



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN

ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDASİGARAYI BIRAKMA BAŞARISININ
ÖNGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ahmet ÇULHALIK
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

Nisan, 2022

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN
ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDASİGARAYI BIRAKMA BAŞARISININ
ÖNGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ahmet ÇULHALIK
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU

İSTANBUL
Nisan, 2022

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Ahmet ÇULHALIK'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA SİGARAYI BIRAKMA BAŞARISININ ÖNGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

.....

İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Sabah TÜZÜN

.....

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

.....

Tez Savunma Tarihi: __/05/2022

Yazar Bildirimi

“SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDASİGARAYI BIRAKMA BAŞARISININ ÖNGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Ahmet ÇULHALIK;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Nisan, 2022

İmza:

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemesi kullanılmamıştır.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Ahmet ÇULHALIK



T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda eğitimim süresince katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma;

Asistanlık dönemimde klinik bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocam T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a;

Uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Öğretim Üyesi Hacer Hicran MUTLU'ya;

Asistanlık süresinde tanıdığım tüm hekim arkadaşlarıma Her zaman ve her yerde yanımda olan, sonsuz güvenini ve desteğini hep hissettiğim sevgili aileme, eşime ve evlatlarıma sonsuz teşekkürler.

Dr. Ahmet ÇULHALIK

Özet

SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA SİĞARAYI BIRAKMA BAŞARISININ ÖNGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Sigara kullanımı dünyada bilinen önlenabilir en önemli mortalite sebeplerinden biridir. Sigara bırakma başarı oranının düşük olması sebebiyle tedavi ve danışmanlık öncesi hastayı değerlendiren yöntemler geliştirilmiştir. Bu çalışmada sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastalara sigarayı bırakma başarısını öngörü ölçeğini uygulayıp, ölçeğin öngörü kabiliyetini ve sigara bırakma üzerine etki eden diğer faktörleri araştırmayı amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel analitik çalışma modelinden planlanan bu çalışmada Ocak 2021 – Aralık 2021 tarihleri arasında sigara bıraktırma polikliniğine başvuran 244 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların sosyodeografik özellikleri, FNBT, SBBÖÖ ve bir ay sonra hasta aranarak bırakma başarısı değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %61,9'u erkek ve %38,1'i kadındı. Çalışmamızda sigara başlama yaşının ortalama 17,8 yaş olduğu görüldü. Katılımcıların %75,8'i (n=185) en az bir kez daha önce sigarayı bırakmayı denemişti. FNBT ile %10,7'sinde orta bağımlı ve %67,4'ünde yüksek bağımlılık tespit edildi. SBBÖÖ testinde %3,28'inde 35 puan altı, %7,79'unda 35-40 puan arasında, %28,28'inde 40-45 puan arasında ve %60,66'sında 45-50 puan arasında puan almıştır. Ortalama SBBÖÖ puanı ise 45 olarak hesaplandı. Hastaların bir ay sonra %52,5'inin (n=128) sigarayı bıraktığı ve %47,5'inin (n=116) hala içmeye devam ettiği görüldü. Katılımcıların SBBÖÖ ile cinsiyet, eğitim durumu, içtiği sigara paket-yıl durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken SBBÖÖ puanı 42,5 ve üstü olanların anlamlı düzeyde sigara bırakma başarısının yüksek olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda bireylerin SBBÖÖ puanları ile sigara bırakma başarısını önceden tahmin edebileceğimiz gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sigara Bırakma, SBBÖÖ, Sigara Bırakma Polikliniği

Abstract

EVALUATION OF SMOKING CESSATION SUCCESS BY PREDICTIVE SCALE IN PATIENTS WHO APPLIED TO SMOKING CESSATION POLYCLINIC

Aim: Smoking is one of the most known, preventable and important causes of mortality in the world. Due to the low success rate of smoking cessation, methods have been developed to evaluate the patient before treatment and consulting. In this study, it was aimed to apply the smoking cessation predictive scale to patients who applied to the smoking cessation polyclinic, and to investigate the predictive ability of the scale and other factors affecting smoking cessation.

Method: This study, which was planned from the cross-sectional analytical study model, was carried out with 244 patients who applied to the smoking cessation polyclinic between January 2021 and december 2021. The sociodemographic characteristics of the patients, FTND, SCSPS and quitting success were evaluated by calling the patient one month later.

Findings: 61.9% of the participants were male and 38.1% were female. In our study, the average age of onset of smoking was 17.8 years. 75.8% (n=185) had tried to quit smoking at least once before. With FTND, 10.7% of them were moderately dependent and 67.4% of them were highly dependent. In the SCSPS test, it scored below 35 points in 3.28%, between 35-40 points in 7.79%, between 40-45 points in 28.28% and between 45-50 points in 60.66% of them. The average SCSPS score was calculated as 45. It was observed that 52.5% (n=128) of the patients quit smoking after one month and 47.5% (n=116) still continued to smoke. While there was no statistically significant difference between the SCSPS of the participants and their gender, education level, and the number of cigarettes per pack-year they smoked, it was seen that those who had a SCSPS score of 42.5 and above had a high success rate of quitting smoking.

Results: In our study, it has been shown that we can predict the success of smoking cessation with the SCSPS scores of individuals.

Keywords: Smoking Cessation, SCSPS, Smoking Cessation Polyclinic

İçindekiler

Tablo Listesi	viii
Şekil Listesi	ix
Kısaltmalar	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 TÜTÜN VE SİGARA KULLANIMININ TARİHÇESİ	3
2.2 TÜTÜNÜN YAPISI VE KULLANIM ŞEKİLLERİ	4
2.3 SİGARA KULLANIMININ EPİDEMİYOLOJİSİ	4
2.4 NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE SİGARANIN ZARARLARI	6
2.5 SİGARA İÇEN HASTAYA YAKLAŞIM VE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ	9
3. GEREÇ ve YÖNTEM	14
4. BULGULAR	18
4.1 TANIMLAYICI BULGULAR	18
4.2 ANALİTİK BULGULAR	24
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	29
Kaynaklar	34
Ek A. Etik Kurul Onay Formu	42

Tablo Listesi

2.1:	Sigarada Bulunan Kimyasal Maddeler	7
2.2:	Sigarayla İlgili Sağlık Sorunları.....	9
2.3:	Nikotin Replasman Tedavisinde Kullanılan Formlar.....	12
2.4:	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	15
2.5:	Sigarayı Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği	16
4.1:	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	18
4.2:	Sigaraya Başlama Yaşı.....	19
4.3:	Sigaraya Başlama Nedeni	19
4.4:	Bir Günde İçtiği Sigara Miktarı	20
4.5:	Sigara Kullanımı.....	20
4.6:	Katılımcıların Kaç Kez Sigarayı Bırakmayı Denedikleri.....	21
4.7:	Bırakmayı Denediğinizde Karşılaştığınız Zorluklar	21
4.8:	Sigara Bırakmayı İsteme Nedeni	22
4.9:	Sigara İçmeyi Tetikleyen Durumlar	23
4.10:	Fagerstrom Bağımlılık Testi	23
4.11:	SBBÖÖ ile Sigarayı Bırakma Durumu İlişkisi	24
4.12:	SBBÖÖ ile FNBT ilişkisi.....	25
4.13:	Sigarayı Bırakma Durumu ile Sigara Kullanımı (paket-yıl) İlişkisi... 25	
4.14:	Sigarayı Bırakma Durumu ile Eğitim Durumu İlişkisi.....	26
4.15:	Eğitim Durumu ile Sigara Kullanımı (paket-yıl) İlişkisi	26
4.16:	FNBT ile Sigara Kullanımı (paket-yıl) İlişkisi	26
4.17:	FNBT ile Eğitim Durumu İlişkisi	27
4.18:	Kronik Hastalık Durumu ile Sigara Kullanımı (paket-yıl) İlişkisi	27
4.19:	SBBÖÖ için ROC Eğrisi Değerleri	28

Şekil Listesi

4.1: SBBÖÖ İçin ROC Eğrisi	27
----------------------------------	----



ACTH.....	Adrenokortikotropik Hormon
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
EURIKA	The European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice
FNBT	Fagerstörn Nikotin Bağımlılık Testi
IARC	International Agency for Research on Cancer
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NRT	Nikotin Replasman Tedavisi
ROC.....	Receiver Operating Characteristics Curves
SBBÖÖ	Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği
TNSA.....	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

GİRİŞ ve AMAÇ

Dünyada bilinen önlenebilir en önemli mortalite ve morbidite nedeni olan sigara kullanımı, dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl ortalama 6 milyon insan sigara kullanımı kaynaklı hastalıklarla hayatını kaybetmektedir (1). Sigarada bulunan nikotin yüksek bağımlılık yapar. Sigara kullanımı, kalp ve akciğer hastalıkları, kanser gibi birçok sağlık sorunu için risk faktörüdür (2).

DSÖ'ye göre; Türkiye Avrupa coğrafyasında erkek popülasyonda en yüksek sigara içme sıklığına sahip ülkelerdendir (3). Her yıl sigara içicilerinin yarısından fazlası, genellikle başarısız olan sigara bırakma girişiminde bulunur. Tütün kontrolünde, sigara bırakma poliklinikleri önemli bir yer tutar.

Sigara bırakma aşamasında hekimlerin önemli rolü söz konusudur. Doktorların hastanın ne sıklıkla ne kadar sigara kullandığını sorgulaması, sigaranın zararlı etkilerinden bahsetmesi, ve sigara bırakma polikliniğine yönlendirmesi önemlidir. Sigara bırakma polikliniklerinde hastaya gereken tedaviler yapıldıktan sonra hasta belli aralıklarla kontrole çağırılarak tekrar sigaraya başlanmasının önüne geçilmeye çalışılır (4). Sigarayı bırakma başarısını etkileyen pek çok faktör mevcut olup, hastalarda sigara bırakma oranları %5 ile %41,9 arasında saptanmış olmasına rağmen bu oranlar hedeflenen düzeylerden uzaktır (5).

