden daha başarılı olduğu yönündedir (56).

Çalışmamızda vaka ve kontrol grubu arasında kullanılan tedavi tipi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun yanında tedavi gruplarına dağılımın sayıca farklılık göstermesi nedeniyle kullanılan ajanların tedavi etkinliği hakkında yorum yapmak uygun değildir. Sigara bırakmada kullanılan tedavinin başarısını gösterebilmek için çok merkezli prospektif, rando-mize kontrollü çalışmalar yapılması daha uygun olacaktır. Çalışmamızın retrospektif tipte ve tek merkezli bir çalışma olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasında kabul edilmektedir.

Çalışmamızda günlük içilen sigara sayısının 15'ten fazla olmasının ve kişinin kronik hastalıklarının olmasının sigarayı bırakma denemesinde başarısızlık riskini artırdığı saptanmıştır. Önceki deneme girişimlerinin de sigara bırakma denemesinin başarısında etkili olduğu saptanmıştır. Geriye yönelik eleme yöntemiyle oluşturduğumuz ikili lojistik regresyon analizi bulgularına göre; daha önce sigara bırakmayı denememiş olanlar ve 1 kez denemiş olanların, 2 kez denemiş olanlara göre başarısızlık riskinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Çocuk sahibi olanların ise sigarayı bırakma denemesinde daha başarılı oldukları saptanmıştır. Monso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada NRT, yaş, cinsiyet, günlük miktar, kalp-akciğer hastalığı, yaşam şartları ve ekspiratuvar CO ölçüm sonucu sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler olarak bulunmuştur (27). Argüder ve arkadaşlarının çalışmasında sosyo-demografik faktörlerin sigara bırakma başarısında etkisi olmadığı, günlük içilen sigara miktarının başarıyı etkileyen faktör olduğu bildirilmiştir (38). Osler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada içilen sigara miktarı, sigara dumanı inhale etme, alkol kullanımı başarısız sigara bırakma denemesinin öngörücüsü olarak saptanmıştır (42). Tonnesen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsiyet, yaş, günlük miktar, ekspire edilen CO ve bırakma deneme sayısının 12 aylık sigarasızlıkta etkili olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada en az 2 kez sigarayı bırakmayı deneyenlerin diğerlerine göre 1,32 kat başarılı oldukları gösterilmiştir (48). Chandola ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada günlük sigara miktarının, eğitim seviyesinin, sosyoekonomik düzeyin, medeni durumun, sosyal desteğin, evde sigara içiminin sigarayı bırakma başarısına etki eden faktörler olduğu bildirilmiştir (40). Görüldüğü üzere dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerde farklılıklar bulunmasına rağmen, günlük içilen sigara adedinin fazla olması ve kronik hastalık bulunması birçok çalışmada başarısızlığa neden olan faktörler olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da bahsedilen faktörler dışında çocuk sahibi olmanın ve daha önceki bırakma girişim sayısının da sigarayı bırakma başarısını etkilediği bulunmuştur. Bu konuda benzer bulguları olan çalışmalar mevcut iken, bu faktörlerin etkisinin gösterilmediği çalışmalar da mevcuttur. Sigara bağımlılığının karmaşık bir mekanizma olması bu farklı bulgulara ulaşılmasına neden olabilmektedir. Ayrıca başvuranların

kişilik özellikleri, özel ve iş hayatlarında maruz kaldığı stresörler, sigara içme paternlerinin farklı olması ve kültürel farklılıklar bu duruma sebep olarak gösterilebilir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda gerek farklı tütün kontrol programları uygulanması, gerekse sosyokültürel farklar olması bulgulardaki farklılığa yol açmış olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tütünle mücadelede tüm hekimlerin aktif rol alması çok önemlidir. Gençlerin sigaraya başlamasını önlemek ve sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek tüm hekimlerin hedefi olmalıdır. Her hekimin kendisine başvuran hastada sigara kullanımını sorgulaması ve kullanıyorsa bırakmasını tavsiye etmesi, medya aracılığıyla toplumun bilinçlendirilmesi ve sigarayı bırakmak isteyenlerin gerekli tedaviye ulaşımının kolaylaştırılması tütünle mücadelede başarıyı getirebilecek önemli noktalardır.

Sigara bağımlılığı karmaşık bir mekanizma olmakla beraber sigara bırakma başarısını etkileyen iyi tanımlanmış belirteçler mevcuttur. Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilse de; birçok çalışmada gösterildiği gibi, bu çalışmada da fiziksel bağımlılığa işaret eden günlük içilen sigara miktarı, ek kronik hastalık bulunma durumu, önceki ciddi bırakma girişimleri sigara bırakmada başarıyı etkileyen faktörler olarak tanımlanmaktadır.