Günümüzde sigara bağımlılığının tedavisinde kullanılan yöntemler nikotin yerine koyma tedavisi ve nikotin içermeyen ilaçlardır. Nikotin yerine koyma tedavisinde en sık kullanılan formlar nikotin sakızı ve banttır. Nikotin içermeyen ilaç tedavisinde bupropion, vareniklin en sık tercih edilen ilaçlardır (6). Bu farmakolojik tedavilerin maliyeti yüksek olmakla birlikte yan

etkileri de bulunmaktadır. Bu sebeple sigarayı bırakma potansiyeli yüksek olan hastaların önceden tahmin edilmesi ile sınırlı sağlık desteğinin sigara bırakma potansiyeli yüksek olan hastalara yönlendirilmesi hem sağlık sistemi hem de hasta yararı açısından daha avantajlıdır. Sigarayı bırakma başarısını öngörü ölçeği daha çok bireyin sigarayı bırakmasını sağlayabilmek, ilaca ödenen maddi kaynak israfını azaltılabilmek ve gereksiz ilaç kullanımının önüne geçmek amacıyla kullanılabilmektedir.

Literatürde sigara bırakma tedavisi ile ilgili çalışmalar mevcut olup sigarayı bırakma başarısını öngörü ölçeği ile birlikte değerlendirilmesine yönelik yeterince çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastalara sigarayı bırakma başarısını öngörü ölçeğini uygulayıp, ölçeğin öngörü kabiliyetini ve sigara bırakma üzerine etki eden diğer faktörleri araştırmayı amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1 TÜTÜN VE SİGARA KULLANIMININ TARİHÇESİ

Tütün bitkisinin tarımına ilk olarak Amerika kıtasında başladığı bilinmektedir. Tütün kullanımı ise ilk kez milattan önce 1500’lü yıllarda orta Amerika uygarlıklarından biri olan Mayalar da tütün yapraklarını sararak ya da ufalayarak yaptıkları ilkel pipolarda, bazıları çiğneyerek, bazıları ise derilerine sürerek başlamıştır. Sonrasında ise güneyde İnkalar ve kuzeyde Kızılderililer ile tütün kullanımı yayılmıştır. Yüzyıllar boyunca sigara içmek sağlıklı bir alışkanlık olarak görülmüştür. Tütün, 16. yüzyılda, “kutsal ot” ve “tanrının şifası” olarak da adlandırılmıştır (7). Yukatan yarımadasında bulunan tarihi taşlar üzerinde ilkel pipo resimleri ve çeşitli tütün kullanma şekillerine rastlanmıştır.

Avrupalıların tütün ile tanışması ise Christopher Colombus Küba seyaheti sırasında karşılaştığı yerlilerin “tobacco” ismini verdikleri bitkiyi içtiklerini keşfederek başlamıştır. 1612 yılında Amerika da ticari olarak tütün üretimine başlanmıştır. 1881 yılında sigara saran makinelerin bulunması ile tütün üretimi ivmelenmiş olup 1913 yılında ise RJ Reynolds’un Camel markasını dünyaya tanıtmalarıyla sigaranın yayılması gerçekleşmiştir (8).

İngiliz, İtalyan, İspanyol ticaret gemileri ile tütünün ilk defa İstanbul’a getirildiği düşünülmektedir (9). 1611’de Sultan IV. Murat tütün kullanmayı yasaklamış, Uygulanan cezalara rağmen, tütün içme alışkanlığı sürekli artmış ve tütün üretim sahası hızla büyümüştür (10).

İngiliz doktor John Hill tarafından 1761 yılında tütün kullanımıyla hastalık gelişebileceği fikri ilk kez ortaya atılmıştır (11). O günden itibaren tütün ürünlerinin kullanımının sağlığa zararları ile ilgili binlerce çalışma

yapılmıştır. Sigara kullanımının alışkanlık değil de bağımlılık olduğu fikri ise 1960'lı yıllardan sonra gelişmiş ve sigara aleyhine yayınlar hızla artmıştır.

Ülkemizde 1980'li yıllarda sigara kullanımı hızla artmıştır. 1960'dan 1990'lara kadar hızla artan tütün kullanımı sonucunda akciğer kanseri görülme oranı 15 kat artmıştır (12). Tütün ürünlerinin reklamını kısıtlayan ilk kanun ise 1996 yılında yürürlüğe girmiştir.

2.2 TÜTÜNÜN YAPISI VE KULLANIM ŞEKİLLERİ

Tütün patlıcangiller (solanaceae) familyasının "nicotiana" cinsi içerisinde yer almaktadır. Tütün yaprağı, ticari açıdan bitkinin en önemli kısmıdır. Keyif verici ve bağımlılık yapıcı etkilerinden sorumlu olan nikotin kökte sentezlenir ve yapraklarda birikir (13). Tütün dumanı içerisinde nikotin dışında antijenik, sitotoksik, mutajenik, karsinojenik olan 4000'den fazla madde bulunmaktadır ve bu maddelerin benzen, kadmiyum, vinil klorid gibi 81 tanesinin karsinojen olduğu bilinmektedir (14).

Tütünden elde edilen mamüller farklı ambalajlarda kullanıma hazır hale getirilerek çeşitli formlarda piyasaya sürülmektedir. En sık kullanılan tütün formu olan sigara kıyılmış tütünün ince bir kâğıda sarılmak suretiyle hazırlandığı, genellikle silindir biçiminde, bir tarafı filtreli ya da filtresiz tütün ürünüdür. Sigara dışında Puro, pipo, nargilede tütünün yanmasından oluşan duman kullanılırken, çiğneme, enfiye, sakız, band, tablet, granül, sprey gibi formlar doğrudan dumansız olarak kullanılan nikotin formları vardır.

2.3 SİGARA KULLANIMININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Sigara kullanımı hem ülkemizde hem Dünya'da en önemli halk sağlığı problemlerinden biridir. Direkt olarak milyonlarca insanın morbidite ve mortalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (15). DSÖ verilerine göre 1.1 milyar insan sigara kullanmaktadır. Dünya genelinde her yıl 6 milyondan fazla insanın sigaraya bağlı nedenlerden öldüğü tahmin edilmektedir (16).

DSÖ verilerine göre tütün ürünü kullanımı sıklığı Avrupa'da %14,4-40,2 arasında, Afrika'da %0,2-24,5 arasında; Amerika'da %6,1-31,5 arasında;

Güneydoğu Asya'da %7,4-48,6 arasında; Güney Akdeniz'de %7,0-20,9 arasında; Batı Pasifik'te %16,0-52,9 arasında değişmektedir (17). Erişkinlerin yanı sıra gençlerde de tütün kullanımı oldukça yüksektir. Avrupa'nın 25 ülkesinde gerçekleştirilen Küresel Gençlik Tütün Araştırması'na (KGTA) göre erkeklerin %37,0'si, kızların ise %21,6'si 10 yaşından önce sigara ile tanışmaktadır (18).

DSÖ'nün raporunda, sigara tüketiminin Afrika ve Doğu Akdeniz bölgeleri haricinde dünyada gittikçe azaldığı Afrika ve Doğu Akdeniz'de ise aynı oranda seyrettiği belirtilmektedir. Dünya genelinde erkeklerde sigara kullanım oranı gelişmiş ülkelerde %35, gelişmekte olan ülkelerde %50, kadınlarda ise gelişmiş ülkelerde %24, gelişmekte olan ülkelerde %7 düzeyinde olduğu saptanmıştır (19). Sigara kullananların da büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Orta gelirli ülkelerde yaşayan erkekler dünyada sigara kullanımının büyük bir grubunu oluştururken, kadın sigara kullanıcılarının çoğunluğu ise yüksek gelirli ülkelerde yaşamaktadır (20).

Kadınların sosyal statülerinin yükselmesi, sağlık konusundaki bilgisizlik ve sigara bağımlılığı ile mücadele yöntemlerinin yetersizliği bu ülkelerde sigara kullanımının artmaya devam etmesine neden olacaktır. Sigara şirketleri ise yeni pazar arayışı ile gelişmiş ülkelere üçüncü dünya ülkelerine yönelmektedir.

Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde erkekler arasında en yüksek sigara içme sıklığına sahip ülkeler arasındadır (21). Dünyada yüzde olarak en çok sigara içilen ilk beş ülke sırasıyla Kiribati, Karadağ, Yunanistan, Doğu Timur ve Rusya'dır. Bu sıralamada Türkiye kırkıncı sıradadır (22).

2012 yılında yapılan küresel yetişkin tütün araştırma sonucuna göre Türkiye'de 15 yaş üzeri tütün kullanım miktarı oranı 27,1 iken bu oran erkeklerde 41,5 ve kadınlarda 13,1 olduğu tespit edilmiştir (23). Türkiye'deki erkeklerin yüzde 31'i, kadınların yüzde 12'si tütün kullanımının ilişkili olduğu hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Türkiye'de her yıl 83 bin yüz kişi sigaraya bağlı sebeplerle hayatını kaybederken, 252 bin çocuk ve 14,5 milyon yetişkin tütün ürünü kullanmaktadır.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Küresel Yetişkin Tütün araştırması 2012 yılı verilerine göre 15 yaş üzeri nüfusun %27,1'inin sigara içtiği saptanmıştır (24). EURIKA çalışmasında, ülkemizde aktif sigara içiciliği %23,7 ile Avrupa ortalaması olan %21,3'e oldukça yakın bulunmuştur (25). 2017 yılında yapılan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ise tütün ürünü kullanımı erkeklerde %43,6 iken kadınlarda %19,7, genel popülasyonda ise %31,6 dır (26). Ülkemizde üniversite öğrencilerinde tütün kullanım oranı %23-48 Aralığında lise öğrencilerinde %20 civarında ortaokul öğrencilerinde %9 civarında bulunmuştur (27).

2.4 NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE SİGARANIN ZARARLARI

Sigaranın fiziksel bağımlılığının en önemli nedeni olan nikotin suda çözünen, renksiz bir alkaloid yapıda kimyasal bir maddedir. Bir adet sigara yaklaşık 0.8 gr tütün ve 9-20 mg nikotin içerir fakat dumanın tamamının inhale edilememesi ve yanarak bir kısmının tahrip olması nedeniyle ancak %10'unu (1-2 mg) absorbe edilir (28). Sigara dumanının %92-95'i gaz halindedir ve 1 ml'de 0,3-3,3 milyar partikül içerir. Ortalama partikül çapı 0.2-0.5 mm'dir, yani solunabilir büyüklüktedir.

İnspiryum derinliğine göre nikotinin absorbe olma oranı değişir. Solunum yolları mukozası ve alveollerden hızla absorbe olup kana geçer. Nikotin kana karıştıktan sonra hızla santral sinir sistemi dahil bir çok sisteme yayılır. Nikotin lipofilik olmasından ötürü kan-beyin bariyerini hızla geçip beyne ulaşır. Beyinde lokus sereleus uyararak yoğunlaşma ve dikkati artışı sağlar. Yolakları uyararak asetilkolin, nöradrenalin, serotonin, dopamin, vazopressin, endorfin, büyüme hormonu ve ACTH salgılanmasına yol açar (29). Nikotin alındıktan sonra hızla kan beyin bariyerini geçerek nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanır ve dopamin salınımına neden olur. Dopamin salınımı kişide keyif verici ve rahatlatıcı etkilerinden dolayı bağımlılık döngüsünü başlatır. Sigara içiminden bir süre sonra azalan dopamin miktarı nedeniyle, kişi stresse girer, dopamin yoksunluğu irritabileteye neden olur ve kişi nikotin açlığı çekmeye başlar (30).

Tablo 2.1: Sigarada Bulunan Kimyasal Maddeler (31)

Partikül fazı	Başlıca etki	Gaz fazı	Başlıca etki
Tar (katran)	Mutajenik/karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza-bağımlı uyarıcı	Nitrojen oksitler	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
Fenol	İrritan, Mutajenik/karsinojenik	Hidroksisizyalik asit	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
Kresol	İrritan, Mutajenik/karsinojenik	Akrolein	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
Benzopiren	Mutajenik/karsinojenik	Vinil kloride	Mutajenik/karsinojenik
Ketakol	Mutajenik/karsinojenik	Nitrozaminler	Mutajenik/karsinojenik

DSM-V tanı kriterlerine göre Tütün Kullanım bozukluğu; on iki aylık süre içerisinde belirtilen maddelerden, klinik açıdan kişiyi sıkıntıya sokan, işlevsellikte azalmaya neden olan bir tütün kullanım örüntüsü olarak tanımlanmıştır. Tütün bağımlılığı için tanımlanan maddeler;

1. Çoğu kez planlanandan daha fazla ya da uzun süreli tütün alımı
2. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için fazla zaman harcamak
3. Tütün kullanmayı bırakmak ya da kontrol altında tutmak için sürekli bir istek veya sonuç vermeyen çabalar
4. İşte, evde ya da okulda yükümlüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan tekrarlayıcı tütün kullanımı
5. Tütün kullanmaya karşı çok fazla isteğin olması, kendini zorlanmış hissetme
6. Tütün kullanmanın neden olduğu toplumsal ya da kişisel sorunlar olmasına rağmen tütün kullanmayı sürdürme
7. Tütün kullanımından dolayı toplumsal veya işle ilgili etkenliklerin ya da eğlenme dinlenme faaliyetlerinin bırakılması ya da azaltılması

8. Tehlikeli durumlarda dahi tütün kullanma
9. Tütün neden olduğu ya da alevlendirdiği bedensel veya ruhsal bir problemi olmasına rağmen tütün kullanımına devam etme
10. Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine tolerans gelişmesi
 - a) Aynı ölçüde tütün kullanımına rağmen daha az etki alınması
 - b) İstenen etkiyi sağlamak için belirgin bir şekilde tütün kullanımının artırılması
11. Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine yoksunluk gelişmiş olması
 - a) Tütün yoksunluk sendromunun belirtilerinin varlığı.
 - b) Yoksunluktan kurtulmak için tütün alınmasıdır

Sigara bağımlılığın şiddeti 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından revize edilen Fagerstörn Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile belirlenmektedir. Türkiye’de 2004 yılında yapılan çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi’nin güvenilirliğinin orta derecede olduğu tespit edilmiş ve Türkiye’de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Bu testin genel mantığı irdelendiğinde; test kişinin içtiği sigara miktarı ve sigara içmeden belli bir süre durabilme derecesinin incelendiği görülmektedir (32).

Önlenebilir bir sağlık sorunu olan sigara kullanımı bilinen en önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Sigara kullanımı başta akciğer kanseri olmak üzere çeşitli kanserlere, başta kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olmak üzere solunum sistemi hastalıklarına, başta koroner kalp hastalığı olmak üzere kardiyovasküler sistem hastalıklarına ve başta inme olmak üzere serebrovasküler hastalıklara neden olmaktadır. Sigara içen bireylerde kalp hastalığı riski 2-4 kat, inme riski 2-4 kat ve akciğer kanseri riski 20-25 kat artmaktadır (33).

Sigara erken yaşta başlanırsa uzun süre düzenli kullanmak kişilerin beklenen yaşam sürelerini 20-25 yıl kısaltır. Uzun süre düzenli sigara içen bireylerin yaklaşık %60’ı sigara nedeniyle beklenenden daha erken ölmekte, ülkemizde de her yıl yaklaşık 110 bin kişi sigara ile ilişkili hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Günde 10 ya da daha az sayıda sigara içen birinin yaşam beklentisi 5 yıl azalır. Akciğer kanserine yakalanma riski

içmeyen birine göre 20 kat artar. Tütün kullanımının güvenli bir doz aralığı yoktur (34).

International Agency for Research on Cancer'e (IARC) göre başta akciğer kanseri olmak üzere oral kavite kanserleri, solunum epiteli ile döşeli yerlerdeki kanserler (nazofarinks kanseri, paranazal sinüs kanserleri, larinks kanserleri), pankreas kanseri, böbrek kanseri, mesane kanseri sigara ile ilişkilendirilmiştir (35, 36). Sigara kullanımı erkeklerde erektil disfonksiyon, sperm kalitesinde düşme, azospermiye kadar sperm sayısında düşme ve infertiliteye neden olabiliyorken kadınlarda infertiliteye, düşük riskinde artmaya ve düşük doğum ağırlıklı çocuk doğurma riskinde artmaya neden olmaktadır.

Tablo 2.2: Sigarayla İlgili Sağlık Sorunları

	Hastalık
Kardiyovasküler Sistem	MI, Stroke, Aort Anevrizması, Koroner Kalp Hastalığı, Periferik Vasküler Hastalık, Buerger Hastalığı
Gastrointestinal Sistem	Peptik ülser, kanama, kronik pankreatit ve kolon adenomları.
Solunum Sistemi	KOAH, Astım, Kronik Rinit, İnfluenza, Pnömoni, Tüberküloz, OSAS
Kadın Hastalıkları ve Doğum	Erken doğum ve Erken Membran Ruptürü (EMR), abortus, akciğer gelişme bozukluğu, düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölümü sendromu, büyüme gelişme geriliği, mental gerilik, febril konvülsiyon ve davranış bozukluğu.
Kanserler	Dudak, dil, farenks, larenks, akciğer, karaciğer, özofagus, mide, rektum, pankreas, mesane, meme, böbrek ve kan kanserleri

2.5 SİGARA İÇEN HASTAYA YAKLAŞIM VE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Sigara içme davranışı kompleks bir yapı olmakla birlikte sigara bağımlılığının temelinde psikolojik, davranışsal ve nörobiyolojik faktörler yatar. Tedavi için her başvuran hastanın bağımlılık derecesi, sigara içme özelliği, bırakma konusundaki niyeti farklıdır. Bu nedenle tedavi öncesi hastalar ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Tütün kullanan hastayla karşılaşıldığında, tütün kullanım durumunun sorgulanması ve bırakma için motive edilmesi ilk

aşama olarak büyük önem taşımaktadır. Her hastaya etkin tedavilerin varlığı anlatılmalı ve uygun tedavi önerilmelidir. Hasta bırakma konusunda isteksizse mutlaka motivasyonel destek sağlanmalıdır.

Hekime herhangi bir sebeple hasta başvursa bile sigara içimi sorgulanmalı ve hastanın öncelikle sigarayı bırakmaya hazır olup olmadığı ve sigara bırakma isteği değerlendirilmelidir. Kişiler sigara kullanımının risklerini çok iyi bilseler de, bırakmaya yönelik eyleme geçmeleri kolay değildir. Sigarayı bırakma konusunda istekli olan hastalara 5A, bırakma konusunda istekli olmayan hastalara da 5R stratejilerinin uygulanması önerilmektedir (37).

- İlk basamak Ask (Öğren)'tir. Burada kişilerin sigara içme durumunun sorulması önerilir.
- 2. basamak, Advice (Öner)'tir. Her sigara içen bireye sigarayı bırakması gerektiği söylenmeli ve çözüm yöntemleri önerilmelidir.
- 3. basamak, Assess (Ölç)'tir. Basamağın bu aşamasında kişilerin gelecek bir ay içerisinde sigarayı bırakmaya istekli olup olmadıkları belirlenmelidir. Yapılabiliyorsa CO ölçülmelidir. Daha önceki sigara bırakma deneyimleri gözden geçirilmelidir.
- 4. basamak, Assist (Önderlik Et)'tir. Bu aşamada sigarayı bırakmaya hazırlanan kişiye bir bırakma planı ile yardımcı olunmalıdır. Psikolojik desteğin yanında medikal tedavilerden ayrıntılı bir şekilde bahsedilmeli ve ihtiyaç doğrultusunda medikal tedaviye başlanmalıdır.
- 5. basamak Arrange (Örgütleye)'dir. Sigarayı bırakmış kişilerin izlemine düzenli aralıklarla yüz yüze veya telefon görüşmeleriyle devam edilmelidir. Görüşmeler kişinin durumuna göre onbeş günde bir, ayda bir veya üç ayda bir olacak şekilde planlanmalıdır. Bu aşamada nüksü önlemek hekime düşen en önemli görevdir.