Fiziksel bağımlılık dışında birçok faktörün sigara bağımlılığında rol alması kişiye özel verilen psikososyal desteğin ve motivasyonel görüşmenin önemini ortaya koymaktadır. Sigara bırakma polikliniğine başvuran her hasta detaylı değerlendirilmeli ve fiziksel bağımlılık düzeyi, ek hastalıkları, varsa psikiyatrik semptomları, sosyodemografik özellikleri ve kişilik özellikleri göz önünde bulundurularak kişiye özel tedavi planı çizilmelidir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında, günlük içtiği sigara adedi fazla olanlarda, ek hastalığı olanlarda sigarayı bırakmanın daha zor olabileceği göz önünde bulundurulmalı, buna yönelik tedavi planı çizilmelidir. Daha önce başarısız bırakma girişimi olanlarda ise sonraki girişiminde başarı şansının arttığı belirtilerek motivasyon sağlanmalı, önceki girişimlerinde karşılaştığı zorluklar sorgulanmalı ve buna yönelik çözüm önerileri sunulmalıdır. Çocuk sahibi olanlarda pasif içiciliğin zararları üzerinde durularak sigarayı bırakmasının çocuğun sağlığına olumlu etkileri üzerinde durulmalıdır.

Tüm bunlar dışında kişinin sigarayı bırakma başarısına etki edebilecek psikolojik faktörler, stressörler ve diğer faktörlerin belirlenebilmesi için daha geniş kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization Tobacco Factsheet 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en>. (Erişim tarihi: 18.07.2016).
2. World Health Organization. Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf, (Erişim tarihi: 21.06.2016).
3. Bilir N. Türkiye'de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü Ve Yarını Ertem Ve Ark. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, 2012.
4. The mPOWER Package. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2008. www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/ (Erişim tarihi: 15.05.2016).
5. <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/en/> (Erişim tarihi: 21.07.2016)
6. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No:948, Ankara, 2014.
7. Pechacek TF, Blair NA., Husten CG, Mariolis P, Starr GB. Best Practices For Comprehensive Tobacco Control Programs. Centers for Disease Control and Prevention.
8. Barış Yİ. Tütün Kullanımının Tarihçesi http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARiHcESiI_Baris.pdf. (Erişim tarihi: 17.05.2016).
9. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf> (Erişim tarihi: 22.07.2016).
10. Akan H, Hayran O, Özcan M, Acar U. Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara İçme Sıklığı: Kesitsel Bir Çalışma. Türk Aile Hek Derg, 2010;14(2):71-76.
11. Ezzati M, Lopez AD., Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000., Lancet 2003;362:847-52.
12. Peto R., Smoking and death: the past 40 years and the next 40., BMJ:937-9. 1994;309.
13. Karlıkaya C Ve Ark.,Tütün Kontrolü, Toraks Dergisi 2006; 7(1): 53.
14. TC. Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı, 2010.
15. Sürmeli CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2008, Uzmanlık Tezi.

16. Henningfield JE, Stapleton JM, Benowitz NL et al. Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking. *Drug Alcohol Depend* 1993; 33:23-9.
17. Yorgancıoğlu A. ve Ark., *Sigara Bağımlılığı ve Hekimler Toraks Dergisi*, 2000;1: S90-91.
18. Demir T. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 •Mart 2008, S232.*
19. Benowitz NL. Cigarette smoking and nicotine addiction *Med. Clin. Of North America* 1992;76:415-529.
20. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991; 86: 1119-27.
21. Bingöl A.K. *Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan Yöntemlerin Başarısını Etkileyen Faktörler Ankara 2006, Uzmanlık Tezi.*
22. Hughes J.R. Nicotine-Related Disorders.In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Baltimore: Williams&Wilkins 1033-8, 2000.
23. *Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi, Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi.*
24. Akçay Ş. *Ve Ark. Tütün Kontrolü Ve Sigara Bırakma Tedavisi, Turk Toraks Derneği, 2013.*
25. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline.* Rockville, MD: U.S.Department of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008.
26. Özge C. *Ve Ark. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu, Türk Toraks Derneği, 2014, s29-30.*
27. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention., *Tobacco Control*;10:165-9, 2001.
28. Marqueta A, Nerín I, Gargallo P, Beamonte A. Gender differences in success at quitting smoking: Short- and long-term outcomes. *Adicciones.* 2016 Jun 14:826.
29. Scholz J, Lima Santos PC, Buzo CG, Moreira Lopes NH, Abe TM, Gaya PV, Pierri H, Amorim C, Pereira AC. Effects of aging on the effectiveness of smoking cessation medication *Oncotarget.* 2016 Apr 28. doi: 10.18632/oncotarget.9090.