Bırakma konusunda isteksiz olan hastalara 5R stratejileri uygulanmalıdır (38).

- İlk basamak Relevance (İlgilenme)'tir. Kişinin kendine özel durumları (hastalık, cinsiyet, yaş, aile, ekonomik durum vb.) da göz önüne alınarak neden bırakması gerektiği konusunda kişi cesaretlendirilmelidir.

- 2. basamak Risks (Riskler)' tir. Kişilere sigara içmeye devam etmeleri sonucunda yaşayabilecekleri hastalık ve kısıtlanma durumları ayrıntılı olarak anlatılmalıdır.
- 3. basamak Rewards (Kazançlar)' tur. Bu noktada kişilerin sigara bıraktıktan sonra yakın ve uzak dönemdeki kazançları vurgulanmalıdır.
- 4. basamak Roadblocks (Engeller)' tur. Kişiyi sigara bırakmaktan alıkoyacak sorunlar saptanmalıdır. Bu engelleri (depresyon, yoksunluk belirtileri, kilo alma, destekten yoksunluk vb.) çözme stratejileri oluşturulmalıdır.
- 5. basamak Repetition (Tekrarlama)'dır. Motive olmayan ve sigara bırakmayı düşünmeyen kişilerin kliniğe her başvurularında motive edici görüşmeler tekrarlanmalıdır. Daha önce sigara bırakma denemelerinde başarısız olmuş kişiler birkaç deneme sonrasında başarılı olabilecekleri konusunda cesaretlendirilmelidir.

Nikotin Replasman Tedavisi

Sigara içildiğinde nikotin, sigara içen kişinin beynine 7 saniye içinde ulaşır ve nikotinik reseptörleri satüre ederek beklenenden çok daha yüksek bir pik etkisi yapar. Nikotin replasman tedavisinin amacı, sigaranın kesilmesini izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmaktır. Böylece sigarayı bırakmak isteyen kişi yoksunluk semptomlarını daha az yaşayacaktır. NRT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle 2-8 haftalık aralıklarla azaltılarak kesilir, bu azaltma sırasında nikotin yoksunluk semptomlarının da azalıyor olması önemlidir (39). Günümüzde NRT için kullanılan nikotin formları; sakız, nazal sprey, oral inhaler ve nikotin bandıdır. Ülkemizde ise yalnızca bant ve sakız bulunmaktadır (39). Sakız, yavaş çiğnenmelidir. Hızlı çiğnendiğinde veya doğru kullanılmadığında aşırı tükürük salgısı; tahrişe, hıçkırığa ve gastrointestinal sistem yan etkilerine yol açabilmektedir. Gebelik kategorisi C'dir (40).

Tablo 2.3: Nikotin Replasman Tedavisinde Kullanılan Formlar

Preparatlar	Doz	Kullanım süre ve şekli
Nikotin sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet
		7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet
		10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet
		Günde maksimum 24 adet
Nikotin bandı	21 mg/ 24 saat 14 mg/ 24 saat 7 mg/ 24 saat	4 hafta
		2 hafta
		2 hafta
		10 sigaradan az içiyorsa daha düşük doz başlanır
Nikotin inhalatör	Her kartuş 10 mg nikotin içermekte	6 inhalatör kartuş/gün kullanılmalı Her saat, 20 dk kullanılmalı
Nikotin pastil	1 mg	Saatte 1 pastil
	2 mg	Günde 15 ve üstü pastil
	4 mg	Pastil alındıktan 30 dk sonra atılmalıdır

Bupropion

Norepinefrin ve dopamin zayıf sinaptik geri alım inhibitörü olan nontrisiklik bir antidepresandır. Sigara bırakma etkisi antidepresan özelliğinden bağımsızdır. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azaltılmasında etkilidir. Metaanalizde ilacın tek başına kullanıldığında kişinin sigara bırakma başarısını yaklaşık 2 kat arttırdığı saptanmıştır (41).

Bupropion'un 150 mg' lık tabletleri bulunmaktadır. İlk 3 gün günde 1 kez 150 mg, 4.günden itibaren günde 2 kez 150 mg alınarak toplam 300 mg tedavi dozuna çıkılır. Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilacın 7-14 günleri arasında sigara bırakma günü belirlenir. Tedavi toplam 12-24 hafta arasında devam eder. Bupropion'un ileri yaşlarda tavsiye edilen günlük doz miktarı 150 mg'dır (39).

Bupropion iyi tolere edilir fakat en sık yan görülen yan etki; baş ağrısı, uykusuzluk ve ağız kuruluğudur (1). MSS travması öyküsü veren olgularda, kontrolsüz hipertansiyonu, ağır hepatik nekrozu, anoreksi ya da bulumia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlar, 18 yaş altı sigara içenler, hamileler, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlar, santral sinir

sistemi tümörü olanlar, bipolar hastalığı olanlar, çok ağır siroz hastaların kullanımı kontrendikedir (42).

Vareniklin

Dopamin salınımına aracılık eden $\alpha 4 \beta 2$ nikotinik kolinerjik reseptörlerinin parsiyel agonistidir. nikotin reseptörlerine sıkıca bağlanarak, sigara dumanı kaynaklı nikotinin reseptörlere bağlanmasını engeller ve sigaranın ödüllendirici etkisini azaltır.

Vareniklin, sigara içmeye devam ederken ilk 3 gün günde 0,5 mg dozunda ilaç kullanarak tedaviye başlanır, takiben 4-7. günler arası 0,5 mg sabah akşam, 8-14. günler arası 1 mg gün dozu ile devam edilir. Başlangıçta ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden olgunun 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda 7. gün sigarayı bırakması amaçlanır. Tedavi günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak 12 haftaya tamamlanır ancak 24 haftalık tedavinin 6 ay ve 1 yıl içinde sigaraya yeniden başlama oranlarını azalttığı görülmüştür. Nüks ihtimali yüksek olan hastalar için tedavi süresi uzatılabilir (39).

Tedavinin en sık yan etkisi bulantı, uykusuzluk, anormal düşler ve baş ağrısıdır. İlaç etkileşimi çok düşük olduğu için, polifarmasinin sık olduğu yaşlı hastalarda ve ek hastalıkları olanlarda da doz değiştirilmeden kullanılabilir. Gebelik kategorisi C'dir (43). Vareniklinin kullanımında nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, ajitasyon, depressif durum, intihar eğilimi ve varolan psikiyatrik durumun kötüleşebileceği hakkında hastalar bilgilendirilmelidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof.Dr.Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastalarda Ocak 2021 ile Aralık 2021 tarihleri arasında 18-70 yaş arasındaki gönüllü katılımcı ile kesitsel analitik bir çalışma olarak planlandı. Toplamda 244 katılımcı çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Prof. Dr.Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastalar
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Telefon ile ulaşılamayan hastalar

Polikliniğimize başvuran hastalara öncelikle aydınlatılmış onam formu doldurtularak yaş, cinsiyet, meslek, edeni durum gibi sosyodemografik bilgileri içeren form, hastalık özgeçmişi, ilaç kullanım durumu,tütün kullanım durumu (sigara içme süresi, şu anda tüketilen sigara miktarı, paket yılı olarak sigara tüketimi), sigara öyküsü (sigara başlama yaşı, başlama nedeni, sigara içme miktarındaki değişiklikler, kullanılan sigara markası, sigarayı bırakmayı isteme nedeni, sigara bırakma denemeleri), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Sigara Bırakma Başarısını Öngörü Ölçeği yüz yüze yapılarak değerlendirildi. Hastaya verilen tedavi yöntemi veri kayıt formuna not edildi. Hastanın başvuru tarihinden itibaren 1 ay sonra telefonla ulaşılarak sigarayı bırakıp bırakmadığı sorularak veri kayıt formuna not edildi.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT)

6 adet soruyu içeren bu test Karl Fagerström tarafından sigara bağımlılık düzeyini saptamak için geliştirilmiştir. Sorulara alınan yanıtlara göre bağımlılık düzeyi değerlendirilir. Testin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Uysal ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Testin Türkçe versiyonunda maddeler arası ilişkinin faktör analizi yapılarak, testin Türkçe versiyonunun sigara bırakma polikliniklerinde nikotin bağımlılığını değerlendirmede ölçüm metodu olarak kullanılabileceği belirlenmiştir (24). Sorulara verilen yanıtlara göre; 0-2 puan çok az bağımlılık, 3-4 puan az bağımlılık, 5 puan orta derece bağımlılık, 6-7 puan yüksek bağımlılık ve 8-10 puan ise çok yüksek bağımlılık belirtisi olarak değerlendirilir.

Tablo 2.4: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

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

- a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan)
- b. 6- 30 dakika içinde (2 puan)
- c. 31- 60 dakika (1 puan)
- d. 1 saatten fazla (0 puan)

Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- a. Evet : (1 puan) b. Hayır: (0 puan)

Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan) b. Diğer herhangi biri (0 puan)

Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a. 10 adet veya daha az (0 puan) b. 11- 20 (1 puan) c. 21- 30 (2puan) d. 31 veya daha fazlası (3 puan)

Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)

Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ?

- a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)

Toplam skor

0-2: Çok az bağımlılık 3-4: Az bağımlılık 5: Orta derecede bağımlılık 6-7: Yüksek bağımlılık 8-10: Çok yüksek bağımlılık

Sigarayı Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ)

Sigara bırakma potansiyeli yüksek kişileri saptamayı sağlayan bu ölçeği 2018 yılında Aydemir Y. ve ark tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (71). 10 maddeden oluşan ölçeğin 5'li likert tipi "çok az", "az", "orta", "biraz çok" ve "çok" şeklinde cevaplanan en uygun cevabı belirlemeye çalışan seçenekleri vardır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Ölçek puanının artması sigara bırakma başarısının yüksek olacağını gösterir. Ölçeğin 9. sorusu ters olarak puanlanmıştır. Ölçeğin "Kararlılık ve Hazır Oluş" ve "Sağlık Algısı ve Uygun Çevre" olarak iki alt boyutu vardır.

Tablo 2.5: Sigarayı Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği

	Çok	Orta	Az
Kendimi sigarayı bırakmaya hazır hissediyorum			
Sigarayı bırakmayı yeterince düşündüm			
Sigara içmeyi önemli bir sorun olarak görüyorum			
Sigaranın sağlığımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum			
Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almaya hazırım			
Sigarayı bırakma ile ilgili tüm önerilere uyarım			
Sigarayı bırakmamı ailem ve yakın çevrem destekleyeceğini düşünüyorum			
İstersem sigarayı bırakabileceğime inanıyorum			
Sigarayı bırakırken çok zorlanacağımı düşünüyorum			
Sigarayı bırakma yönündeki çabalarımın boşa gitmeyeceğini düşünüyorum			

Hastanın poliklinikte yapılan değerlendirme sonucuna göre hastaya psikososyal danışmanlık ve uygun farmakolojik tedavi verilerek kontrolleri planlandı.

Çalışmamızda katılımcıların 1. Ay sonunda sigarayı bırakıp bırakmadıkları telefonla ulaşılarak değerlendirildi. Sigarayı bırakıp bırakmadığı kayıtlarda olmayan ve telefonla ulaşılamayan olgular çalışma dışı bırakıldı. Sigarayı bırakmak için önerilen tedaviler ve ne kadar süre kullandıkları kaydedildi.

Klinik çalışmalarda, çeşitli teşhis yöntemlerinden ve laboratuvar testlerinin sonuçlarından yararlanılarak hasta ve sağlıklı bireylerin ayrımının yapılması

amaçlanır. Bu durumda bir testin, hasta bireyleri sağlıklılardan ne kadar doğrulukla ayırt edebildiğinin bilinmesi çok önemlidir. Tıbbi karar verme sürecinde, testin ayırt ediciliğini belirlemek amacıyla kullanılan yöntemlerden biri de ROC (Alıcı işlem karakteristikleri, Receiver Operating Characteristic) eğrisi yöntemidir (44). Çalışmamızda ROC analizi yapılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 25 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; tanımlayıcı analizler (ortalama, medyan ve standart deviasyon) ile khi kare analizi, ortalamalar arasındaki farkın belirlenmesinde Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

4.1 TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmamız hastanemiz sigara bırakma polikliniğine başvurmuş ve çalışmaya katılmayı kabul eden 244 kişi ile çalışma tamamlandı. Çalışmaya katılanların %61,9'u (n=151) erkek ve %38,1'i (n=93) kadındır. Katılımcıların %57,8'inin (n=141) evli, %42,2'sinin (n=103) bekar olduğu görüldü. Eğitim durumuna bakıldığında ise %1,2'sinin (n=3) okuryazar olmadığı, %17,6'sının (n=43) ilkökul mezunu, %13,1'inin (n=32) Ortaokul mezunu, %29,9'unun (n=73) lise ve %38,1'inin (n=93) yüksek okul mezunu olduğu görüldü.

Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	n	% (yüzde)
Cinsiyet		
Erkek	151	61,9
Kadın	93	38,1
Medeni Durum		
Evli	141	57,8
Bekar	103	42,2
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	3	1,2
İlkokul	43	17,6
Ortaokul	32	13,1
Lise	73	29,9
Yüksekokul	93	38,1
Toplam	244	100

Çalışmaya alınan katılımcıların %4,1'inin (n=10) doktor önerisi ile ve %92,6'sının (n=226) kendi isteği ile sigara bırakma polikliniğine başvurduğu görülmüştür.

Sigaraya başlama yaşı ortalaması 17,8 yaş (min-8 yaş, max-45 yaş) olarak bulunmuştur. 13 yaşında ve daha küçükken sigaraya başlayanların oranı %9,8 (n=24), 14-17 yaş arasında başlayanların oranı %43,4 (n=106), 18-24 yaş arası başlayanların oranı %39,3 (n=96) ve 25 yaş ve üzeri başlayanların oranı %7,4 (n=18) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2: Sigaraya Başlama Yaşı

Sigaraya Başlama Yaşı	n	% (yüzde)
13 yaş ve daha küçük	24	9,8
14-17 yaş arası	106	43,4
18-24 yaş arası	96	39,3
25 yaş ve üzeri	18	7,4
Toplam	244	100

Sigaraya başlama nedeni sorulduğunda %24,7'sinin (n=60) merak nedeni ile, %41,6'sının (n=101) özentisi sebebi ile, %19,3'ünün (n=47) stres nedeni ile ve %14,4'ünün (n=36) diğer sebeplerden dolayı başvurduğu öğrenildi.

Tablo 4.3: Sigaraya Başlama Nedeni

Sigaraya Başlama Nedeni	n	% (yüzde)
Merak	60	24,7
Özentisi	101	41,6
Stres	47	19,3
Diğer	36	14,4
Toplam	244	100

Katılımcıların şimdiki içtiği sigara miktarı sayısına baktığımızda %12,3'ünün (n=30) 10 adet ve daha az, %53,7'sinin (n=131) 11-20 adet arasında, %19,7'sinin (n=48) 21-30 adet arası, %10,7'sinin (n=26) 31-40 adet arası ve %3,7'sinin (n=9) 41 adet ve üzeri günlük sigara içtiği görülmüştür.

Tablo 4.4: Bir Günde İçtiği Sigara Miktarı

İçtiği Sigara Miktarı	n	% (yüzde)
10 ve daha az	30	12,3
11-20 arası	131	53,7
21-30 arası	48	19,7
31-40 arası	26	10,7
41 ve üzeri	9	3,7
Toplam	244	100

Katılımcıların %89,3'ü (n=217) filtreli sigara içmekteydi. Çalışmaya alınan hastaların ortalama 25,1 paket-yıl sigara kullanımı mevcuttur. %20,7'sinin (n=50) 10 paket-yıldan daha az, %24,9'unun (n=60) 10-19 paket- yıl arasında, %17,4'ünün (n=42) 20-29 paket – yıl arasında, %15,8'inin (n=38) 30-39 paket – yıl arasında, %21,1'inin (n=51) 40 paket – yıl ve daha fazla sigara kullanımı mevcuttur.

Tablo 4.5: Sigara Kullanımı

Sigara Kullanımı (paket-yıl)	n	% (yüzde)
10 paket-yıldan az	50	20,7
10-19 paket-yıl arası	60	24,9
20-29 paket-yıl arası	42	17,4
30-39 paket-yıl arası	38	15,8
40 paket-yıl ve fazlası	51	21,1
Toplam	241	100

Katılımcıları %75,8'i (n=185) en az bir kez daha önce sigarayı bırakmayı denemişti, %24,2'si (n=59) ise hiç sigarayı bırakmayı denememişti. Daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerden %42,4'ü (n=78) bir kere, %22,8'i (n=42) iki kere, %13'ü (n=24) üç kere ve %21,8'i (n=40) dört ve daha fazla kez sigarayı bırakmayı denemişti.

Tablo 4.6: Katılımcıların Kaç Kez Sigarayı Bırakmayı Denedikleri

	n	% (yüzde)
Bir kez	78	42,4
İki kez	42	22,8
Üç kez	24	13
Dört veya daha fazla kez	40	21,8
Toplam	184	100

Katılımcılara daha önce sigarayı bırakmayı denediklerinde karşılaştığı zorlukları sorguladığımızda %54,1’inde sinirlilik, %28,7’sinde konsantrasyon bozukluğu, %25,4’ünde baş ağrısı, %18,9’unda uyku bozukluğu, %6,6’sında kabızlık, %5,8’inde ağız yaraları ve %31,1’inde iştah artışı olduğunu belirtilmiştir.

Tablo 4.7: Bırakmayı Denediğinizde Karşılaştığınız Zorluklar

		n	% (yüzde)
Sinirlilik	Evet	132	54,1
	Hayır	112	45,9
Konsantrasyon Bozukluğu	Evet	70	28,7
	Hayır	112	71,3
Baş Ağrısı	Evet	62	25,4
	Hayır	182	74,6
Uyku Bozukluğu	Evet	46	18,9
	Hayır	198	81,1
Kabızlık	Evet	16	6,6
	Hayır	228	93,4
Ağız Yaraları	Evet	14	5,8
	Hayır	230	94,2
İştah Artışı	Evet	76	31,1
	Hayır	168	68,9

Çalışmaya alınan katılımcıların sigara bırakmayı isteme nedenlerine baktığımızda en sık sebebin ileride hastalanma endişesi (%63,9) ve ekonomik nedenlerden (%34,6) dolayı olduğu görüldü.

Tablo 4.8: Sigara Bırakmayı İsteme Nedeni

		n	% (yüzde)
Hastalığı nedeniyle	Evet	48	19,7
	Hayır	196	80,3
İleride hastalanma endişesi	Evet	156	63,9
	Hayır	88	36,1
Çevresine zarar verme düşüncesi	Evet	68	27,9
	Hayır	176	72,1
Ekonomik nedenler	Evet	85	34,6
	Hayır	159	64,4
İlaçlarımdan dolayı	Evet	19	7,8
	Hayır	225	92,2
Çevresine örnek olmak için	Evet	42	17,2
	Hayır	202	82,8
Toplum baskısı	Evet	11	4,5
	Hayır	233	95,5
Utandığı için	Evet	14	5,7
	Hayır	230	94,3
Kokusundan dolayı	Evet	64	26,2
	Hayır	180	73,8
Doktor önerisi	Evet	25	10,2
	Hayır	219	89,8
İşyeri baskısı	Evet	6	2,5
	Hayır	238	97,5
Toplam		244	100

Sigara içmeyi tetikleyen durumlar sorgulandığında en sık sebep stres (%63,6) ve yemek sonrası (%60,3) olduğu görüldü.

Tablo 4.9: Sigara İçmeyi Tetikleyen Durumlar

		n	% (yüzde)
Çay	Evet	84	34,7
	Hayır	158	65,3
Kahve	Evet	84	34,7
	Hayır	158	65,3
Alkol	Evet	42	17,4
	Hayır	200	82,6
Yemek sonrası	Evet	146	60,3
	Hayır	96	39,7
Stres	Evet	154	63,6
	Hayır	88	36,4
Toplam		242	100

Sigarayı bırakmak için başvuranların %48,9'unda evinde başka sigara içen, %80,2'sinde iş yerinden başka sigara içen bulunmaktaydı. %84,5'inde evinde sigara içmeyiip sigaraya maruz kalan kişi bulunmaktaydı. Evde sigara en çok %77,9'unda balkonda - pencerede, %22,1'inde ise oturma alanlarında sigara içilmekteydi.