30. Ben Amar J, Zaibi H, Baccar MA, Dhahri B, Azzabi S, Aouina H, Bouacha H. Predictive factors of the outcome of smoking cessation among Tunisian women Tunis Med. 2015 Jul;93(7):430-5.
31. Yang JJ, Song M, Yoon HS, Lee HW, Lee Y, Lee SA, Choi JY, Lee JK, Kang D. What are the major determinants in the success of smoking cessation: Results from the Health Examinees Study PLoS One. 2015 Dec 3;10(12):e0143303. doi: 10.1371/journal.pone.0143303. eCollection 2015.
32. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. Kocatepe Tıp Dergisi 2005; 6(3): 27-34.
33. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı Bırakmada Nikotin Replasman Tedavisi Ve Davranış Eğitimi Yöntemlerinin Karşılaştırılması: Doğal İzlem Çalışması. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2005;53(4):354-361.
34. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler, Eurasian J Pulmonol 2014; 16: 99-104.
35. Shahab L, Andrew S, West R. Changes in Prevalence of Depression and Anxiety Following Smoking Cessation: Results From An International Cohort Study (ATTEMPT). Psychological Medicine FirstView Article March 2013;1-15.
36. A.A. Strasser et al. Effects of Different Nicotine Replacement Therapies on Postcessation Psychological Responses. Addictive Behaviors 2005;30:9-17.
37. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in Relation to Smoking: 40 Years Observations on Male British Doctors. BMJ 1994; 309: 901- 911.
38. Argüder E, Karalezli A ve diğerleri, Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler Turk Toraks Dergisi 2013; 14: 81-7.
39. Şahbaz S, Kılınç O, Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri, sted 2005 cilt 14/sayı 5: S 98.
40. Chandola T, Head J, Bartley M. Sociodemographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? Addiction 1999: 770-777.
41. Kıtır 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.
42. Osler, M, Prescott E, Godtfredsen N, Hein HO, Schnohr P. Gender and Determinants of Smoking Cessation: A Longitudinal Study. Preventive Medicine 29, 57-62 (1999).
43. Çan G, Öztuna F, Özlü T, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52(1): 69-74).

44. Royce MJ, Corbett K, Sorensen G, Ockene J. Gender, social pressure and smoking cessations: the community intervention trial for smoking cessation (commit) at baseline. *Soc. Sci. Med.* Vol. 44 No: 3, pp 359-370, 1997.
45. Salepçi B., Fidan A., Oruç Ö., Torun E., Çağlayan B., Kader Ş.N., Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başlarında Etkili Faktörler, *Toraks Dergisi* Cilt 6, Sayı 2 • Ağustos 2005.
46. Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease risk? A qualitative review. *Nicotine Tob Res* 2006;8:739-49.
47. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, et al. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav* 1985;10:395-406.
48. Tonnessen P, Paoletti P, Gustavsson G, ve diğerleri. (1999). Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: Results from the European CEASE-trial. *Eur Respir J* 13:238-46.
49. A Hyland, R Borland, Q Li, H-H Yong, A McNeill, G T Fong, R J O'Connor, K M Cummings Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey, *Tobacco Control* 2006;15(Suppl III):iii83–iii94. doi: 10.1136/tc.2005.013516.
50. Aytemur Solak Z, Kaçmaz Başoğlu Ö, Erdinç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006; 54(1): 43-50.
51. Jimenez-Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, et al. IBERPOC Study Investigators. Smoking characteristics. Differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest* 2001; 119: 1365-70.
52. Eisenberg M J, et al. "Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials." *Canadian Medical Association Journal* 179.2 (2008): 135-144.
53. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al. A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial of 5 Smoking Cessation Pharmacotherapies. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(11):1253-1262. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.142.
54. Aubin H J, et al. "Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial." *Thorax* 63.8 (2008): 717-724.
55. Jorenby DE, Hays J, Rigotti NA, et al. Efficacy of Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion

for Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2006;296(1):56-63. doi:10.1001/jama.296.1.56.

56. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 24;3:CD008286. doi: 10.1002/14651858.CD008286.pub3. Review.




8. ÖZGEÇMİŞ

Erdem BAYMAN 1983 yılında İstanbul’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İstanbul’da tamamladı. 2011 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Kasım 2011- Ocak 2012 ve Aralık 2012- Ocak 2013 arasında Gebze’de pratisyen hekim olarak çalıştı. Ağustos 2012- Kasım 2012 arasında İstanbul’da Anesteziyoloji ve Reanimasyon bilim dalında asistan hekim olarak çalıştı. Ocak 2013- Temmuz 2013 arasında Ankara’da pratisyen hekim olarak çalıştı. 2013 yılından bu yana Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Aile Hekimliği Kliniğinde asistan olarak görev yapmaktadır.



9. EKLER

9.1. Etik Kurul Onayı

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

SAYI : 26379996 /77 25.2.2016
KONU : 17. 02.2016 Tarih ve 75 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz “Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakmada Başarısızlığa Neden Olan Faktörler” isimli Dr. Erdem BAYMAN’ ın tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 17/02/2016 tarih ve 75 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