Katılımcıların %24,1'inde kronik hastalık bulunmaktaydı ve %23,32'ünde sürekli kullandığı bir ilaç vardı.

Nikotin bağımlılığını tespit etmek için kullanılan Fagerstrom nikotin bağımlılık testi katılımcılara uygulandı. %21,9'unda az bağımlı, %10,7'sinde orta bağımlı ve %67,4'ünde yüksek bağımlılık tespit edildi.

Tablo 4.10: Fagerstrom Bağımlılık Testi

	n	% (yüzde)
Az bağımlı	53	21,9
Orta bağımlı	26	10,7
Yüksek bağımlı	163	67,4
Toplam	242	100

Katılımcılara tedavi başlanmadan önce yapılan SBBÖÖ testinde %3,28'inde 35 puan altı, %7,79'unda 35-40 puan arasında, %28,28'inde 40-45 puan arasında ve %60,66'sında 45-50 puan arasında puan almıştır. Ortalama SBBÖÖ puanı ise 45 (min:23, max:50) olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların %75,8'inin daha önce sigarayı bir kez bırakmayı denediği ve %24,18'inin ise iki ve daha fazla kez sigarayı bırakmayı denediği öğrenildi.

Hastaların başvurduğu poliklinik tarihinden bir ay sonra katılımcılara telefonla ulaşılarak sigara bırakma durumu sorgulandı. %52,5'inin (n=128) sigarayı bıraktığı ve %47,5'inin (n=116) hala içmeye devam ettiği görüldü.

4.2 ANALİTİK BULGULAR

Katılımcıların SBBÖÖ ile cinsiyet, eğitim durumu, içtiği sigara paket-yıl durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, sigarayı bırakanların %68'inin SBBÖÖ puanı 42,5 puan ve üstüyken, hala içmeye devam edenlerin %52,6'sının SBBÖÖ puanı 42,5 puan ve üstüydü ($p=0,014$).

Tablo 4.11: SBBÖÖ ile Sigarayı Bırakma Durumu İlişkisi

Bırakma Durumu		SBBÖÖ		Toplam	p
		42,5 puan altı	42,5 puan ve üstü		
Bıraktı	n	41	87	128	0,014
	%	32,0%	68,0%	100,0%	
Hala içiyor	n	55	61	116	
	%	47,4%	52,6%	100,0%	

Katılımcıların SBBÖÖ ile FNBT sonucu ile ilişkisine baktığımızda FNBT sonucu az bağımlı olanların %71,7'sinin SBBÖÖ puanı 42,5 puan ve üstü, orta düzey bağımlı olanların %42,3'ünün SBBÖÖ puanı 42,5 puan ve üstü ve yüksek düzey bağımlılığı olanların %60,1'inin SBBÖÖ puanı 42,5 puan ve üstü bulunmuştur, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,041$).

Tablo 4.12: SBBÖÖ ile FNBT ilişkisi

FNBT		SBBÖÖ		Toplam	p
		42,5 puan altı	42,5 puan ve üstü		
Az bağımlı	n	15	38	53	0,041
	%	28,3%	71,7%	100,0%	
Orta bağımlı	n	15	11	26	100,0%
	%	57,7%	42,3%	100,0%	
Yüksek bağımlı	n	65	98	163	100,0%
	%	39,9%	60,1%	100,0%	

Sigara kullanımı 10 paket-yıldan az olanların %60'ı sigarayı bırakırken, 40 paket-yıldan fazla sigara kullanımı olanların %37,3'ü sigarayı bırakabilmiştir, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002).

Tablo 4.13: Sigarayı Bırakma Durumu ile Sigara Kullanımı (paket-yıl) ilişkisi

Sigara Kullanımı (paket-yıl)		Bırakma Durumu		Toplam	p
		Bıraktı	Hala içiyor		
10 paket-yıldan az	n	30	20	50	0,002
	%	60,0%	40,0%	100,0%	
10-19 paket-yıl arası	n	43	17	60	100,0%
	%	71,7%	28,3%	100,0%	
20-29 paket-yıl arası	n	19	23	42	100,0%
	%	45,2%	54,8%	100,0%	
30-39 paket-yıl arası	n	16	22	38	100,0%
	%	42,1%	57,9%	100,0%	
40 paket-yıl ve fazlası	n	19	32	51	100,0%
	%	37,3%	62,7%	100,0%	

Eğitim durumu lise ve altı olanların %47'si sigarayı bırakırken, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanların %61,3'ü sigarayı bırakmıştır, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,03).

Tablo 4.14: Sigarayı Bırakma Durumu ile Eğitim Durumu İlişkisi

Eğitim Durumu		Bırakma Durumu		Toplam	p
		Bıraktı	Hala içiyor		
Lise ve altı	n	71	80	151	0,030
	%	47,0%	53,0%	100,0%	
Üniversite ve üzeri	n	57	36	93	100,0%
	%	61,3%	38,7%	100,0%	

Sigara kullanımı 20 paket-yıldan az olanların %47,3'ünün eğitim durumu lise ve altı iken, 20 paket-yıl ve fazlasının %74'ünün eğitim durumu lise ve altıdır. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000).

Tablo 4.15: Eğitim Durumu ile Sigara Kullanımı (paket-yıl) İlişkisi

Sigara Kullanımı (paket-yıl)		Eğitim Durumu		Toplam	p
		Lise ve altı	Üniversite ve üzeri		
20 paket-yıldan az	n	52	58	110	0,000
	%	47,3%	52,7%	100,0%	
20 paket-yıl ve fazlası	n	97	34	131	100,0%
	%	74,0%	26,0%	100,0%	

20 paket-yıldan az sigara kullanımı olanların FNBT %53,2'si yüksek bağımlı iken, 20 paket-yıldan fazla olanların FNBT %78,5'inin yüksek bağımlı olarak saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000).

Tablo 4.16: FNBT ile Sigara Kullanımı (paket-yıl) İlişkisi

Sigara Kullanımı (paket-yıl)		FNBT			Toplam	p
		Az bağımlı	Orta bağımlı	Yüksek bağımlı		
20 paket-yıl dan az	n	35	16	58	109	0,000
	%	32,1%	14,7%	53,2%	100,0%	
20 paket-yıl ve fazlası	n	18	10	102	130	100,0%
	%	13,8%	7,7%	78,5%	100,0%	

Eğitim durumu Lise ve altı olanların FNBT %72,5'i yüksek bağımlı iken, üniversite ve üzeri olanların FNBT %59,1'inin yüksek bağımlı olduğu görülmüştür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,054).

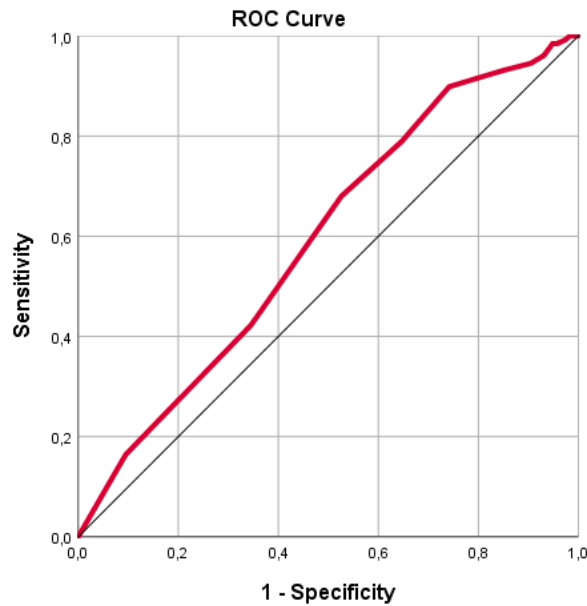
Tablo 4.17: FNBT ile Eğitim Durumu İlişkisi

Eğitim Durumu	FNBT			Toplam	p
	Az bağımlı	Orta bağımlı	Yüksek bağımlı		
Lise ve altı	n	30	11	108	0,046
	%	20,1%	7,4%	72,5%	
Üniversite ve üzeri	n	23	15	55	130
	%	24,7%	16,1%	59,1%	

Sigara kullanımı 20 paket-yıldan az olanların %17,4'ünün kronik hastalığı bulunurken, 20 paket-yıl ve fazla sigara kullanımı olanların %29,5'inde kronik hastalık bulunmakta idi. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,030$).

Tablo 4.18: Kronik Hastalık Durumu ile Sigara Kullanımı (paket-yıl) İlişkisi

Sigara Kullanımı (paket-yıl)	Kronik Hastalık Durumu		Toplam	p
	Evet	Hayır		
20 paket-yıldan az	n	19	90	109
	%	17,4%	82,6%	
20 paket-yıl ve fazlası	n	38	91	129
	%	29,5%	70,5%	

**Şekil 4.1:** SBBÖÖ İçin ROC Eğrisi

Sensitivite ve Spesifite arasındaki ilişkinin grafiksel bir gösterimi olan ROC eğrisi yöntemini SBBÖÖ'de uyguladık. Sigarayı bırakma ve bırakmama durumu arasında Cut-off değer olarak 42,5 puanı belirlediğimizde bu puanın üzerinde olan hasta grubunda bırakma başarısının sensitivitesinin %82 olduğu görüldü.

Tablo 4.19: SBBÖÖ için ROC Eğrisi Değerleri

ROC Analizi	Eğri altında kalan alan	%95 güven aralığı	Cutoff Değer	Sensitivite (%)	Spesitifite (%)
SBBÖÖ Başarısı	0,59	0,52-0,67	42,5	82	25

TARTIŞMA ve SONUÇ

Önlenebilir ölüm nedenlerinden ilki olan sigara kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğinde tedavi öncesi sigara bırakma öngörüsü yapabilecek ölçeğin başarısı değerlendirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde sigara bırakma polikliniklerinin yer alması hastalar tarafından kolay ulaşılabilir olması nedeniyle daha fazla tercih edilebilir olmaktadır. Biz de Üniversitemizin Sigara bıraktırma polikliniğine Ocak 2021 – aralık 2021 tarihleri arasında başvuran hastaları değerlendirmeye aldık. 244 katılımcı ile çalışma sonlandırılmıştır.

Sigara bırakma polikliniğinde tedavi ile olgularımızın %52,5'inin sigarayı bıraktığı görüldü. Sigara kullanımının bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutta etkileri olması nedeniyle tedavi başarısında birçok zorluk ile karşılaşmaktadır. Tüm dünyada sigara bırakmadaki başarı oranı relaps oranından geride kalmaktadır. Literatürde sigara bırakma polikliniklerinin başarı oranı %21-45 arasında değişmektedir (45). Ülkemizde de sigara bırakma polikliniklerinin başarısını değerlendiren çalışmalar yapılmıştır. Solak ve ark. bir yılın sonunda sigara bırakma başarısını %45,5 olarak bulmuştur (46). Uzaslan ve ark.296 olgu ile yaptığı çalışmada %40 başarı oranı (47) ve 757 olgu ile yapılan çalışmada 3 aylık süre sonunda başarı oranı %48,9 bulunmuştur (48). Bizim çalışmamızda bulunan sigara bırakma oranı da benzer çalışmalarla uyumlu olarak bulunmuştur.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların %61,9'u erkekti. Sigarayı bırakma polikliniğine başvuran erkeklerin sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada da sigarayı bırakma polikliniğine başvuran erkeklerin sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Ülkemizin çeşitli illerinde İzmir'de (46), Trabzon'da (49),

Ankara’da (50) yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızla uyumlu olarak başvuran erkek hasta sayısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum toplumda sigara kullanan erkeklerin oranının kadınlara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmaya katılanların bireylerin medeni durumları incelendiğinde %57,8’i evli ve %42,2’si bekarı. Ülkemizde yapılan birçok çalışma da yapılan çalışma ile uyumlu olarak sigara içen katılımcıların evli olduğu görüldü (50, 51).

Çalışmamızda eğitim düzeyi oldukça yüksekti. Olguların %68’i lise ve daha yüksek eğitime sahipti. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nın (TNSA-2008) sonuçlarına göre de refah düzeyi arttıkça özellikle kadınlarda sigara kullanım sıklığının arttığı görülmüştür (52). Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek olanların sigarayı bırakma oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür ile uyumlu olarak eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısında etkili olduğu ve eğitim düzeyi düşük olan gruplarda sigara bırakma oranının daha düşük olduğunu anlaşılmıştır (53, 54).

Sigara başlama yaşı çalışmamızda en çok 14-17 yaş arasında olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılmış en kapsamlı çalışmalardan biri olan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması toplum genelinde sigaraya başlama yaşlarının ortalama değeri 17,1 yaştır (55). Türkiye’de 2019 yılında (50) yaptığı çalışma ve 2014 yılında (51) yaptığı çalışmada da sigara başlama yaşı 18’in altındadır. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da benzer durumun olduğu ve sigara başlama yaşının en sık adölesan dönemde olduğu bilinmektedir (56, 57). Sigara başlama yaşı ile bırakma başarısı arasında çalışmamızda anlamlı fark bulunmamıştır. Literatüre baktığımızda 2012 yılında Yung ve ark. yaptığı çalışmada sigaraya başlama yaşının, sigara bırakma başarısı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı bulunsa da birçok çalışmada sigaraya başlama yaşı düştükçe, sigarayı bırakma başarısının azaldığı bulunmuştur (57, 58).

Sigara başlama nedeni en sık olarak özenti (%41,6) ve merak (%24,7) olarak bulundu. Yaşar ve ark (59) Öztüna ve ark. yaptığı çalışmada da özenti ve merak en sık iki sebeptir. Özentin bir çok çalışmada sigaraya başlamanın en sık sebebi olarak bulunması insanın çevresiyle etkileşim içinde olan sosyal bir varlık oluşu olabilir.

Katılımcıların bir günde tükettiği sigara miktarlarına bakıldığında %53,7'sinin günde 11-20 adet sigara tükettiği görülmüştür. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2012 verilerine göre ülke genelinde ise ortalama günlük içilen sigara sayısı 19,2'dir (55). Ülke ortalamasına göre günlük içilen sigara sayısının yüksek gelmesinin sebebi genel olarak sigara bırakma polikliniklerine başvuran bireylerin günlük daha fazla sigara içmesine bağlanabilir

Çalışmamızda ortalama 25,1 paket-yıl sigara kullanımı mevcuttu. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla sigara kullanım süresi (paket-yıl) ortalaması benzer şekildedir (50, 60).

Çalışmamızda sigara kullanım durumu paket-yıl olarak arttıkça bırakma başarısının azaldığı görülmüştür. Çalışmamızdaki bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla benzerdir (61, 62).

Çalışmamızda katılımcıların %75,8'i daha önce en az bir kez daha önce sigarayı bırakmayı denemişti, fakat daha önce sigarayı bırakma denemesi ile başarı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Literatürü incelediğimizde Yaşar ve ark. 2019 yılındaki çalışmasında sigara bırakmayı tekrar tekrar denemenin sigara bırakmada etkili olduğu bulunmuştur (68).

2018 yılında yapılan bir çalışmada ise daha önce bırakma deneyimi olanlar olmayanlardan 3,3 kat daha fazla sigarayı bırakmayı düşünmekteydi (69).

Sigarayı bırakma denemesinde karşılaşılan zorluklara baktığımızda en sık sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu ve iştah artışı olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar literatürdeki çalışmalarla benzer zorlukların olduğunu gösterebilir. İştah artışı (%31,1) ile çarpıcı oranda yüksek bulunmuştur. İştah artışı ve kilo alma korkusu nüks ihtimalini arttıracak ve hasta bilgilendirilmesi konusunda bu konunun üstünde durulması gerektiğini gösterir. İştah artışı korkusu varsa bol su içmesi, yediği gıdalarda düşük kalorili olanları tercih etmesi, konsantre olmakta güçlük yaşıyorsa daha sık ara vermesi gibi davranışsal teknikleri kullanması konusunda yol gösterilebilir.

İleride hastalanma endişesi (%63,9), sigara bırakmayı istemede en önemli neden olarak saptandı. 2005 yılında ülkemizde yapılan çalışmada %40 ile hastalanma korkusu çalışmamızla benzer şekilde en sık sigara bırakmayı isteme nedeni olarak bulunmuştur (63).

Katılımcılardan sigara içmeyi tetikleyen durumlar sorgulandığında en sık sebep stres (%63,6) ve yemek sonrası (%60,3) olduğu görüldü. Ülkemizde birinci basamakta yapılan çalışmada sigara içmeyi tetikleyici faktörler sorgulanmış olup, katılımcılar tarafından en çok söylenen durumlar stres ve arkadaş ortamında kişilerin içiyor olması olarak belirtilmiştir (64).

Sigarayı bırakmak için başvuranların %48,9'unda evinde başka sigara içen vardı. Evde sigara içen kişinin olması ile sigara bırakma başarısının ilişkisi incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı. Bu durum ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumlu bulundu (4, 64).

Katılımcılara FNBT sonucunda %37,4'ünde yüksek bağımlılık bulunmuştu. 20 paket-yıldan fazla sigara kullanımı olanların ve eğitim durumu lise ve altı olanların FNBT puanı istatistiksel olarak daha yüksekti. Gorecka ve ark. yaptığı çalışmada düşük FNBT skoru olanların sigara bırakmada başarılı oldukları bulunmuştur (65).

Bizim çalışmamızda ise bırakma başarısı ile FNBT puanı arasında ilişki saptanmadı. Literatürü incelediğimizde FNBT skoru arttıkça sigara bırakma başarısının arttığı çalışmalar olsa da tam tersi yönde ilişkili olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (66, 67).

Çalışmamızda kullanılan SBBÖÖ, 2018 yılında Aydemir ve ark tarafından geçerlik ve güvenirliği test edilmiştir (71). Ölçekten alınabilecek maksimum puan 50, minimum puan 10'dur. Çalışmamızda katılımcıların %89'u SBBÖÖ'den 40 puan üstü almıştı. Büyük çoğunluğunun yüksek puan almasını, sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda yapılan çalışmanın hastaların büyük çoğunluğunun bırakmaya hazır olma dönemi içinde olduğuna bağlayabiliriz.

Çalışmamızda SBBÖÖ ile cinsiyet, eğitim durumu, içtiği sigara paket-yıl durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, SBBÖÖ puanı 42,5 puan ve üstü olanların sigarayı bırakma başarısının daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmamızla benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada SBBÖÖ için cut-off skoru 44 puan alınmış ve 45 ve üzeri ölçek puanı alanların başarılı bırakma durumu olacağı saptanmıştır (70).

Sonuç olarak;

Dünyadaki en büyük bağımlılık nedeni olan sigara ve bağlı olduğu hastalıklar konumunu korumaya devam ettiği sürece sigara bırakma başarısını arttırmaya yönelik arayış devam edecektir. Günlük pratiğimizde kullanılacak, yol gösterecek testlere ve ölçeklere ihtiyacımızın olduğu bir gerçektir. Sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği hekimleri hastalarına yaklaşımı açısından yol gösterici olarak kullanılabilir. Çalışmamızda da SBBÖÖ puanı arttıkça bırakma başarısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda FNBT az bağımlı olanların SBBÖÖ daha yüksek çıkmıştır. Bu durum FNBT skorunun bağımlılığı tanımlayan ve az bağımlıların bırakma başarısının daha kolay olacağını düşündüğünü söyleyebiliriz.

Kaynaklar

1. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri M-A, Morris PB, et al. 2018 ACC expert consensus decision pathway on tobacco cessation treatment: a report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;72(25):3332-65.
2. Demir Ü. Sigaranin sağlığa zararları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 12(3):99-108.
3. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T. Küresel Tütün Salgını Raporu. MPOWER paketi Ankara. 2008.
4. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kiliç H, Er M, Hasanoglu HC, et al. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler/Factors Affecting the Success of Smoking Cessation. *Türk Toraks Dergisi*. 2013;14(3):81.
5. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM, Khanchandani HS, Goodman MJ. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *American journal of preventive medicine*. 2006;31(1):62-71. e3.
6. Şahbaz S, Kılınç O. Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri. *Sted*. 2005;14(5):98-102.
7. Fidancı İ, Ünal M, Oruç MA, Selçuk MY, Öztürk O, Gümüş Y. Toplumlarda Tütüne Yüklenen Misyonlar. 2019.
8. Mackay J, Eriksen M, Eriksen MP. The tobacco atlas: World Health Organization; 2002.
9. Okulu TEY. Tütünçülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını. 1978:9-18.

10. Şahin G, Taşligil N. Türkiye’de tütün (nicotiana tabacum l.) yetiştiriciliğinin tarihsel gelişimi ve coğrafi dağılımı Le Développement Historique et la Dispersion Géographique de la Cultivation de Tabac en Turquie. Doğu Coğrafya Dergisi.18(30).
11. Aslan D. Dünyada ve Türkiye’de tütün kontrolünde yeni bir dönem başladı: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005;14(1):19-21.
12. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de tütün kontrolü politikaları. World Health Organization Report Available from: URL: <http://www.euro.who.int/document/E.2010;93038>.
13. Otan H, Apti R. Tütün. 1 inci baskı. İzmir: ETAEM yayını. 1989;9.
14. Smith C, Perfetti T, Garg R, Hansch C. IARC carcinogens reported in cigarette mainstream smoke and their calculated log P values. Food and Chemical Toxicology. 2003;41(6):807-17.
15. Samet JM. Smoking kills: experimental proof from the Lung Health Study. Annals of internal medicine. 2005;142(4):299-301.
16. Bilano V, Gilmour S, Moffiet T, d’Espaignet ET, Stevens GA, Commar A, et al. Global trends and projections for tobacco use, 1990–2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control. The Lancet. 2015;385(9972):966-76.
17. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies: World Health Organization; 2017.
18. Baška T, Warren CW, Bašková M, Jones NR. Prevalence of youth cigarette smoking and selected social factors in 25 European countries: findings from the Global Youth Tobacco Survey. International Journal of Public Health. 2009;54(6):439-45.
19. Kasıkçı M, Ünsal A, Çoban GI, Avsar G. Smoking Habits of the Final Grade Students at Atatürk University in Erzurum, Turkey/Türkiye’deki Erzurum Atatürk Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Sigara Kullanma Alışkanlıkları. Turk Toraks Dergisi. 2008;9(3):93.

20. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F. The tobacco atlas sixth edition. Sixth edit Drope J, Schluger NW, editors Atlanta: American Cancer Society. 2018:1-58.
21. Bilir N, Özcebe H, Aslan D. Tobacco use and control in Turkey. Turkish Journal of Public Health. 2010;7(2):61-75.
22. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use: World Health Organization; 2019.
23. Kurumu HS. 2012 Aralığında Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA). Ankara; 2008.
24. Araştırması KYT. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. TC Sağlık Bakanlığı Yayın. 2012(948).
25. Banegas JR, López-García E, Dallongeville J, Guallar E, Halcox JP, Borghi C, et al. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study. European heart journal. 2011;32(17):2143-52.
26. Ofisi DSÖAB, Bakanlığı TS. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Copenhagen: DSÖ Avrupa Birliği Ofisi Tarihinde adresinden erişildi https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19. 2017;6.
27. Çan G. Sigara epidemiyolojisi. Sigara ve Sağlık Bursa. 2002:49-58.
28. Kayaalp SO. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji: Hacettepe Taş Kitapçılık Limited Şti.; 2005.
29. Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine. Pharmacol Rep. 2005;57(2):143-53.
30. Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010;5(14):39-56.
31. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. World. 2002;58(44):1-20.

32. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*. 2004;52(2):115-21.
33. Koop CE. Reducing the Health Consequences of Smoking 25 Years of Progress: Report of the Surgeon General: DIANE Publishing; 1995.
34. Organization WH, Control RfIT. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package: World Health Organization; 2008.
35. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. *Toraks dergisi*. 2006;7(1):51-64.
36. Humans IWGotEoCRt, Organization WH, Cancer IAfRo. Tobacco smoke and involuntary smoking: Iarc; 2004.
37. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. *Sigara ve Sağlık*. 2002;441-63.
38. Raw LJM, Joossens L. The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. Brussels: Associations of European Cancer Leagues. 2010.
39. Çalışma TTDTK. Grubu, Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Ankara; 2014.
40. Behrakis P, Bilir N, Clancy L, Dautzenberg B, Demin A, Gilljam H. European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. (ENSP) EN for S and TP aisbl, editor. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP) Panagiotis K Behrakis. 2012.
41. Ref B, Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;1.
42. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*. 1997;337(17):1195-202.

43. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*. 2016;387(10037):2507-20.
44. Ertosun A, Bağ B, Uzar G, Turanoğlu M. ROC (Receiver Operating Characteristic) Eğrisi Yöntemi İle Tanı Testlerinin Performanslarının Değerlendirilmesi. XII. Öğrenci Sempozyumu Çalışma Grubu Raporları. XII Öğrenci Sempozyumu Çalışma Grubu Raporları. 2010:1-7.
45. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, et al. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi*. 2013;14(3):81-7.
46. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigaray› B› rakma Tedavisinin Sonuçlar›. *Toraks Dergisi*. 2003;4(1):73-7.
47. UZASLAN EK, ÖZYARDIMCI N, KARADAĞ MA, YÜKSEL EG, GÖZÜ RO, EGE E. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Annals of Medical Sciences*. 2000;9(2):63-9.
48. Aubin H-J, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB, Gong J, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax*. 2008;63(8):717-24.
49. ÇAN G, ÖZTUNA F, ÖZLÜ T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks*. 2004;52(1):69-74.
50. Esmer B, Sengezer T, Aksu F, Özkara A, Aksu K. Clinical, sociodemographic and tobacco-use factors associated with smoking cessation rates at three years follow-up, Ankara, Turkey. *Tobacco prevention & cessation*. 2019;5.
51. Gunay T, Pekel O, Simsek H, Sahan C, Soysal A, Kilinc O, et al. Smoking habits and cessation success. *Saudi Med J*. 2014;35(6):585-91.

52. Enstitüsü HÜNE. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık, TÜBİTAK Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. 2008:345.
53. Wetter DW, Cofta-Gunn L, Irvin JE, Fouladi RT, Wright K, Daza P, et al. What accounts for the association of education and smoking cessation? Preventive medicine. 2005;40(4):452-60.
54. Janson C, Künzli N, de Marco Ra, Chinn S, Jarvis D, Svanes C, et al. Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. European respiratory journal. 2006;27(3):517-24.
55. Uysal Z, Hatipoğlu E. Bir Hastanenin Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme Durumları: Ankara Örneği. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi.9(34):81-9.
56. Tanielu H, McCool J, Umali E, Whittaker R. Samoan smokers talk about smoking and quitting: A focus group study. Nicotine and Tobacco Research. 2018;20(9):1132-7.
57. Kim JA, Lee CY, Lim ES, Kim GS. Smoking cessation and characteristics of success and failure among female high-school smokers. Japan Journal of Nursing Science. 2013;10(1):68-78.
58. Koçak ND, Eren A, Boğa S, Aktürk ÜA, Öztürk ÜA, Arınç S, et al. Relapse rate and factors related to relapse in a 1-year follow-up of subjects participating in a smoking cessation program. Respiratory care. 2015;60(12):1796-803.
59. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. One-year follow-up results of smoking cessation outpatient clinic: factors affecting the cessation of smoking. Eurasian J Pulmonol. 2014;16(2):99-104.
60. Pıçakçıefe M, Akkaya V, Erbaş E, Doğu B. Muğla'da 2015-2016 yılları arasında sigara bırakma polikliniğine yapılan başvuruların değerlendirilmesi. PREVALENCE. 2019;30:38.

61. Heffner JL, Lee TC, Arteaga C, Anthenelli RM. Predictors of post-treatment relapse to smoking in successful quitters: pooled data from two phase III varenicline trials. *Drug and alcohol dependence*. 2010;109(1-3):120-5.
62. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tobacco control*. 1998;7(3):262-7.
63. Fidan F, Ebru P, SEZER M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2005;6(3):27-34.
64. ERDEM F, ALTUN M, ÜÇÜNCÜ E, BALCI H, ARICA SG. Aile Hekimliği Polikliniğinde Sigara Bırakma Durumunun Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*.15(4):707-14.
65. Goérecka D, Bednarek M, Nowinéski A, Goljan-Geremek A, Zielinéski J. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop-smoking rate. *Chest*. 2003;123(6):1916-23.
66. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction*. 2004;99(6):770-7.
67. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation: Who will quit with and without the nicotine patch. *Jama*. 1994;271(8):589-94.
68. Yaşar H. Karaman Devlet Hastanesinde Sigara İçen Çalışanların Sigara İçme Davranışının ve Bırakma İsteğinin Belirleyicileri, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya 2019.
69. Aday Avcı B.Aydın İli Efeler ilçesinde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kişilerde Sigara İçme Sıklığı ve İlişkili Faktörler, Uzmanlık Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın 2018.

70. Tanımlı E. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ile Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi
71. Aydemir Y, Doğu Ö, Dede C, Çınar N. Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği: Geliştirme ve Geçerlik, Güvenirlik Çalışması. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 2019;6(2):387-402.



S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 26.05.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastalarda sigarayı bırakma başarısının öngörü ölçeği ile değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğretim Üyesi Hacer Hicran Mutlu- Dr. Ahmet Çulhalık- Dr. Ayşe Gülek			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☒			
Retrospektif		☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
DİĞER:	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0276	Tarih: 26.05.2021				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 26.05.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastalarda sigarayı bırakma başarısının öngörü ölçeği ile değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☒ H ☐	E ☐ H ☒	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi