



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 SALGINI DÖNEMİNDE SİGARA
BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNE ARA VERİLEN
HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Nedimhan YAKUT

UZMANLIK TEZİ

ANKARA, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 SALGINI DÖNEMİNDE SİGARA
BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNE ARA VERİLEN
HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Nedimhan YAKUT

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Basri Furkan DAĞCIOĞLU

ANKARA, 2020

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

10 / 03 / 2021

Araş. Gör. Nedimhan YAKUT

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecinde göstermiŐ olduğu hoŐgörü, sabır ve katkılarından dolayı tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Basri Furkan DAĞCIOĞLU'ya,

Uzmanlık eğitimim süresince deneyim ve destekleri ile yol gösteren kıymetli hocalarım Prof. Dr. Mehmet UĞURLU, Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜ, Doç. Dr. Ahmet KESKİN, Uzm. Dr. İrep KARATAŐ ERAY'a,

Tez yazım sürecinde olduğu gibi hayatımın her döneminde ve her konuda bana her türlü desteği sağlayan annem, babam ve kardeŐime, her konuda anlayıŐ ve desteğinden ötürü sevgili eŐim Övgü VELİOĞLU YAKUT'a teşekkür ve sevgilerimle...

Dr. Nedimhan Yakut
Ankara 2021

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLOLAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ NELERDİR.....	4
2.1.1. Tütünün Tarihçesi	4
2.1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Sigaranın Sağlığa Zararları	5
2.1.4. Tütün Kullanımının Bırakılması ile Sağlıkta Oluşan Değişiklikler	6
2.1.5. Pasif Sigara İçiciliği.....	7
2.1.6. Sigaranın Ekonomik Etkileri	8
2.1.7. Tütün Kontrolünde Hekimlerin Rolü.....	9
2.1.8. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	9
2.1.9. Sigara Bırakma Tedavileri	10
2.1.9.1. Bilişsel ve Davranışçı Tedaviler	11
2.1.9.2. Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedaviler	13
2.1.9.2.1. Nikotin Replasman Tedavileri.....	13
2.1.9.2.1.1. Nikotin Bandı	14
2.1.9.2.1.2. Nikotin Sakızı.....	15
2.1.9.2.1.3. Nikotin Pastilleri	15

2.1.9.2.2. Bupropion	15
2.1.9.2.3. Vareniklin	16
2.2. COVID-19	17
2.2.1. Epidemiyoloji.....	18
2.2.2. Bulaşma	18
2.2.3. Mortalite-Prognoz.....	19
2.2.4. Korunma	19
2.2.5. Klinik Özellikler	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	22
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	22
3.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI	23
3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ VE ÖLÇÜTLERİ.....	23
3.4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Değişken ve Ölçütler	23
3.4.2. Sigaraya İlişkin Değişken ve Ölçütler	23
3.4.3. Diğer Değişkenler ve Ölçütler	24
3.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ	24
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
7. KAYNAKLAR	48
8. EKLER.....	59
EK 1. Katılımcı Anket Formu	59
EK 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	63

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumları	26
Tablo 2.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FNBT Puanları.....	27
Tablo 3.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Günlük İçtikleri Sigara Sayıları	27
Tablo 4.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Paket-Yıl Sayıları.	27
Tablo 5.	Katılımcıların Yaş, Kilo ve Boyları	28
Tablo 6.	Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Sigara Kullanma Durumları	29
Tablo 7.	Katılımcıların Polikliniğe Başvuru Durumlarına Göre Sigara Kullanım Durumları	29
Tablo 8.	Katılımcıların İlaç Kullanımlarına Göre Sigara Kullanım Durumları	30
Tablo 9.	Pandemi Döneminde Çalışmaya Devam Etme Durumuna Göre Sigara Kullanım Durumları	33
Tablo 10.	Evde Kendinden Başka Sigara İçin Kişi Olup Olmamasına Göre Sigara Kullanım Durumu	33
Tablo 11.	Pandemi Döneminde Sigara Kullanma İsteği ve Sigarayı Bırakma Motivasyonundaki Değişikliklerin FNBT Puanı Açısından Değerlendirilmesi	34
Tablo 12.	Pandemi Döneminde Sigara Kullanma İsteği ve Sigarayı Bırakma Motivasyonundaki Değişikliklerin Günlük İçilen Sigara Sayısı Açısından Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 13.	Pandemi Döneminde Sigara Kullanma İsteği ve Sigarayı Bırakma Motivasyonundaki Değişikliklerin Paket-Yıl Sayısı Açısından Değerlendirilmesi	35
Tablo 14.	Pandemi Döneminde Sigaraya Ulaşma Durumu ve Sokağa Çıkma Yasağında Günlük İçilen Sigara Sayısıyla FNBT Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	36

Tablo 15. Pandemi Döneminde Sigaraya Ulaşma Durumu ve Sokağa Çıkma Yasağında Günlük İçilen Sigara Sayısıyla Normal Zamanda Günlük İçilen Sigara Sayısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	36
Tablo 16. Pandemi Döneminde Sigaraya Ulaşma Durumu ve Sokağa Çıkma Yasağında Günlük İçilen Sigara Sayısıyla Paket-Yıl Sayıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	37
Tablo 17. Polikliniğe Tekrar Başvurma Düşüncesine Göre Sigara Kullanım Durumu.....	37



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 5A (5Ö) stratejileri.....	12
Şekil 2. 5R Stratejileri	12
Şekil 3. Katılımcıların Eğitim Düzeyler.....	28
Şekil 4. Katılımcıların Sigara Bırakma Durumu.....	31
Şekil 5. Sigarayı Tamamen Bırakmada Başarısız Olma Sebepleri	32



KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CO	: Karbonmonoksit
DALY	: Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability-adjusted life year)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S. Food and Drug Administration)
FEV1	: Zorlu Ekspiryumun 1. Saniyesinde Çıkarılan Hava Hacmi (Forced Expiratory Volume)
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Classification of Diseases)
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein (Low Density Lipoprotein)
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
RNA	: Ribonükleik Asit
SARS	: Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome)
SGA	: Gebelik Yaşına Göre Küçük Doğum (Small for Gestational Age)
SR	: Yavaş Salımlı (Slow Release)
TTM	: Trans Teorik Model

ÖZET

COVID-19 Salgını Döneminde Sigara Bağımlılığı Tedavisine Ara Verilen Hastaların Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Sigara bırakma poliklinikleri, sigara kullanımını sonlandırmak için önemlidir. Psikososyal destek tedavisi ve farmakolojik tedavi uygun hastalarda kullanıldığında sigara bırakmada ciddi yarar sağlamaktadır. COVID-19 enfeksiyonu ilk kez 19 Aralık 2019'da Çin'in Vuhan kentinde ortaya çıkmıştır. Sigara kullanımı 21. yüzyılın pandemisi olan COVID-19'un prognozu için önemli bir risk faktörüdür. Solunum ve damlacık yoluyla bulaşıyor olması sebebiyle izolasyon önlemleri COVID-19 enfeksiyonunun bulaş ve yayılımının önlenmesinde önemli bir yer almıştır. Hastalık kontrolü açısından alınan izolasyon önlemleri toplu ortamlara giriş, hastanelere ulaşım gibi pek çok sosyal alanda kısıtlayıcı rol oynamaktadır. Bu süreçte sigara bırakma poliklinikleri pek çok yerde kapatılmış olup sağlık politikaları COVID-19 pandemisine karşı yoğunlaştırılmıştır. Bu çalışmada COVID-19 pandemisinde sigara bırakma tedavisine ara verilen hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel-tanımlayıcı bir çalışma olup, Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne 17.09.2019 ile 24.03.2020 tarihleri arasında başvurmuş 162 hasta dahil edilmiştir. Çalışmamızda hasta dosyaları incelenip, hastalar telefonla aranıp onamları alınarak 31 soruluk bir anket uygulanmıştır. Veriler, SPSS 23.0 programında oluşturulan veritabanına kaydedilerek analiz edilmiştir, $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyleriyle sigara bırakma durumları kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,029$). Katılımcılardan lise ve altı eğitim düzeyindekiler, üniversite ve üstü eğitim düzeyinde olanlara göre sigara içme durumları daha yüksek bulundu. Ayrıca çalışmamızda tedavi olarak sadece psikososyal destek tedavisi verilenlerde sigara bırakma durumu anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p=0,027$) Tedavi olarak vareniklinle beraber psikososyal destek tedavisi önerilenlerde ise sigara içmiyor olma

durumu istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,013$) Çalışmamızda cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olup olmama durumu, kimin isteğiyle sigara bırakma polikliniğine başvurulduğu, FNBT puanı, paket-yıl sayıları, günlük içilen sigara sayıları, pandemi döneminde çalışma durumu, evde kendinden başka sigara kullanan birinin varlığı, pandemi döneminde sigara kullanma isteği, pandemi döneminde sigara bırakma motivasyonu ve sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurma düşüncesinin sigara bırakmaya bir etkisi olmadığı görülmüştür ($p>0,05$)

Sonuç: Sigara bırakma tedavileri profesyoneller tarafından sigara bırakma polikliniklerinde uygulandığı zaman etkili olmaktadır. COVID-19 pandemisi nedeniyle polikliniklere başvuramayan hastaların tedavilerine başlanamamış veya yarım kalmıştır. Hastaların bilişsel davranış tedavileri ve farmakolojik tedavilerini alması için sigara bırakma polikliniklerinin açılması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Sigara bağımlılığı, sigara bırakma, sigara bırakma polikliniği

ABSTRACT

Evaluation Of The Patients Who Were Interrupted From Smoking Cessation Treatment In The COVID-19 Pandemic

Introduction and Purpose: Smoking cessation clinics are important for stopping smoking. When psychosocial support treatment and pharmacological treatment are used in suitable patients, it provides serious benefits in smoking cessation. COVID-19 infection first appeared on December 19, 2019 in Wuhan, China. Smoking is an important risk factor for the prognosis of the 21st-century pandemic, COVID-19. Since it is transmitted by respiratory route and droplets, isolation measures have played an important role in preventing the transmission and spread of COVID-19 infection. Isolation measures are taken in terms of disease control play a restrictive role in many social areas such as access to collective environments and transportation to hospitals. In this process, most smoking cessation polyclinics were closed and health policies were concentrated against the COVID-19 pandemic. In this study, we aimed to evaluate the patients who were interrupted from smoking cessation treatment in the COVID-19 pandemic.

Materials and Methods: This study is a cross-sectional descriptive study, and 162 patients who applied to the Smoking Cessation Outpatient Clinic of Ankara City Hospital Family Medicine Department between 17.09.2019 and 24.03.2020 were included. In our study, patient files were examined. A questionnaire consisting of 31 questions was applied by calling the patients and obtaining their consent. The data were analyzed by recording in the database created in the SPSS 23.0 program, $p < 0.05$ value was accepted as statistical significance.

Results: In our study, a statistically significant relationship was found between the education levels of the participants and their smoking cessation status ($p = 0.029$). The smoking status of the participants with an education level of high school and below was found to be higher than those with an education level above high school. Besides, in our study, smoking cessation status was found to be significantly lower in those who were given only psychosocial support therapy. ($p = 0.027$) The non-smoking status was found to be statistically significant in those

who were recommended psychosocial support treatment with varenicline as treatment. ($p=0.013$) In our study, gender, marital status, whether or not to have children, who requested to be referred to the smoking cessation clinic, FNBT score, number of pack-years, number of cigarettes smoked per day, working status during the pandemic period, presence of a cigarette smoker at home, desire to smoke during the pandemic period. , the motivation to quit smoking during the pandemic period and the thought of re-applying to the smoking cessation clinic do not affect smoking cessation ($p>0.05$).

Conclusion: Smoking cessation treatments are effective when administered by professionals in smoking cessation outpatient clinics. Patients who could not apply to outpatient clinics due to the COVID-19 pandemic could not start their treatment or their therapy was left incomplete. Re-opening of smoking cessation outpatient clinics is of great importance for patients to receive cognitive-behavioral and pharmacological treatments.

Keywords: COVID-19, smoking addiction, smoking cessation, smoking cessation clinic

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önlenebilir hastalıkların en önemli nedeni olarak tanımlanmıştır. DSÖ'ye göre her yıl 4 milyon insan sigara kaynaklı hastalıklardan dolayı hayatını kaybetmektedir. 2030 yılına gelindiğinde bu sayının yıllık 8 milyon olacağı öngörülmektedir (1). Amerikan Psikiyatri Derneği sigara bağımlılığını, bilişsel, fizyolojik ve davranışsal belirtileri içeren bir psikiyatrik hastalık olarak tanımlamıştır (2). DSÖ tarafından da sigara bağımlılığı (ICD 9-10) bir hastalık olarak tanımlanmıştır (3). Bu yüzden sigara bırakmaya yönelik çalışmalar, hekimler tarafından her yerde ve her alanda yapılması gereken bir uygulama olmakla beraber; bu çalışmaların sistematik bir düzenle Sigara Bırakma Polikliniklerinde yapılması başarı oranını yükseltmektedir. Tütün bağımlılığının oluşmasında davranışsal boyut da en az farmakolojik boyut kadar önemlidir. Davranışsal boyut sigara bırakma sürecinde de aynı şekilde kritik öneme sahiptir. Sigara bırakma, çeşitli basamakları olan bir süreç olduğu için sigara bırakma hizmeti verecek tüm hekimler hasta merkezli çalışmalı; sigara bırakma süreci boyunca hastaya karşılıklı bilgi paylaşımı çerçevesinde yaklaşmalı; bağımlılığın aşılmasının hasta tarafından olacağını bilmeli ve bu nedenle hastanın motivasyonunu arttırmaya gayret göstermelidir. Hastanın sigara bırakma sürecinde çeşitli sebeplerle geliştireceği itirazları ve ambivalansları hastanın bilgiye yönelik olan merakının ve bağımlılığının doğal bir seyri olarak algılanmalıdır. “Doğru” bilgi hastaya dikte edilmek yerine, girişim hastanın evresine uygun olarak eşleştirilmeli, hedefler hastayla birlikte belirlenmeli, hastaya tercihleri olan bir yaklaşım sunulmalı ve en önemlisi suçlayıcı ve yargılayıcı olunmadan hasta kendi çelişkileriyle yüzleştirerek hastanın kendi kararlarını kendisinin almasını sağlanmalıdır. Diğer yandan tüm hekimler, hastayla nerede ve ne zaman karşılaşırsa karşılaşsın, en azından hastasının tütün kullanıp kullanmadığını sormak, eğer kullanıyorsa ona net bir şekilde tütünü bırakmayı önermek ve kabul ederse hastayı sigara bırakma faaliyetlerine yönlendirmelidirler. Türkiye’de doksanlı yıllardan beri sabır, ısrar ve azimle devam eden tütüne karşı mücadele günümüzde oldukça yetkin bir seviyeye gelmiştir. Tütün kontrolü açısından ülkemiz dünyanın önde gelen ülkelerinden biridir (4).

Sigara bırakmaya yardımcı olarak kullanılan ana ilaçlar arasında nikotin replasmanı, vareniklin ve bupropion vardır. İlaçların yanında danışmanlık sağlandığında sigara bırakma girişiminin başarıya ulaşma olasılığı artar (5). Tüm sigara içen kişilere sigarayı bırakmaları önerilmelidir. Davranışsal destek ve farmakolojik tedavi kombinasyonu her iki tedavi çeşidinin ayrı ayrı uygulanmasından daha yüksek tütün bırakma oranına sahiptir (6).

Türkiye’de 2018 yılı itibariyle 386’sı Sağlık Bakanlığı’na, 90’ı üniversitelere bağlı olmak üzere toplam 476 sigara bırakma polikliniğinde 766 hekim tarafından sigara bıraktırma hizmeti halka sunulmaktadır. Sigara bıraktırma tedavisinde kullanılan vareniklin ve bupropion etken maddeli ilaçlarla nikotin replasman tedavisi preparatları Türkiye’de geri ödeme kapsamında olmadığından bu ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilmekte ve uygun görülen hastalara ücretsiz olarak verilmektedir. Sigara bırakma polikliniklerinin, sigara bırakma oranlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda 2016 yılında %17,8 olan bırakma oranlarının, 2018’de %25’e ulaştığı görülmektedir (7).

İlk olarak 2019 yılının Aralık ayının sonunda Çin’in Vuhan Eyaleti’nde solunum yolu semptomları (nefes darlığı, öksürük, ateş) görülen hastalarda yapılan araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020’de Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) tanımlanmıştır. COVID-19 enfeksiyonunda semptomsuz vakalar olabileceği söylenmekle beraber, bunların oranına dair veriler tam olarak bilinmemektedir. En sık görülen semptomlar ateş, nefes darlığı ve öksürüktür. Hastalık şiddeti yüksek vakalarda pnömoni, böbrek yetmezliği ağır solunum yetmezliği ve ölüm görülebilmektedir. Hastalık, hasta bireylerin öksürmeleriyle etrafa saçılan damlacıkların solunmasıyla bulaşır. Hastaların solunum parçacıklarıyla kirlenmiş yüzeylere dokunulduktan sonra ellerin temizlenmeden burun, ağız, yüz veya göze götürülmesiyle de virüs bulaşabilir. Kirli ellerle göz, burun veya ağıza temas etmek risklidir (8).

Hastalıktan en çok etkilenen bireyler 60 yaş üstü olanlar, diyabet, kalp hastalığı, kronik solunum yolu hastalığı olanlar, kanser, hipertansiyon ve sağlık çalışanlarıdır (8). Tütün ve tütün ürünleri hem kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalık ve kanser ile ilişkili erken ölümlerin bilinen bir sebebi hem de solunum sistemi başta olmak üzere diğer sistemik enfeksiyonlara yatkınlığı artıran

önemli bir risk faktörüdür. Aktif içicilik ve pasif olarak sigara dumanına maruz kalmak enfeksiyon riskini artırmaktadır. Çünkü fibrozis ile peribronşial ve alveolar inflamasyon, mukozal geçirgenliğin artmasına sebep olur. Bunun sonucunda mukosilyer temizlik yetersiz yapılır; solunum yolu epitelinde bozulma olur; humoral ve hücrel bağışıklık sistemi olumsuz olarak etkilenir. Sigara içilmesinin influenza gibi viral enfeksiyonları arttırdığı bilinen bir gerçektir. COVID-19 pandemisi de diğer viral enfeksiyonlar gibi benzer veriler bulundurmaktadır (9). 4'ü Vuhan'da yapılan Çin'deki 5 çalışmanın derlemesinde sigara kullanımının hastalığın görülme sıklığı ve klinik seyrinin ağırlığı ile bağlantılı olduğu bildirilmektedir (10). Çin'de yapılan bir çalışmada erkeklerin sigara içme oranı %44,8 olarak bulunmuştur. Çin'de erkeklerde artmış COVID-19 enfeksiyon sıklığı ve hastalığın daha kötü seyri erkeklerin daha yüksek oranda sigara kullanımı ile ilişkili olabilir (11). Bunun yanı sıra ağır seyirli olgularda sigara içme oranı daha yüksek bulunmuş olup, mekanik ventilasyon, yoğun bakıma yatış, ölüm oranları da daha fazla bulunmuştur. Sigara kullanımı hastalığın kötü progresyonu için 14 kat riskli bulunmuştur. Ayrıca elektronik sigara, nargile, ısıtılmış tütün ürünleri gibi diğer tütün ürünlerinin de benzer yönde olumsuz etkilerinin olduğu Dünya Sağlık Örgütü tarafından da açıklanmıştır. COVID-19 pandemisinde tütün kullanımının olumsuz etkilerinin insanlara daha çok anlatılması, halkın bilinçlendirilerek tütün ürünlerini bıraktırma çabalarının her fırsatta değerlendirilmesi halk sağlığı açısından oldukça önemlidir. Pandemi boyunca halkı bilgilendirme kampanyalarına mutlaka sigara bırakma yöntemleri anlatılmalıdır (9).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ NELERDİR

Tütün (nicotiana), bitkiler sistematüğinde patlıcangiller familyasında (solanaceae) yer alan bir bitkidir (12). Nikotin ise tütün yaprağının yapısında bulunan organik azotlu bir maddedir (13).

2.1.1. Tütünün Tarihçesi

Tütün (nicotiana) Güney Amerika'da yaşayan yerlilerinin yüzyıllar boyunca kullandıkları bir bitki türüdür. Dünyanın tütünle tanışması ise Kristof Kolomb ve ekibinin Amerika kıtasını keşfinden sonra, 1492 yılında olmuştur. Amerika yerlilerinin baş ağrısı tedavisi için kullandıkları bu bitkiyi 1559 yılında Portekiz'deki Fransız elçisi Jean Nicot, Fransız kraliçesine takdim eder ve tütün kraliçenin baş ağrısına iyi gelir. 1828 yılında tütün bitkisinden elde edilmiş olan alkaloid maddeye "nikotin" ismi verilmiştir. Tütün o yıllarda Avrupa'da değerli bir bitkidir ve yalnızca saraylarda ve konaklarda zengin insanların kullanabildiği bir üründür (12). Tütün, Osmanlı topraklarına ise ilk olarak Venedikli, İngiliz ve İspanyol tüccarlar tarafından getirilmiştir. Osmanlı topraklarında tütün yetiştiriciliği takip eden yıllar içerisinde ilk olarak Makedonya, Yenice ve Kırcaali'de başlamıştır (14).

2.1.2. Dünya'da ve Türkiye'de Tütün Epidemiyolojisi

Dünyada tütün ürünü kullanan kişi sayısı en fazla Çin'dedir. Dünyadaki en yüksek nüfuslu ülke olması sebebiyle, sigara kullanan kişi sayısının da Çin'de en yüksek olması doğaldır. Sigara kullanan kişi sayısı açısından bu ülkeyi Hindistan, ABD, Endonezya ve Pakistan takip etmektedir. Ülkemiz, dünyada en çok tütün ve tütün ürünü kullanılan 18. ülkedir. Tüm dünyada erişkin yaştaki erkeklerin %34,6'sı, kadınların da %6,4'ü tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır. Fakat tütün ve tütün kullanım sıklığı açısından ülkeler arasında farklı özellikler vardır. Danimarka ve İsveç gibi gelişmiş ülkelerde sigara kullanım sıklığı kadınlar ve erkeklerde birbirine yakın sıklıkta olup tüm nüfusa oranla %20-25 civarındadır. Buna karşılık Çin,

Tayland, Endonezya gibi ülkelerde sigara kullanım sıklığı fazladır (%35-40 dolayı) ve bu ülkelerde yalnızca erkekler içinde bakıldığında sigara kullanım sıklığı yüzde 50 ve üzerindeyken kadınlarda oldukça düşük (%5 ve altı) düzeydedir (15).

Ülkemizdeyse erişkinlerde (15 ve üzeri yaşlar) hala sigara kullanım sıklığı %27,2'dir (erkeklerde %41,1, kadınlarda %14,1). Sigara kullananların %26,5'i her gün sigara kullanmaktadır (15). En fazla 25-44 yaş aralığındakiler her gün sigara kullanmaktadır. Eğitim düzeylerine göre inceleme yapıldığında ise hem kadınlarda hem de erkeklerde sigara kullanım sıklığı lise düzeyine kadar artış göstermekte, üniversite ve üstü eğitim düzeyinde olanlarda ise azalmaktadır (4).

2.1.3. Sigaranın Sağlığa Zararları

Sigara kullanan kişilerin yarısı sigaranın sebep olduğu çeşitli hastalıklar nedeniyle hayatlarını kaybetmektedir. Dünyada ve Türkiye'de en ölümcül hastalıklar olan akciğer kanseri, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), özefagus kanseri, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar gibi birçok ölümcül hastalığın nedenlerinden biri de sigaradır. Bu hastalıklardan başka mide kanseri, pankreas kanseri, meme kanseri, mesane kanseri de yine sigaranın neden olduğu diğer hastalıklardan bir kısmıdır. Sigara kullanımı kırka yakın hastalığın kesin nedenidir, kansere ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin %30'una ve kronik akciğer hastalıklarının %80'ine sebep olduğu bilinmektedir. Ayrıca sindirim sistemi hastalıkları, diş çürükleri, ağız kokusu ve dişte sararmalar da sigara kullananlarda sık görülen problemlerden bazılarıdır (16). Sigara gastrointestinal sistemde gastroözefageal reflü, peptik ülser, inflamatuvar bağırsak hastalıklarına zemin oluştururken; özefagus kanseri, pankreas kanseri, hepatoselüler karsinom gibi kanserlere de sebep olmaktadır (17). Bunların dışında sigaranın dil, dudak ve ağız kanserleriyle yakından ilgili olduğu bilinmektedir (18).

Sigara kullananların yaklaşık olarak %20'sinde KOAH görülmektedir. Sigara içen kişilerde yıllık FEV1 düşüşü hızlanırken, bu düşüşün hafiflemesindeki en önemli etkenin sigaranın tamamen bırakılması olduğu gösterilmiştir (19).

Akciğer kanseri ile sigara kullanımı arasındaki ilişki uluslararası araştırmalarla gösterilmiştir. Akciğer kanserinin %80-90'ı sigara içen kişilerde

görülmektedir. Sigara içen kişilerde akciğer kanseri görülme riski içmeyen kişilere göre 10-65 kat yüksektir. Akciğer kanseri gelişme riskinin sigarayı bırakanlarda 10-15 yılda daha önce hiç sigara içmeyenlerin oranına gerilemektedir (20).

Sigaranın sistemler üzerine bilinen en sık etkileri kardiyovasküler sistem üzerinedir ve sigara kullanımı kardiyovasküler hastalık riskini iki kat yükseltir. Sigara kullanımı kan basıncını ve kalp tepe atım hızını artırır. Periferik damar direncini ve katekolaminlerin salınımını artırır. LDL (Düşük Molekül Ağırlıklı Kolesterol)'yi okside ederek arterlerde aterosklerotik inflamatuvar süreci başlatır (21).

Mesane kanseri ülkemizde görülen yaygın kanser türlerinden biridir. Mesane kanseri için özellikle erkeklerde en önemli risk faktörü sigara kullanımıdır. Sigaranın içinde bulunan aromatik aminler ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar mesane kanserine neden olmaktadır. Mesane kanseri riski sigaranın bırakılmasıyla belirgin olarak azalma göstermektedir (22, 23).

Gebeliğinde sigara kullanan annelerin bebeklerinde SGA gelişimi ve erken doğum olma riski artmıştır. Ayrıca sigara kullanan annelerin bebeklerinde gelişme geriliği, ölü doğum ve doğum sonrası ani bebek ölümü sendromu riski sigara kullanmayanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Sigara kullanmak emzirmeyi olumsuz etkilemekte ve nikotin, emziren annenin sütü ile bebeğe geçebilmektedir. Annenin sigara kullanmasıyla bebek ve küçük çocuklarda görülen astım, alerji, atopi ve eozonofili görülme riski yükselmiştir (24).

Sigara kullanan kadınlarda dismenore, amenore, adet düzensizliği ve erken menopoz gibi durumlar sigara kullanmayan kadınlara göre daha sık görülmektedir. Sigara kullanan kadınlarda ortalama 1 - 2 yıl daha erken menopoz görülmekte, sigara kullanan kadınlarda kemik yoğunluğu hiç sigara kullanmamışlara göre daha düşüktür. Sigara kullanan kadınlarda hiç sigara kullanmayanlara göre kalça kırığı riski daha yüksektir (24).

2.1.4. Tütün Kullanımının Bırakılması ile Sağlıkta Oluşan Değişiklikler (1)

- 20. Dakikada; vücut ısısı, kan basıncı ve nabız normal sınırlara döner.
- 24. Saatte; kanda karbonmonoksit düzeyi hızlıca azalır.

– **2 hafta – 3 ay sonra;** efor kapasitesi artar. 3 ayda öksürük azalarak tamamen kaybolur. 2 hafta içinde balgam miktarı yarıya düşer. Nefes alıp vermek kolaylaşır. Koku ve tat alma duyuları gelişir. İmmün sistem kuvvetlenir. Kişi kendini daha dayanıklı ve daha güçlü hissetmeye başlar. Diş ve parmaklardaki sarı lekeler kaybolur.

– **1. Yılda;** ilk günlerden itibaren azalarak birinci yılın sonunda kalp krizi riski yarıya düşer. İntrakranial kanama ve alt ekstremitelerdeki damar hastalığı (Buerger) risklerinde %30-50 oranında azalma görülür. KOAH gibi solunum yetmezliğine yol açabilen akciğer hastalıklarının görülme sıklığı ve mevcut hastalığın şiddetlenmesi engellenir.

– **5. Yılda;** mesane, ağız, gırtlak ve özefagus kanseri oluşma riski yarıya iner.

– **10. Yılda;** felç olma riski hiç sigara içmemiş insanlarla aynı düzeylere düşer. Ağız, gırtlak, akciğer, özefagus, pankreas, mesane ve böbrek kanseri riskleri azalmaya devam eder.

– **15. Yılda;** kalp krizi ve koroner damar hastalığı riskleri, hiç içmeyenlerle aynı seviyeye düşer.

2.1.5. Pasif Sigara İçiciliği

Pasif sigara içiciliği, sigara dumanının doğrudan değil dolaylı olarak solunmasıdır (25). Çevresel sigara dumanı, sigaranın aktif içicilerde oluşturduğu hastalıkların çoğunun pasif içicilerde de oluşmasına neden olur (26, 27). Sigara kullanmayan kişilerde görülen akciğer kanserinin büyük bir kısmı, başkalarının içtiği sigara dumanının solunmasından kaynaklanmaktadır (28). Bunun dışında pasif içicilik ergenlik çağındakilerde dislipidemi görülmesine neden olmaktadır (29). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyadaki tüm çocukların yaklaşık yarısının sigara dumanından pasif olarak etkilendiğini belirtmektedir. Yapılan araştırmalar tüm dünyada 700 milyon çocuğun evinde sigara içildiğini göstermektedir (30).

Pasif sigara içiciliği tüm dünyadaki insanların yaklaşık %40'ını etkileyerek her yıl 603.000 kişinin hayatını kaybetmesine neden olmaktadır. Pasif olarak sigara dumanı maruziyeti en fazla, sigara kullanmayan kadınlarda ve sosyoekonomik

düzeyi düşük olan toplumlarda görülmektedir. Yapılan araştırmalarda ebeveynleri aktif sigara kullanan çocuklarda alt solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığında artış olduğu tespit edilmiştir. Pasif içiciliğin erişkin ve çocuk sağlığı üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğunun görülmesiyle dumansız hava sahasına sahip mekanların oluşturulması gündeme gelmiştir. Dumansız hava sahası uygulamasıyla pasif içiciliğin sağlık üzerindeki etkilerinin azaldığı gözlemlenmiştir. Ülkemizde 2009 yılında sigara içiminin kapalı mekanlarda yasaklanmasıyla beraber sigara bırakma konusunda olumlu sonuçlar elde edilmiştir (31).

Sigara içmeyen kişiler 30 dakika boyunca pasif içiciliğe maruz kaldığında nikotin, endotelden salınan nitrik oksidi ve koroner vazodilatasyonu inhibe ederek koroner kan akımını sigara içen kişilerdeki gibi aynı düzeyde azaltmaktadır. Nikotinin bu etkisi ortamda bulunan en küçük dozlarda bile maksimuma ulaştığından dolayı aktif ve pasif sigara içiminin damarlar üzerindeki etkisi birbirine yakındır (32).

2.1.6. Sigaranın Ekonomik Etkileri

Tütün endüstrisi istihdam oluşturmak ve vergi geliri sağlamak gibi yollarla ülke ekonomisine katkı sağladığı iddialarının aksine; tütün endüstrisinin bulunduğu bütün ülkeler hastalıklar, ölümler ve ekonomik kayıplar nedeniyle problem yaşamaktadır (33). Tütün kullanımı sebebiyle gelişen hastalıkların artışı ve buna bağlı olarak sağlık bütçesinde bu hastalıklara ayrılan bütçe artışı ve hastalık sebepli iş gücü kaybı gibi nedenlerden ötürü ciddi sosyal ve ekonomik maliyetlere yol açar (34).

Sigara, hem içen kişiye hem de topluma büyük bir yükür. Dünya bankası tütün ürünlerinin her yıl 200 milyar dolar zarara neden olduğunu belirtmektedir. Sigara içimi direkt ve indirekt nedenli ekonomik zarara neden olur. Tütün tüketiminin tüketim maliyeti, kazalar, iş gücü kaybı, yoksunluğun yol açtığı ekonomik yük gibi indirekt maliyetleri de mevcuttur (35).

Türkiye’de 2017 yılında tütün ürünleri satın almak için harcanan para 57 milyar liradır (36). Bu miktar Maliye Bakanlığı’nın Sağlık Bakanlığı’na ayırdığı bütçeye eşittir (37).

Türkiye’de yeti yitimine uyarlanmış yaşam yıllarının (DALY) hesaplanması amacıyla yapılan “Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi” isimli araştırmada, tütün kullanımının en sık sebep olduğu kronik obstruktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalıkları ve kanserler DALY sıralamasına göre ilk on içinde bulunmaktadır. Ülkemizde her sene yaklaşık 1 milyon DALY tütün nedeniyle oluşmaktadır (38).

Türkiye’de sigara ücretlerinin yükseltip daha pahalı hale getirilmesiyle sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerde kullanım sıklığını azaltmak hedeflenmişse de bu kişilerde kullanım sıklığında değişiklik olmamıştır. Yapılan araştırmalarda düşük gelirli ülkelerde sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerin daha çok miktarda sigara kullandığı saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü de sigara kullanımının en çok hane halkı geliri veya servet ile ilgili olduğunu belirtmektedir (39).

2.1.7. Tütün Kontrolünde Hekimlerin Rolü

DSÖ, sigara kullanmayı bir hastalık olarak tanımlanmıştır (3). Doktorlar, diş hekimleri, hemşireler, eczacılar ve diğer tüm sağlık çalışanları, tütün bağımlılığını işlerinin standart bir parçası olarak görmelidirler (40). Poliklinikte karşılaşılan her hastanın tütün kullanımının sorgulanması, kayıt altına alınması ve bırakması için motive edilmesi büyük önem taşımaktadır. Tüm hastalara sigara bırakmak için kullanılan etkili tedavilerin mevcut olduğu anlatılmalı ve tedavi olması desteklenerek teşvik edilmelidir. Sigara bırakma konusunda hasta isteksizse mutlaka motivasyonunu arttıracak destek sağlanmalıdır. Sigarayı bırakamama nedeninin nikotin bağımlılığı olduğunu ve eğer isterse gerekli destek ve tedaviyle bu durumun üstesinden gelinebileceği hastaya anlatılmalıdır. Motivasyonel görüşmeler sırasında hastayı rencide edecek ve hekimden uzaklaştıracak sözler söylenmemesine dikkat edilmelidir (41). Herhangi bir sebeple hekime başvuran hastalarla sigarayı bırakma hakkında yapılan 3 dakika kadar kısa süreli bir görüşmenin bile sigarayı bırakma oranlarında önemli derecede artış sağladığı tespit edilmiştir (42).

2.1.8. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), sigara içenlerde bağımlılık seviyesinin tespit edilmesinde en çok kullanılan testtir. Sigarayı bırakmak isteyen

kişilerde bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde ve bu kişilere verilecek tedavinin seçilmesinde büyük önemi vardır (43).

FNBT toplamda 6 soru sorulmaktadır. Verilen cevaplara bağlı olarak bağımlılık seviyesini gösteren bir puan ortaya çıkmaktadır. Puanlama 0 ila 10 puan arasında değişmektedir. 0-2 puan çok düşük bağımlıyı, 3-4 puan düşük bağımlıyı, 5 puan orta düzeyde bağımlıyı, 6-7 puan yüksek bağımlıyı ve 8-10 puan çok yüksek bağımlıyı ifade etmektedir (44).

2.1.9. Sigara Bırakma Tedavileri

Tütün kontrol programının geliştirilip denetimlerin artmasının ardından sigarayı bırakmayı düşünenlerin sayısı yükselmiştir. 2012 senesinde yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması verilerine göre hala sigara kullanan 15 yaş ve üzeri yaştaki sigara kullanıcılarının yaklaşık %46'sı sigarayı bırakmayı denemiştir. Sigara kullananların %73,4'ü herhangi bir destek almadan sigarayı bırakmayı denemiştir. Sigara kullananların %42,9'u sağlık kuruluşuna başvurup sigara konusunda danışmanlık almıştır. Sigara kullananların %55,1'i sigarayı bırakmayı planlamakta veya düşünmektedir (45).

Muayeneye gelen tüm hastalara sigara kullanımı sorulmalı ve tütün ürünleri kullanan hastalara mutlaka bırakması konusunda motivasyonel görüşme yapılmalıdır. Sigara kullanan tüm hastalar sigara bırakma tedavileri hakkında bilgilendirilmeli ve hastaya en uygun tedavi seçeneği başlanmalıdır (41). Hekime herhangi bir sebepten ötürü gelen sigara kullanan hastalarda 3 dakika kadar kısa süreli yapılan bir görüşme bile sigara bırakmayı belirgin derecede yükseltmiştir (42).

Sigara içicileri, sigarayı bırakma tedavisine başlanmadan önce bağımlılık düzeyleri, sigara içme özellikleri ve bırakmayı isteyip istememeleri yönünden sorgulanmalıdır. Sigara bırakma programları iki komponentten oluşmaktadır. Bu komponentlerin birincisi; bilişsel ve davranışsal yöntemlerle hastayı günlük hayatta sigara içmeye iten faktörleri fark etmesini ve bunları değiştirmesini sağlamak, stresle ve yoksunluk belirtileriyle başa çıkma metodlarını öğretmektir. İkincisi ise; farmakoterapiyle fiziksel yoksunluk semptomlarını en aza indirgeyip bırakma

sürecini hızlandırmaktır. Başarı şansı her iki tedavinin beraber uygulanmasıyla yükselmektedir (4).

2.1.9.1. Bilişsel ve Davranışçı Tedaviler

Sigara bıraktırma polikliniğine gelen hastalarda sigarayı bırakma istekleri görüşme esnasında sorgulanmalıdır. Bunun için transteorik model kullanılabilir. “Transteorik Model” (TTM) 1983 yılında Prochaska ve arkadaşları tarafından oluşturulan hastanın kendi düşünce ve davranışlarını değiştirmeye yönelik düzeyini gösteren bir modeldir. TTM’ye göre sigarayı bırakmak 5 basamaktan oluşur. Sigarayı bırakmayı düşünmeme, sigarayı bırakmayı düşünme, sigaranın bırakma hazırlığının yapılması, sigarayı bırakmanın denemesi, sigarayı bırakmanın sürdürülmesi basamaklarından oluşmaktadır (46).

Bırakmayı Düşünmeme: Kişi en az 6 aydır sigara bırakmayı düşünmez, hastalık risklerini görmezden gelerek yardım almayı reddeder.

Bırakmayı Düşünme: Kişinin 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşüncesi vardır, sigaranın sağlığa verdiği zararlarla ilgili bilgi sahibidir. Sigarayı bırakmayı düşünmekle bırakmak için harekete geçmek arasında kalmıştır.

Bırakmaya Hazırlanma: Kişi riskler hakkında bilgiye sahiptir ve 1 ay içinde sigarayı bırakmaya karar vermiştir.

Bırakmayı Deneme: Kişi sigarayı bırakmış fakat henüz bırakalı 6 ay olmamıştır. Nüksün en sık görüldüğü dönemdir.

Bırakmayı Sürdürme: Kişi 6 aydan uzun süredir sigarayı bırakmıştır.

Bırakmaya istekli hastalara 5A (Türkçesi 5Ö) bırakmada isteksiz hastalara da 5R olarak değerlendirilmelidir.

ASK	ÖĞREN
ADVISE	ÖNER
ASSESS	ÖLÇ
ASSIST	ÖNDERLİK ET
ARRANGE	ÖRGÜTLE

Şekil 1. 5A (5Ö) stratejileri

ÖĞREN(Ask): Herhangi bir nedenle başvurun hastanın sigara kullanımını sorgulayıp öğrenmek

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

Ölç (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, karşılaşılabilecek 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 çözüm önerileri üretilmelidir (47).

Bırakma konusunda isteksiz olan hastalara 5R stratejileri uygulanmalıdır.

RELEVANCE	İLİŞKİ
RISKS	RİSKLER
REWARDS	KAZANÇLAR
ROADBLOCKS	ENGELLER
REPETITION	TEKRAR

Şekil 2. 5R Stratejileri

İlişki (Relevance): Hastadan; sigara bırakmanın hastanın kendisiyle, sağlık durumuyla ne kadar ilgili olduğunu belirtmesi istenmelidir.

Riskler (Risks): Hastadan; sigaranın sağlığı üzerine olan negatif etkilerini belirtmesi istenmelidir.

Kazançlar (Rewards): Hastadan; sigarayı bırakmanın kendisinde ortaya çıkaracağı yararlarını belirtmesi istenmelidir.

Engeller (Roadblocks): Hastadan; sigarayı bırakmanın önündeki engelleri ve zorlukları saptaması istenmelidir.

Tekrar (Repetition): Motivasyonu düşük hastalarla her muayenede motivasyon görüşmesi tekrarlanmalıdır.

2.1.9.2. Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedaviler

Sigara bırakma tedavilerinin sigaranın bırakılmasındaki amacı, hastada gelişen sigara bağımlılığını yenmektir. Günümüzde bupropion ve vareniklin sigarayı bırakmaya yardımcı olması için kullanılan ilaçlardır (48).

2.1.9.2.1. Nikotin Replasman Tedavileri

Nikotin replasman tedavisinin (NRT) amacı; tütünün bırakılması sürecinde motivasyonu yükseltmek ve nikotini yerine koyarak fizyolojik-psikomotor yoksunluk bulgularını en aza indirmektir (49). Böylece sigarayı bırakmak isteyen kişi yoksunluk bulgularından en az şekilde etkilenecektir. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre orta ve üzeri düzeyde bağımlılara nikotin replasman tedavisi daha fazla yarar sağlamaktadır. Nikotin bağımlılığı kişide yüksek veya orta derecede tespit edilenlere, günlük 15 adetten çok sigara kullananlara veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmeyenlere nikotin replasman tedavisi önerilir. NRT olarak kullanılan ilaçlar 2-8 haftada azaltılarak kesilir. Nikotin yoksunluk bulgularının NRT'yi azaltma sırasında azalıyor olması gerekmektedir (4).

2.1.9.2.1.1. Nikotin Bandı

Nikotin bantlarının 7 ile 35 mg nikotin bulunduran birçok değişik boyutları mevcuttur. 16 ve 24 saatlik formları bulunup Türkiye’de 24 saatlik formu bulunmaktadır (50). Nikotin bantları sıklıkla diğer kısa etkili NRT’ler ve danışmanlıkla beraber kullanılabilir. Saklanabilir olması başlıca avantajıdır (51). Türkiye’de 24 saatlik formu mevcut olan bantlar üç değişik boyutta olup, 30 cm²’lik bantta 21 mg, 20 cm²’lik bantta 14 mg, 10 cm²’lik bantta 7 mg nikotin bulunmaktadır. Sigaranın bırakılması evrelerinde 2-4 haftada bir NRT’de doz azaltımı yapılarak, daha az dozda nikotin bulunduran banda geçilir ve tedaviye 8-12 haftada son verilir. Günlük 15 adetten çok sigara kullananlarda 21 mg başlanması, bu dozda 4 hafta devam edildikten sonra ikişer hafta süreyle sırayla 14 mg ve 7 mg olarak tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. 10-15 adet/gün sigara kullananlara düşük dozlar önerilebilir (4).

Yoğun davranışsal destek programlarıyla nikotin bandının beraber kullanımı hakkında araştırmalar yapılmıştır. Transdermal nikotin bant tedavisine ek olarak herhangi bir davranışsal destek yöntemi kullanılması sigara bırakma başarısını iki kat arttırmaktadır (52). Bantların yan etkileri çoğunlukla geçici ve hafiftir, çok nadiren tedavinin kesilmesi gerekebilir. Uygulanan bölgede oluşabilecek deri reaksiyonları, ürtiker, aritmi, taşikardi, baş ağrısı, hafif vertigo, bulantı, kas ağrıları, sersemlik, uykusuzluk, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, nadir olarak dispepsi, karın ağrısı, anormal rüya görme, öksürük, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık ya da diyare, artrit, eklem ve sırt ağrısı görülebilir. Ciddi deri reaksiyonları, nikotin bantlarına karşı gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonları tedavinin durdurulmasını gerektiren kontrendikasyonlardır. Hasta nikotin replasman tedavisi kullanırken sigara kullanmamalıdır. Ayrıca süt emziren kadınlarda ve gebelerde, aktif veya son bir ay içinde miyokard infarktüsü geçirenlerde, anstabil angina ve aritmisi olanlarda nikotin bant ve diğer nikotin replasman tedavileri kullanılmamalıdır. Böbrek ve karaciğer yetmezliği, hipertiroidi, tip I diabetes mellitus, hipertansiyon, feokromasitoma ve kalp yetmezliği olanlarda nikotin replasman tedavisi kullanımı esnasında dikkatli olunmalıdır (4).

2.1.9.2.1.2. Nikotin Sakızı

En sık kullanılan nikotin replasman tedavisi nikotin sakızdır. Sakız bir-iki kez çiğnendikten sonra yanak mukozasında bekletilerek emilmelidir. Hızlı veya çok fazla çiğnendiğinde, fazla miktarda tükürük salgısı ve gastrointestinal sistem yan etkileri görülebilmektedir. Çiğneme esnasında hiçbir şey yenilip içilmemelidir (53). Nikotin, kan tepe değerine sakız çiğnendikten yarım saat ulaşır. En az yarım saat beklendikten sonra ikinci sakız çiğnenmeye başlanabilir. Nikotin sakızının 2 ve 4 mg'lık formları bulunmaktadır. Günde bir paketten çok sigara kullananlar için 4 mg'lık formları tavsiye edilmektedir. Nikotin sakızından bir günde en çok 24 tane çiğnenmesi önerilmektedir. 8-12 haftalık tedavi süresi genelde yeterli kabul edilmekle birlikte bu süre hastanın durumuna göre bir yıla kadar da uzatılabilir (54). Nikotinin ağızdan emilim oranı asidik ortamda düşer. Hastalara nikotin sakızı ile birlikte kahve, çay, soda, meyve suyu gibi içecekleri tüketmemeleri söylenmelidir (47). Günde 25 adetten az sayıda sigara kullananlarda 2 mg, 25 adetten çok sayıda sigara kullananlarda 4 mg formunun günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilmektedir. 2 mg olan formlarla 4 mg'lık formlar karşılaştırıldığında düşük bağımlılık seviyesi olanlarda fark yokken yüksek bağımlılık seviyesi olanlarda 4mg olan formların daha etkili olduğu gösterilmiştir (49). Dispepsi, ağız irritasyonu, hıçkırık, bulantı ve çene ağrısıdır en sık görülen yan etkileridir (55).

2.1.9.2.1.3. Nikotin Pastilleri

Nikotin sakızına benzer etkileri ve yan etkileri bulunur. Nikotin sakızlarına göre nikotin pastilleri daha fazla nikotin içerirler. Farklı tatlarda pastiller mevcuttur. Nikotin pastilleri, tat yoğunlaşmıca kadar emilir, tat yoğunlaşınca sakız gibi yanak ve dişeti arasında bekletilerek nikotinin emilmesi sağlanır. Pastillerin 2 ve 4 mg'lık preparatları vardır. Hastalara günde 7-8 adet veya daha fazla kullanılması önerilir (51).

2.1.9.2.2. Bupropion

Bupropion SR, sigara bırakma tedavisi için Food and Drug Administration (FDA) tarafından 1997'de onaylanmış ilk nikotin dışı farmakolojik tedavi ajanıdır ve Avrupa Birliği'nde de, sigara bırakma tedavisi için kayıtlıdır (56, 57). Bupropion,

dopamin ve noradrenalin geri alımını engelleyerek, böylece beyin içindeki seviyelerini arttırarak etki eden antidepresan bir maddedir. Dopaminerjik yolların uyuşturucu bağımlılığının “ödül” devresinde yer aldığı düşünülmektedir, ancak sigarayı bırakmadaki etki mekanizması bilinmemektedir (58). Dopaminin nucleus accumbens'ten geri alımının inhibisyonu, nikotin yoksunluğunda yaşanan dopamin eksikliğini azaltır. Bu durum bupropionun nikotin yoksunluk semptomları üzerindeki zayıflatıcı etkisini açıklayabilir (59). Bupropionun ayrıca, nikotinic asetilkolin reseptörlerinde antagonist olarak hareket ettiği ve içme isteğini bu şekilde giderdiği düşünülmektedir (47). Son zamanlarda yapılan 19 randomize çalışmanın sistematik incelemesinde bupropionun sigarayı bıraktırma başarısının plaseboya göre iki kat yüksek olduğu görülmüştür (60).

Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır. Tedaviye başlandıktan sonra 7–14 gün içerisinde sigara bırakma günü belirlenir. İlk 3 gün 150 mg, 4. Gün ve sonrasında 300mg/gün (2x150mg tb) dozunda kullanılır. İleri yaşlarda 150 mg/gün önerilen dozdur. Günlük doz 300mg/gün'ü geçmemelidir. Eğer 7 hafta sonra hasta bu süre içinde sigarayı bırakmaya yönelik bir gelişme göstermiyorsa ilaç kesilmelidir (61).

2.1.9.2.3. Vareniklin

Sigara bırakma tedavisinde, NRT ve bupropiondan başka kullanılan bir diğer ilaç ise vareniklidir (62). Nikotinic reseptörlerden $\alpha4\beta2$ subünitesini içerenler, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara içme isteği gelişiminde anahtar rol oynarlar. Vareniklin, $\alpha4\beta2$ nikotinic asetilkolin reseptörlerinin parsiyel agonistidir. Bu reseptörleri yarışmalı olarak bloke ederken bir miktarda reseptör aktivasyonuna neden olup, nikotin yoksunluğu sürecinde düşen mezolimbik dopamin düzeylerini arttırır. Sigara kesilme semptomlarını bu sayede düzelttiği düşünülmektedir (63). Vareniklin ayrıca, $\alpha4\beta2$ nikotinic asetilkolin reseptörlerine yüksek afiniteyle bağlandığından nikotinin reseptörlere bağlanmasını engeller, bu sayede sigara içmeyle sağlanan ödül azalır, hastanın sigaradan ayrılması sağlanır (64).

Tedavi olarak vareniklin seçilecek hastalarda, sigara içmeye devam ederken ilk 3 gün günde 0,5 mg dozuyla tedaviye başlanır, daha sonra 4-7. günler arasında 0,5 mg sabah ve akşam, 8-14. günler arasında 1 mg/gün dozuyla tedaviye devam

edilir. Tedavinin başında ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden hastanın 8-14. günler arasında, mümkünse birinci haftanın sonunda 7. gün sigarayı bırakması hedeflenir. Tedaviye günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak 3 ay devam edilir. Bulantı, vareniklinin en sık görülen yan etkisidir. Diğer yan etkileri uykusuzluk, anormal rüyalar, gastrointestinal yan etkiler ve baş ağrısıdır. Gebelerde ve laktasyon döneminde kullanılmamalıdır. Vareniklinin nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, depresif durum, ajitasyon, intihar eğilimi ve var olan psikiyatrik hastalığı kötüleştirebileceği hastalara söylenmelidir. Sigara bırakma davranışının kendisi de bu tür semptomların sebebi olabileceğinden dolayı bu semptomların ilaçtan kaynaklanıp kaynaklanmadığı konusu tartışmalıdır. Bu sebeple sigara bırakma sürecindeki hastalar, hastanın yakınları ve hekimi tarafından bu tür semptomların ve duygulanım farklılıklarının oluşumu açısından yakın olarak gözlenmelidir. Vareniklin şizofreni, bipolar hastalık ve majör depresyon geçiren olgularda yakın takiple izlenen stabil dönemdeki hastalarda kullanımı önerilmektedir (65, 66).

2.2. COVID-19

Dünyada 21'inci yüzyılın ilk uluslararası sağlık acil durumu 2003 yılında Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) ismi verilen hastalıkla yaşandı. Çin'den başlayan SARS kısa sürede Asya, Kuzey Amerika ve Avrupa'da yayılıp 30 ülkede yaklaşık 800 ölüme sebep oldu. Benzer olarak, 31 Aralık 2019'da Çin'in Vuhan şehrinde etyolojisi bilinmeyen pnömoni vakaları görülmeye başlandı (67). 7 Ocak 2020'de hastalık etkeninin daha önce insanlarda hiç görülmemiş yeni bir koronavirus (2019-nCoV) olduğu tanımlandı. Hastalığın ismi daha sonra coronavirus disease-19 (COVID-19) olarak, etkeni de SARS CoV'a benzerliğinden ötürü SARS-CoV-2 olarak isimlendirildi. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 30 Ocak 2020 tarihinde COVID-19 salgınını "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak ilan etmiş, salgının ilk başladığı Çin dışında 113 ülkede COVID-19 vakalarının saptanması, virüsün şiddeti ve yayılımı sebebiyle de 11 Mart'ta küresel salgın (pandemi) olarak tanımlamıştır (68).

2.2.1. Epidemiyoloji

Tüm dünyada 06.08.2020 tarihine kadar toplam kanıtlanmış vaka sayısı 18.614.177, ölüm sayısı 702.642 olarak bildirilmiştir. Bölgelere göre değerlendirildiğinde en fazla vaka sayısı Amerika kıtasında olup 06.08.2020 tarihine kadar 9.981.204'tür ve bu rakamlar tüm dünyadaki toplam vaka sayısının yarısını oluşturmaktadır (69). Avrupa'da ise toplam vaka sayısı 3.477.225, ölüm sayısı 215.168 olup Amerika'dan sonra vaka ve ölüm sayılarında ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye'de aynı tarihe kadar toplamda 239.622 vaka, 5829 ölüm sayısı bildirilmiştir (70). Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde seroprevalans çalışmalarında, olası yanlış pozitif veya negatifler de göz önünde bulundurulduğunda, bildirilen vakaların insidansının yaklaşık 10 kattan fazla olduğunu bildirmektedir (71, 72). Tüm yaş gruplarındaki hastalardan COVID-19 bildirimleri yapılmasına rağmen en fazla etkilenen yaş grubu 30 yaş ve üstündekilerdir. Bununla birlikte yaş yükseldikçe hastalığın daha şiddetli seyrettiği bildirilmiştir (73, 74). Çocuklarda ve genç erişkinlerde ise enfeksiyon görülme sıklığının daha az olduğu (%0,8-%0,04) ve vakaların çoğunlukla asemptomatik olduğu bildirilmiştir (73, 75). Kadın ve erkek vaka sayıları benzer saptanmıştır (76).

2.2.2. Bulaşma

İlk olguları takiben hastalığın bulaşma yolunun, insandan insana doğrudan temas yoluyla olduğu tespit edilmiştir. SARSCoV-2'nin bulaşma yolu influenzaya benzerdir. Damlacık yoluyla bulaş, hastalığın asıl bulaşma yoludur. Enfekte olmuş bir kişinin solunum salgılarındaki virüs, hasta öksürdüğünde, konuştuğunda veya hapşırduğunda damlacık yoluyla, bir başka kişinin mukozasına doğrudan temas ederek bulaşabilir. Ayrıca hastaların hapşırma, öksürme yoluyla saçtıkları damlacıklara diğer kişilerin elleriyle teması sonrasında ellerini burun, ağız veya göz mukozasına götürmesiyle de bulaşmaktadır. Virüsün, damlacık yoluyla yaklaşık iki metre mesafeye ulaşabildiği tahmin edilmektedir (8, 77). Kan, gayta, oküler sekresyonlar ve semen dahil olmak üzere solunum dışı örneklerde de SARS-CoV-2 tespit edilmiştir. Fakat bu yollarla bulaşmadaki rolü belirsizdir (78). COVID-19 enfeksiyonu olan hastanın başkalarına enfeksiyon bulaştırabileceği kesin aralık tam olarak bilinmemektedir. Semptomların görülmesinden önce başlar ve viral RNA'nın

üst solunum yolu salgılarında fazla olmasından dolayı hastalığın erken dönemlerinde SARS-CoV-2'yi bulaştırma riski en yüksektir, daha sonra ise bulaştırma riski azalmaya başlar. Hastalığın 7-10. Gününden sonra hastalığı bulaştırma riski çok düşüktür (79, 80). İtalya'da yapılan bir araştırmada, ilk teşhisten itibaren viral RNA klirensine kadar geçen medyan sürenin 30 gün olduğu beraber yapılan diğer araştırmalarda bazı hastalarda viral RNA'nın ilk enfeksiyondan aylar sonra bile solunum yolunda saptanabildiği görülmüştür. Fakat saptanabilir viral RNA, her zaman bulaşıcı virüsün olduğunu göstermez. Viral RNA düzeyi belli bir düzeyin altındayken bulaşıcılığın olmadığı görülmektedir (81). Asemptomatik ve semptomu henüz gelişmemiş hastalar, solunum yollarında virüs bulunabildiğinden ötürü bulaştırıcı kabul edilmektedirler. Henüz semptom görülmeyen hastalardan virüs bulaşması, semptomlar gelişmeden yaklaşık olarak 1-3 gün önce gerçekleştiği kabul edilmektedir (82).

2.2.3. Mortalite-Prognoz

Hastalık prognozunu etkileyen birçok etken bilinmektedir. Sigara içmek, erkek cinsiyet, 65 yaş üstü olmak hastalık progresyonu açısından önemli risk faktörleridir. Altta yatan hastalıklara bakıldığında; hipertansiyon, diyabet, solunum sistemi hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıkların, hastalığın ciddi ve ölümcül izlendiği hastalarda, daha hafif semptomlarla geçiren hastalara göre önemli ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir (83).

2.2.4. Korunma

– El hijyenine önem gösterilmelidir. Eller en az 20 saniye boyunca su ve sabunla yıkanmalı, su ve sabunun bulunmadığı durumlarda alkol bazlı el antiseptiği kullanılmalıdır. Normal sabun yeterlidir, antibakteriyel veya antiseptik içeren sabun kullanmaya gerek yoktur.

– Eller temizlenmeden gözler, burun ve ağıza temastan kaçınılmalıdır.

– Hastalarla temastan kaçınılmalıdır (mümkünse en az 1 m uzakta durulmalı).

– Özellikle hastalarla veya çevreleriyle doğrudan temas sonrasında eller sık sık yıkanmalıdır.

– Hasta kişilerin yoğun olarak bulunması sebebiyle mümkünse sağlık merkezlerine gitmekten kaçınılmalı, sağlık kuruluşuna gidilmesi gerekiyorsa diğer hastalarla temastan kaçınılmalıdır.

– Hapşırma veya öksürme anında ağız ve burun tek kullanımlık kağıt peçeteyle kapatılmalı, kağıt peçetenin olmadığı durumlardaysa dirsek içi kullanılmalı, mümkünse kalabalık ortamlardan kaçınılmalı, eğer girmek zorunda kalınırsa ağız ve burun kapatılmalı, tıbbi maske kullanılmalıdır.

– Az pişmiş veya çiğ hayvan mamulleri yemekten kaçınılmalıdır. İyi pişmiş yiyecekler tercih edilmelidir.

– Canlı hayvan pazarları, çiftlikler ve hayvanların kesilebileceği yerler gibi genel enfeksiyonlar açısından yüksek riskli yerlerden uzak durulmalıdır.

– Seyahat sonrası 14 gün içinde herhangi bir solunum yolu semptomu gelişirse maske takılarak en yakın sağlık kuruluşuna gidilmeli, doktora seyahat öyküsü hakkında bilgi verilmelidir (8).

2.2.5. Klinik Özellikler

COVID-19 için inkübasyon süresi çoğunlukla temastan sonra 14 gündür, fakat genellikle 4-5 gün sonra semptomlar başlamaktadır (84). Semptomlar arasında ateş (>38oC), öksürük, dispne, miyalji, diyare, baş ağrısı, boğaz ağrısı, tat veya koku kaybı, üşüme-titreme, bulantı/kusma, karın ağrısı, rinore, yorgunluk, göğüs ağrısı, göğüste baskı hissi görülebilmektedir (85).

Asemptomatik vakalar COVID-19 hastalarının %20'den fazlasını oluşturmaktadır. Farklı tahmin modellemelerinin sonuçlarını içeren araştırmalar; tanı almamış ve asemptomatik vakaların %9,2-%69 arasında değiştiğini göstermektedir. Semptomatik vakalarla asemptomatik vakaların üst solunum yollarındaki viral yüklerinin birbirine yakın olduğu ve bu vakaların COVID-19'un toplumda yayılımı için primer kaynak olduğunu belirtilmektedir (86, 87).

Hastalık organ tutulumları ve klinik şiddetine göre 3 farklı sınıfta gruplandırılmaktadır:

– *Hafif hastalık*: Pnömoni yok veya hafif pnömoni; vakaların %81'i bu grupta bulunmaktadır.

– *Şiddetli hastalık*: Dispne, solunum sayısı >30 /dakika, kan oksijen saturasyonu (SpO_2) <93 , $PaO_2/FiO_2 <300$ ve/veya akciğerlerdeki infiltrasyonun >50 'den fazla olması; vakaların % 14'ü bu grupta bulunmaktadır.

– *Kritik hastalık*: Solunum yetmezliği, septik şok ve/veya çoklu organ disfonksiyonu; vakaların %5'i bu grupta bulunmaktadır (74).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Uzmanlık tez çalışması olarak yürütülen bu araştırma, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 12.08.2020 tarihinde bilimsel açıdan uygun bulunmuştur. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Proje Onay Belgesi Ek-3'tedir.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu çalışma kesitsel-tanımlayıcı bir çalışma olup, Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'ne 17.09.2019 ile 24.03.2020 tarihleri arasında başvurmuş 184 hasta oluşturmaktadır. Araştırmaya; Sigara Bırakma Polikliniği'ne ilk gelişlerinde elde edilen bilgiler doğrultusunda doldurulan dosyaları incelenerek telefonla ulaşılabilen ve çalışma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 162 hasta dahil edilmiştir.

Araştırma Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'nde belirtilen tarihler arasında dahil edilme şartlarına uygun ve hariç bırakma şartlarını taşımayan 162 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Sigara bırakma polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri hastalar
- Araştırma ölçeklerini yanıtlayabilecek kapasiteye sahip olanlar
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar

Hariç bırakma kriterleri:

- Sigara bırakma polikliniğine başvuran 18 yaş altı hastalar.
- Araştırma ölçeklerini yanıtlayabilecek kapasiteye sahip olmayanlar
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar

3.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Veri toplama, dosya taranması ve telefonla anket doldurma yöntemi kullanılarak gerçekleştirildi. Veri toplama araçları olarak; hastaların sigara kullanım özelliklerinin ve sosyodemografik özelliklerinin yer aldığı dosyaları, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Hasta İzlem Formu kullanılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ VE ÖLÇÜTLERİ

3.4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Değişken ve Ölçütler

- Yaş
- Cinsiyet
- Kilo ve boy
- Meslek
- Medeni hal
- Çocuk sahibi olma durumu
- Eğitim durumu

3.4.2. Sigaraya İlişkin Değişken ve Ölçütler

- Sigara bırakmak için kaçınıcı girişimi
- Sigara bırakma polikliniğine yüz yüze ve telefonla kaç kez başvurduğu
- Sigara bırakma polikliniğine kimin önerisiyle başvurduğu
- Kaç yıldır sigara kullandığı
- Sigara bırakma polikliniğine başvuru anında günlük içilen sigara miktarı
- Nikotin bağımlılık düzeyi: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile saptanmıştır.
- Sigara bırakma polikliniğinde önerilen tedavi
- Sigara bırakma durumu
- Şu anda günlük içilen sigara miktarı

- Sigarayı bırakamama sebepleri
- Yaşadığı evde kendisinden başka birinin sigara kullanım durumu
- Yaşadığı evde kendisinden başka sigara kullanan varsa yakınlık durumu
- Yaşadığı evde kendisinden başka sigara kullanan varsa günde ne kadar sigara içtiği
- Pandemi döneminde sigara kullanma isteğindeki durum
- Pandemi döneminde sigara bırakma konusundaki motivasyon durumu
- Sigaraya tekrar başlamada/bırakamamada COVID-19 enfeksiyonu veya sokağa çıkma yasaklarının etkili olup olmama durumu
- Ramazan döneminde sigara kullanım durumu
- COVID-19 enfeksiyonu döneminde sigaraya ulaşabilme durumu
- Sokağa çıkma yasaklarındaki sigara kullanım durumu

3.4.3. Diğer Değişkenler ve Ölçütler

- COVID-19 döneminde çalışma durumu
- COVID-19 döneminde mesai saatleri
- Sigarayı bırakmak için ilaç kullanım durumu
- Sigarayı bırakmak için kullandığı ilaca devam edebilme durumu
- İlacı nasıl temin ettiği
- Sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurma isteği
- Pandemi döneminde bilgisayar, akıllı telefon vs. cihazları kullanım durumu
- Pandemi döneminde sosyal medya kullanımı

3.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ

- Sigara bırakma durumu

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ

Veriler, katılımcılar ile yapılan telefon görüşmelerinde öz bildirim ile uyguladıkları anketlerden ve hasta dosyalarından elde edilmiştir. SPSS 23.0 programında oluşturulan veritabanına kaydedilerek analiz edilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma), Ki-kare analizi, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis, Spearman Korelasyon testleri kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların ve erkeklerin FNBT puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,608$). Kadınların ve erkeklerin paket-yıl sayıları benzer bulundu ($p=0,883$). Erkeklerin günlük içtikleri sigara sayısı kadınlardan daha fazlaydı ($p=0,001$).

Katılımcılardan evli olanların ve olmayanların FNBT puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,097$). Evli olanların paket-yıl sayıları evli olmayanlara göre daha yüksekti ($p=0,001$). Evli olanların ve olmayanların günlük içtikleri sigara sayıları benzer bulundu ($p=0,462$).

Katılımcılardan çocuk sahibi olanların ve olmayanların FNBT puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,543$). Çocuğu olanların paket-yıl sayıları çocuğu olmayanlara göre daha yüksekti ($p=0,001$). Çocuk sahibi olanların ve olmayanların günlük içtikleri sigara sayıları açısından istatistiksel olarak benzerdi ($p=0,055$).

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre sigara kullanma durumları, FNBT puanları, günlük içtikleri sigara sayıları ve paket-yıl sayıları sırasıyla Tablo 1, Tablo 2, Tablo 3 ve Tablo 4'te gösterilmiştir. Katılımcıların yaş, kilo ve boyları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumları

Değişkenler	Sigarayı		Toplam n(%)	p
	Bırakanlar n(%)	Bırakamayanlar n(%)		
Cinsiyet	Kadın	6(9,5)	58(90,5)	0,473*
	Erkek	13(13,3)	85(86,7)	
Medeni Hal	Evli	12(11,2)	96(88,8)	0,745*
	Evli Olmayan	7(13,0)	47(87,0)	
Çocuk	Var	89(88,9)	11(11,1)	0,647*
	Yok	51(86,4)	8(13,6)	
	Belirtmeyen			

*Ki-kare

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FNBT Puanları

	Değişkenler	Toplam n(%)	Sum of Ranks	p
Cinsiyet	Kadın	64 (39,5)	4925,5	0,608*
	Erkek	98 (60,5)	7954,5	
Medeni Hal	Evli	108(66,7)	8158,5	0,097*
	Evli Olmayan	54(33,3)	4721,5	
Çocuk	Var	100(61,7)	8065,5	0,543*
	Yok	59(36,4)	4337,5	

*Mann Whitney U

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Günlük İçtikleri Sigara Sayıları

	Değişkenler	Toplam n(%)	Sum of Ranks	p
Cinsiyet	Kadın	64 (39,5)	4295	0,001*
	Erkek	98 (60,5)	8908	
Medeni Hal	Evli	108(66,7)	9001,50	0,462*
	Evli Olmayan	54(33,3)	4201,50	
Çocuk	Var	100(61,7)	8518	0,055*
	Yok	59(36,4)	4202	

*Mann Whitney U

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Paket-Yıl Sayıları

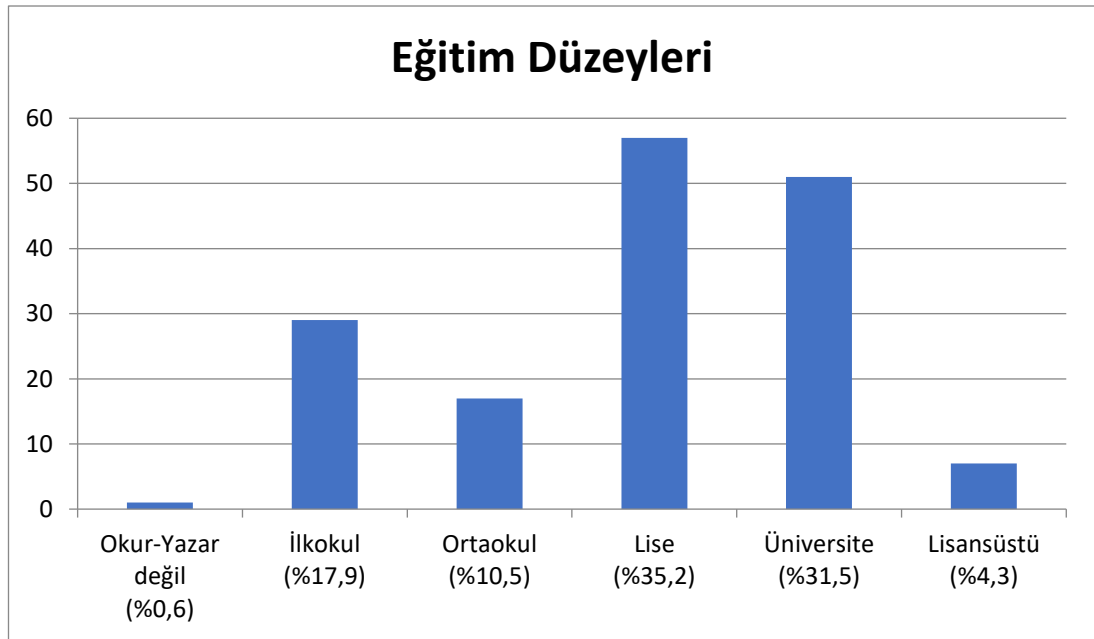
	Değişkenler	Toplam n(%)	Sum of Ranks	p
Cinsiyet	Kadın	64 (39,5)	5259	0,883*
	Erkek	98 (60,5)	7944	
Medeni Hal	Evli	108(66,7)	10238	0,001*
	Evli Olmayan	54(33,3)	2965	
Çocuk	Var	100(61,7)	9895,50	0,001*
	Yok	59(36,4)	2824,50	

*Mann Whitney U

Tablo 5. Katılımcıların Yaş, Kilo ve Boyları

	Ortalama (\pm SS)	Minimum	Maksimum	Median
Yaş (n:162)	40,36 \pm 12,40	18	68	40
Kilo (n:159)	73,86 \pm 14,77	46	158	71
Boy (n:159)	170,01 \pm 8,02	155	190	170

Katılımcıların %64,2'sinin eğitim düzeyleri lise ve altında, %35,8'inin eğitim düzeyleri üniversite ve üstündedir. Katılımcıların eğitim düzeyleri Şekil 3'te gösterilmiştir. Eğitim durumuyla sigara bırakma durumu arasında anlamlı fark vardı. Lise ve altı eğitim düzeyindeki kişilerde sigara içme durumu anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,029$). Eğitim durumu lise ve altı olanlar ile üniversite ve üstü olanlar arasında FNBT puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,785$). Eğitim durumu lise ve altı olanlar ile üniversite ve üstü olanların arasında paket-yıl sayıları benzerdi ($p=0,067$). Eğitim durumu lise ve altı olanlar ile üniversite ve üstü olanlar günlük içtikleri sigara sayısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,826$). Katılımcıların eğitim düzeylerine göre sigara kullanım durumları Tablo 6'da gösterilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların Eğitim Düzeyleri

Tablo 6. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Sigara Kullanma Durumları

Eğitim Düzeyleri	Sigarayı Bırakanlar n(%)	Sigarayı Bırakamayanlar n(%)	Toplam n(%)	p
Lise ve Altı	8(7,7)	96(92,3)	104(100)	0,029*
Üniversite ve Üstü	11(19,3)	47(80,7)	58(100)	

*Ki-Kare

Katılımcılar ortalama $2,75\pm 2,89$ (min:1 maks:31) kez sigara bırakma girişiminde bulunmuştu. Ortanca değer 2 idi. FNBT puanı ile sigarayı bırakma girişimi sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p=594$).

Katılımcıların her biri polikliniğimize en az 1 kez yüz yüze görüşmek üzere başvurmuştu. Yüz yüze görüşme sayısı ortalama $1,82\pm 1,09$ (min:1 maks:7) ortanca değer 1'di. Polikliniğimize telefon başvurusu yapan katılımcılar incelendiğinde ortalama $1,27\pm 0,56$ (min:1 maks:3) kez telefon görüşmesi yapılmıştı. Ortanca değer 1'di.

Katılımcıların sigara bırakma polikliniğine başvuru durumlarına göre sigara kullanım durumları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Polikliniğe Başvuru Durumlarına Göre Sigara Kullanım Durumları

Değişkenler	Sigarayı Bırakanlar n(%)	Sigarayı Bırakamayanlar n(%)	Toplam n(%)	p	
Kimin İsteğiyle Polikliniğe Başvurdu	Kendi İsteğiyle	17(11,8)	127(88,2)	144(100)	0,677*
	Yakınının İsteğiyle veya Doktor Önerisiyle	2(11,8)	15(88,2)	17(100)	
Telefonla Polikliniğe Başvurma Durumu	Evet	8(11,4)	62(88,6)	70(100)	0,898*
	Hayır	11(12,1)	80(87,9)	91(100)	

*Ki-Kare

Katılımcıların sigara kullanımı paket-yıl ortalaması 22,48±15,50 (min:1, maks:76), ortanca değer 18,8 olarak bulundu.

Katılımcıların FNBT puan ortalaması 5,69±2,52 (min:0, maks:10), ortanca değeri 6 idi. FNBT'ye göre katılımcıların %28,7'si çok yüksek bağımlı, %26,9'u yüksek bağımlı, %12,5'i orta bağımlı, %18,8'i düşük bağımlı, %13,1'i ise çok düşük bağımlı kategorisindedir. FNBT puanı ile paket-yıl sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki bulundu (p=0,001). FNBT puanı yüksek olanların paket-yıl sayıları yüksek bulundu. FNBT puanı ile günlük içilen sigara sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde bir ilişki bulundu (p=0,001). FNBT puanı yüksek olanların günlük içtikleri sigara sayısı yüksek bulundu. FNBT puanı ile kaç yıldır sigara içildiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p=0,952).

Katılımcıların 89'una (%55,2) yalnızca psikososyal destek tedavisi uygulanmıştı. Katılımcıların 72'sine (%44,8) ilaç tedavisi önerilmişti. Katılımcıların ilaç kullanımına göre sigara kullanım durumları Tablo 8'de gösterilmiştir. Vareniklin kullanmayanlarda sigara içiyor olma durumu anlamlı olarak yüksekti. Tedavi olarak sadece psikososyal destek alıp ilaç başlanmayanlarla sigara bırakma durumu arasında anlamlı fark bulundu (p=0,027). Sadece psikososyal destek alıp ilaç başlanmayanlarda sigara içiyor olma durumu anlamlı olarak daha yüksek.

Tablo 8. Katılımcıların İlaç Kullanımlarına Göre Sigara Kullanım Durumları

	Değişkenler	Sigarayı	Sigarayı	Toplam n(%)	p
		Bırakanlar n(%)	Bırakamayanlar n(%)		
Tedavide İlaç Önerilmeyenler	Evet	6(6,7)	82(93,3)	88(100)	0,027*
	Hayır	13(18,1)	60(81,9)	73(100)	
Tedavide NRT Önerilenler	Evet	1(8,3)	11(91,7)	12(100)	0,573*
	Hayır	18(12,1)	131(87,9)	149(100)	
Tedavide Vareniklin Önerilenler	Evet	12(20,0)	48(80,0)	60(100)	0,013*
	Hayır	7(6,9)	94(93,1)	101(100)	

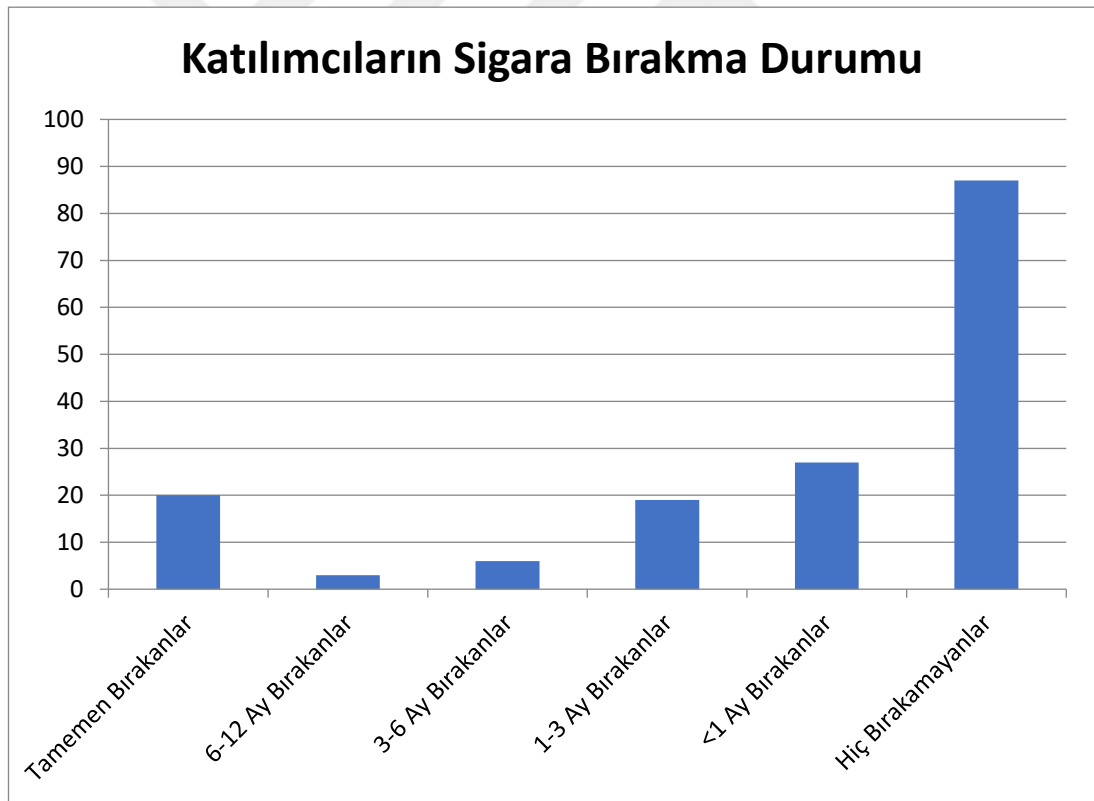
*Ki-Kare

Şu anda sigara içiyor olanlar ile içmiyor olanlar arasında FNBT puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,894$). Şu anda sigara içiyor olanlar ile içmiyor olanların arasında paket-yıl sayıları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,979$). Şu anda sigara içiyor olanlar ile içmiyor olanlar arasında günlük içtikleri sigara sayısı açısından karşılaştırıldığında anlamlı değildi ($p=0,894$).

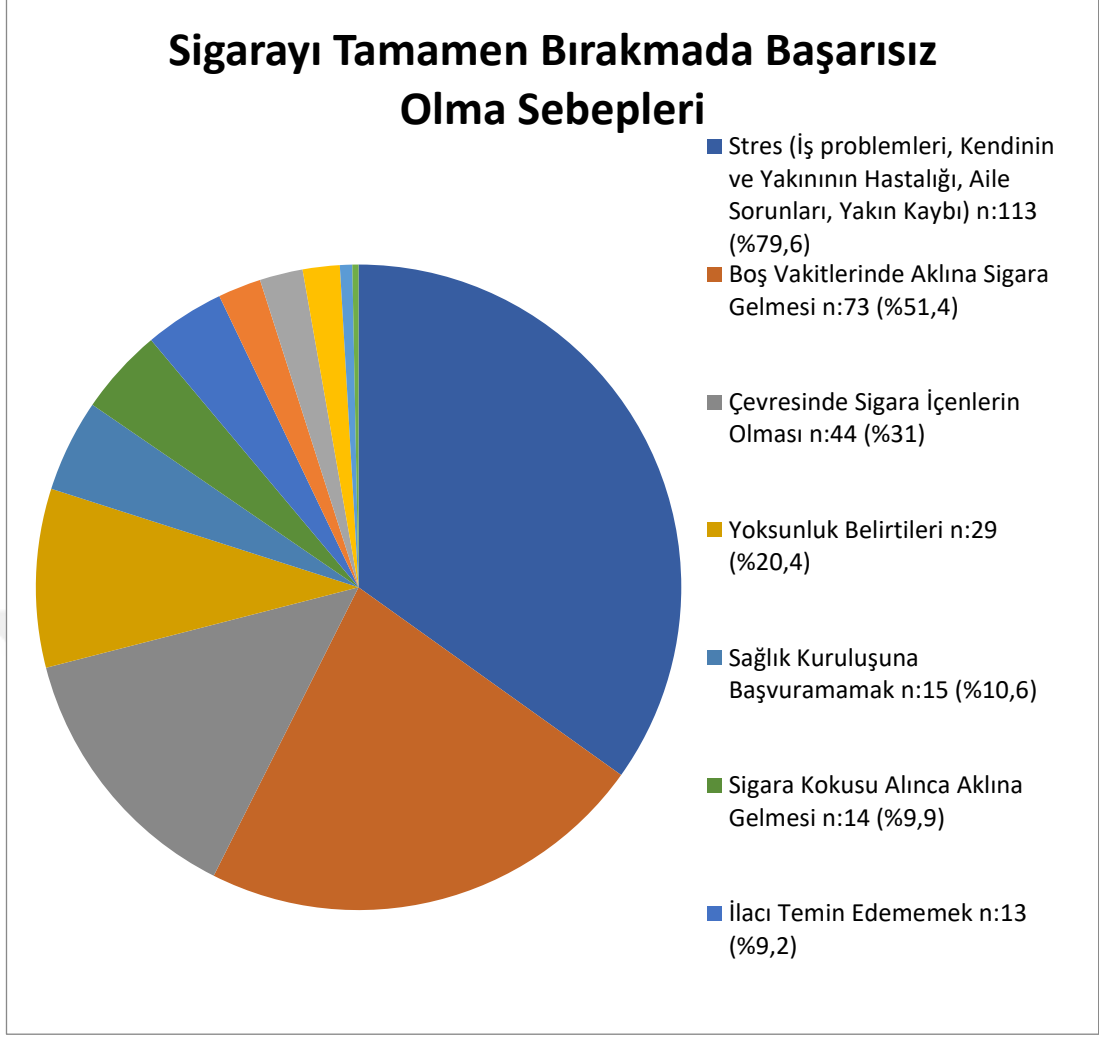
Sigarayı bırakan 20 katılımcının bırakma süresi ortalama $6,46\pm 3,30$ (min:0, maks:12) aydı. Ortanca değer 6 olarak bulundu.

Sigarayı bırakamayan 142 katılımcının günlük tütün ürünü kullanım sayısı ortalama $17,80\pm 9,00$ (min:2, maks:60) ortanca değer 20 idi.

Çalışmamıza katılanların sigara bırakma durumları ve ne kadar süreliğine bıraktıkları Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Katılımcıların Sigara Bırakma Durumu



Şekil 5. Sigarayı Tamamen Bırakmada Başarısız Olma Sebepleri

COVID-19 enfeksiyonu döneminde çalışmaya devam eden 93 katılımcıya pandemi dönemindeki mesai saatlerindeki değişim sorulduğunda 63'ü (%67,8) değişmediğini, 26'sı (%27,9) azaldığını, 4'ü (%4,3) arttığını belirtti. Pandemi döneminde çalışanlar ile çalışmayanlar arasında FNBT puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,325$). Pandemi döneminde çalışanlar ile çalışmayanların paket-yıl sayıları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,060$). Pandemi döneminde çalışanlar ile çalışmayanların arasında günlük içtikleri sigara sayısı açısından anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,055$). Katılımcıların pandemi döneminde çalışmaya devam etme durumuna göre sigara kullanım durumları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Pandemi Döneminde Çalışmaya Devam Etme Durumuna Göre Sigara Kullanım Durumları

	Değişkenler	Sigarayı Bırakanlar n(%)	Sigarayı Bırakamayanlar n(%)	Toplam n(%)	p
Pandemi Döneminde Çalışmaya Devam Etme Durumu	Evet	11(11,8)	82(88,2)	93(100)	0,204*
	Hayır	4(22,2)	14(77,8)	18(100)	

*Ki-Kare

Katılımcıların 32'sinin (%19,8) eşi, 13'ünün (%8) ebeveyni, 10'unun (%6,2) çocuğu sigara içmekteydi. Evde kendisinden başka sigara içen kişisi olan 55 katılımcının evinde toplam tüketilen günlük sigara adeti ortalaması $22,45 \pm 14,96$ (min:4, maks:90) ortanca değer 20,00 idi. Katılımcıların evde kendinden başka sigara için kişi olup olmamasına göre sigara kullanım durumları Tablo 10'da gösterilmiştir. Evde başka sigara içen yakını olanlar ile olmayanlar arasında FNBT puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,531$). Evde başka sigara içen yakını olanlar ile olmayanlar arasında paket-yıl sayıları açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,464$). Evde kendisinden başka sigara içen yakını olanlar ile olmayanlar arasında günlük içtikleri sigara sayısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,300$).

Tablo 10. Evde Kendinden Başka Sigara İçin Kişi Olup Olmamasına Göre Sigara Kullanım Durumu

	Değişkenler	Sigarayı Bırakanlar n(%)	Sigarayı Bırakamayanlar n(%)	Toplam n(%)	p
Evde Kendinden Başka Sigara İçen Kişi Durumu	Var	6(10,9)	49(89,1)	55(100)	0,785*
	Yok	13(12,4)	92(87,6)	105(100)	

*Ki-Kare

İlaç tedavisi başlanan 73 kişi analiz edildiğinde önceden ilaç kullanan katılımcıların yalnızca 3'ü (%4,9) ilacına devam edebilirken 58'i (%95,1) ilacına devam edemediğini bildirdi. İlacı nasıl temin ettiniz sorusuna 3 kişi de “elimde yeterince ilaç vardı.” cevabını verdi.

Çalışmaya katılanların pandemi döneminde sigara kullanma isteği ve sigarayı bırakma motivasyonundaki değişikliklerin FNBT puanı, günlük içilen sigara sayısı, paket-yıl sayısı açısından değerlendirilmesi Tablo 11, Tablo 12 ve Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 11. Pandemi Döneminde Sigara Kullanma İsteği ve Sigarayı Bırakma Motivasyonundaki Değişikliklerin FNBT Puanı Açısından Değerlendirilmesi

	Değişkenler	Toplam n(%)	Ortanca Değer	p
Pandemi Döneminde Sigara Kullanma İsteğinde Değişiklik	Arttı	32(19,8)	83,56	0,281*
	Değişmedi	102(63)	83,04	
	Azaldı	28(17,3)	67,93	
Pandemi Döneminde Sigara Bırakma Konusunda Motivasyonda Değişiklik	Arttı	22(13,6)	74,23	0,139*
	Değişmedi	128(79)	79,35	
	Azaldı	12(7,4)	106,32	

*Kruskal-Wallis

Tablo 12. Pandemi Döneminde Sigara Kullanma İsteği ve Sigarayı Bırakma Motivasyonundaki Değişikliklerin Günlük İçilen Sigara Sayısı Açısından Değerlendirilmesi

	Değişkenler	Toplam n(%)	Ortanca Değer	p
Pandemi Döneminde Sigara Kullanma İsteğinde Değişiklik	Arttı	32(19,8)	73,17	0,257*
	Değişmedi	102(63)	85,98	
	Azaldı	28(17,3)	74,71	
Pandemi Döneminde Sigara Bırakma Konusunda Motivasyonda Değişiklik	Arttı	22(13,6)	80,45	0,969*
	Değişmedi	128(79)	81,92	
	Azaldı	12(7,4)	78,92	

*Kruskal-Wallis

Tablo 13. Pandemi Döneminde Sigara Kullanma İsteği ve Sigarayı Bırakma Motivasyonundaki Değişikliklerin Paket-Yıl Sayısı Açısından Değerlendirilmesi

	Değişkenler	Toplam n(%)	Ortanca Değer	p
Pandemi Döneminde Sigara Kullanma İsteğinde Değişiklik	Arttı	32(19,8)	70,77	0,297*
	Değişmedi	102(63)	79,57	
	Azaldı	28(17,3)	85,40	
Pandemi Döneminde Sigara Bırakma Konusunda Motivasyonda Değişiklik	Arttı	22(13,6)	86,57	0,589*
	Değişmedi	128(79)	81,76	
	Azaldı	12(7,4)	69,42	

*Kruskal-Wallis

Sigara içmeye devam eden 142 kişinin 116'sı (%81,6) pandeminin ve sokağa çıkma yasaklarının sigaraya yeniden başlamasında veya sigarayı bırakmamasında etkili olmadığını düşünürken 26'sı (%18,4) pandeminin ve sokağa çıkma yasaklarının sigaraya yeniden başlamasında veya sigarayı bırakmamasında etkili olduğunu düşünüyor. Sigaraya tekrar başlamasında veya bırakmamasında COVID-19 enfeksiyonu veya sokağa çıkma yasağının etkili olduğunu düşünenler ile düşünmeyenlerin FNBT puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,894$). Sigaraya tekrar başlamasında veya bırakmamasında COVID-19 enfeksiyonu veya sokağa çıkma yasağının etkili olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında paket-yıl sayıları açısından anlamlı fark bulunmadı ($p=0,528$). Sigaraya tekrar başlamasında veya bırakmamasında COVID-19 enfeksiyonu veya sokağa çıkma yasağının etkili olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında günlük içtikleri sigara sayısı açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,050$).

Katılımcılara ramazan döneminde sigara kullanımları sorulduğunda 90'ı (%55,9) ramazan döneminde sigara kullanımlarının arttığını/değişmediğini, 71'i (%44,1) ramazan döneminde sigara kullanımında azalış olduğunu bildirdi. Ramazan döneminde sigara kullanımında azalma olanların ve olmayanların paket-yıl ($p=0,858$), FNBT puanı ($p=0,143$) ve günde içilen sigara sayıları ($p=0,292$) arasında anlamlı fark tespit edilmedi. Sigara bırakma durumuyla ramazan döneminde sigara kullanımında azalma olması durumu arasında anlamlı fark vardı ($p=0,001$). Sigara kullanmaya devam edenlerde ramazan döneminde sigara kullanımında azalma olması anlamlı olarak yüksek bulundu.

Pandemi döneminde sigaraya ulaşma durumu ve sokağa çıkma yasağında günlük içilen sigara sayısı ile FNBT Puanı, günlük içilen sigara sayısı, paket-yıl sayısı ve sigara bırakma durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 14, Tablo 15, Tablo 16 ve Tablo 17’de gösterilmiştir. Pandemi döneminde sigara bulmakta sıkıntı yaşayanlar ile yaşamayanlar arasında paket-yıl sayıları açısından anlamlı fark bulundu ($p=0,017$). Pandemi döneminde sigaraya ulaşmakta sıkıntı yaşamayanların paket-yıl sayısı daha yüksekti. Pandemi döneminde sokağa çıkma yasaklarında günlük içtiği sigara sayısının arttığını 18 (%12,7) kişi, değişmediğini 101 (%71,1) kişi, azaldığını 23 (%16,2) kişi söyledi.

Tablo 14. Pandemi Döneminde Sigaraya Ulaşma Durumu ve Sokağa Çıkma Yasağında Günlük İçilen Sigara Sayısıyla FNBT Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Değişkenler	Toplam n(%)	Sum of Ranks	p
Pandemi Döneminde Sigaraya Ulaşmada Sıkıntı Yaşadı mı?	Evet	7(5)	638	0,178*
	Hayır	135(95)	9373	
Sokağa Çıkma Yasaklarında Günlük İçtiği Sigara Sayısı	Arttı/Değişmedi	120(84,4)	8930,50	0,894*
	Azaldı	22(15,7)	1654,50	

*Mann-Whitney U

Tablo 15. Pandemi Döneminde Sigaraya Ulaşma Durumu ve Sokağa Çıkma Yasağında Günlük İçilen Sigara Sayısıyla Normal Zamanda Günlük İçilen Sigara Sayısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Değişkenler	Toplam n(%)	Sum of Ranks	p
Pandemi Döneminde Sigaraya Ulaşmada Sıkıntı Yaşadı mı?	Evet	7(5)	513,50	0,927*
	Hayır	135(95)	9782,50	
Sokağa Çıkma Yasaklarında Günlük İçtiği Sigara Sayısı	Arttı/Değişmedi	120(84,4)	9227	0,778*
	Azaldı	22(15,7)	1651	

*Mann-Whitney U

Tablo 16. Pandemi Döneminde Sigaraya Ulaşma Durumu ve Sokağa Çıkma Yasağında Günlük İçilen Sigara Sayısıyla Paket-Yıl Sayıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Değişkenler	Toplam n(%)	Sum of Ranks	P
Pandemi Döneminde Sigaraya Ulaşmada Sıkıntı Yaşadı mı?	Evet	7(5)	250	0,017*
	Hayır	135(95)	10046	
Sokağa Çıkma Yasaklarında Günlük İçtiği Sigara Sayısı	Arttı/Değişmedi	120(84,4)	9290,50	0,541*
	Azaldı	22(15,7)	1587,50	

*Mann-Whitney U

Tablo 17. Polikliniğe Tekrar Başvurma Düşüncesine Göre Sigara Kullanım Durumu

	Değişkenler	Sigarayı Bırakanlar n(%)	Sigarayı Bırakamayanlar n(%)	Toplam n(%)	P
Polikliniğe Tekrar Başvurmayı Düşünüyor Mu?	Evet	9(7,1)	118(92,9)	127(100)	0,352*
	Hayır	3(11,1)	24(88,9)	27(100)	

*Ki-Kare

Katılımcıların 128'i (%79) pandemi döneminde sosyal medya kullanımında değişiklik olmadığını belirtirken 32'si (%19,8) sosyal medya kullanımında artış olduğunu 2'si (%1,2) sosyal medya kullanımında azalış olduğunu bildirdi.

Katılımcıların 128'si (%79) pandemi döneminde bilgisayar, akıllı telefon vs. cihazları kullanımında değişiklik olmadığını belirtirken 33'ü (%20,4) bu cihazları kullanımında artış olduğunu 1'i (%0,6) ise azalış olduğunu bildirdi.

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan hastalara tedavi seçeneği olarak en çok ilaç verilmeden sadece psikososyal destek tedavisi tercih edilmiştir. Bunun ardından en sık olarak vareniklin ve psikososyal destek tedavisinin birlikte kullanımını tercih edilmiştir. Yapılan birçok çalışmada vareniklinin diğer sigara bırakma ilaçlarına göre daha çok tercih edildiği görülmektedir (88, 89). Sigarayı destek almadan kendi kendine bırakanların uzun vadede sigarayı bırakmadaki başarı oranları %10'un altında ve bir yıl sonra tekrar sigara kullanmaya başlama oranı %95'tir (6, 90). İlaç tedavisinin başarı oranını arttırdığı, psikososyal destek tedavisi ile beraber kullanımında ise başarı oranını daha da yükselttiği gösterilmiştir (91). Bizim çalışmamızda da vareniklin kullanmayıp sadece psikososyal destek tedavisi verilenlerde sigara bırakma durumu anlamlı olarak düşük bulunmuştur. ($p=0,027$) Tedavi olarak vareniklinle beraber psikososyal destek tedavisi önerilenlerde ise sigara içmiyor olma durumu istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,013$) Bu durum farmakolojik ve psikososyal destek tedavisinin beraber kullanımının her iki tedavinin ayrı ayrı kullanılmasından daha etkili olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamıza katılanların yarısından fazlasının sigarayı hiç bırakmadığı, az bir kısmının ise sigarayı tamamen bıraktığı görülmektedir. Sigarayı bırakma durumuyla FNBT puanı ve günlük içtikleri sigara sayısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, sigarayı hiç bırakamayan hastaların çoğu FNBT puanına göre nikotin bağımlılık düzeyi yüksek veya çok yüksek grupta sınıflandırılmıştır ve günlük içtikleri sigara sayıları daha fazladır. Bu da sigara bağımlılığının artmasıyla hastaların sigarayı bırakmalarının daha zorlaşmasıyla açıklanabilen bir durumdur.

Çalışmaya katılanlara sigarayı bırakmada başarısız olanlara başarısız olma sebepleri sorulduğunda, önemli bir kısmı sigaranın boş vakitlerinde aklına gelmesi, stres ve çevresinde sigara içenlerin olması sebeplerini belirtmişlerdir. Farklı birçok çalışmada da buna benzer sonuçlara ulaşılmıştır (88, 92). 2019 yılında yapılan bir çalışmada ise stresin yanında çevresinde sigara içen kişilerin varlığı ve aşırı sigara içme isteği seçenekleri de en çok tercih edilen sebepler arasında bulunmuştur (93). Hastalar boş vakitlerinde zamanlarını geçirebilecekleri farklı aktivitelere

yönlendirilirse hastaların sigarayı bırakmaları kolaylaşabilir. Bu da psikososyal destek tedavileriyle sağlanabilir. Sigarayı bırakamama sebeplerinden biri de yoksunluk belirtileridir. Çalışmamızdaki hastaların bazıları sigarayı bırakamama sebebi olarak yoksunluk belirtilerini göstermiştir. Altın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigarayı bıraktıktan sonra karşılan zorluklar incelendiğinde sinirlilik ve aşırı sigara içme isteği seçenekleri en sık rastlanan sebepler olarak tespit edilmiştir (94). Yoksunluk belirtileri sigara bırakma sürecinde hastanın karşılaşacağı zorluklardan biridir. Bu engeli aşmak için uygun hastalara nikotin replasman tedavileri gibi farmakolojik tedaviler verilebilir.

Katılımcıların büyük kısmı pandemi döneminde çalışmaya devam ettiğini belirtmiştir. Pandemi döneminde çalışmaya devam edenlerin ise çoğunluğu mesai saatlerinin değişmediğini belirtmiştir. Katılımcıların mesai saatlerinin değişmemesi çoğu iş yerinin uzaktan çalışmaya geçmesiyle açıklanabilir. Literatürde bu konuda herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda pandemi döneminde çalışanlarla çalışmayanlar arasında sigarayı bırakma açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakat pandemi döneminde çalışmayanların sigara bırakma oranları pandemi döneminde çalışanların sigara bırakma oranının 2 katıdır. Aradaki bu farkın yine kendi çalışmamızda sigarayı bırakamamanın en büyük sebeplerinden biri olan stres faktörüyle açıklanabileceği kanaatindeyiz. Hem iş stresi hem de pandemi stresini yaşamalarından dolayı pandemide çalışan katılımcıların sigarayı bırakma başarısı istatistiki olarak anlamlı bulunmasa da daha düşük olduğu görülmüştür.

İlaç tedavisi başlanan hastaların çok az bir kısmı pandemi döneminde ilacını kullanmaya devam edebildiğini söylerken, neredeyse tamamı ilaca devam edemediğini söylemiştir. İlacı temin edebilen hastaların tamamı “elimde yeterince ilaç vardı.” cevabını vermiştir. Hastaların ilaca ne zaman başladıkları ve ilaç temin edemeyenlerin neden temin edemedikleri çalışmamızda sorgulanmamıştır. Bu yüzden pandemi sebebiyle mi yoksa başka bir sebepten dolayı mı ilacı temin edemedikleri tespit edilememiştir. Ancak büyük ihtimalle doktor takibine gelemedikleri için medikal tedaviye de devam edemedikleri düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların yarıdan fazlası pandemi döneminde sigara kullanma isteklerinde değişiklik olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların birçoğu da pandemi döneminde sigara bırakma konusunda motivasyonlarının değişmediğini

ifade etmiştir. Aynı zamanda sigara kullanmaya devam eden katılımcıların büyük çoğunluğu sigarayı bırakamamada veya sigaraya tekrar başlamada COVID-19 pandemisinin etkili olmadığını söylemiştir. Sigaraya tekrar başlamasında veya bırakamamasında COVID-19 enfeksiyonu veya sokağa çıkma yasağının etkili olduğunu düşünenler ile düşünmeyenlerin FNBT puanları, hastaların günlük içtikleri sigara sayıları ve paket-yıl sayıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Malatya’da 2020 yılında yapılan bir çalışmada COVID-19 pandemisinde insanların pandemi öncesine göre sigarayı bırakmada daha başarılı oldukları görülmüştür (95). Heerfordt ve arkadaşları pandemi döneminde Google internet arama motorundan insanların sigara bırakmayla ilgili daha çok araştırma yapıp yapmadığına bakmış fakat sigara bırakma aramalarının pandemi öncesindekiyle aynı olduğunu görmüşlerdir (96). Bizim çalışmamızda ise pandemi döneminde hastaların sigara kullanma isteği ve sigara bırakma konusundaki motivasyon değişimiyle sigara bırakma durumları arasında istatistiki ilişki bulunmamıştır ve çoğunluğun pandemi döneminde sigara konusundaki düşüncelerinin değişmediği görülmüştür. Bu konuda sağlık bakanlığı, hekimler ve tüm sağlık personelinin tutumu çok önemlidir. Medya kuruluşları aracılığıyla sigara ve COVID-19 ilişkisi daha fazla anlatılmasının, hastaneye hangi sebeple başvurursa başvursa herkesin sigara açısından sorgulanıp eğer içiyorsa en azından sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmelerinin yararlı olacağına inanmaktayız.

Çalışmamıza katılan hastaların en küçüğü 18, en büyüğü 68 yaşında olup, hastaların yaş ortalaması $40,36 \pm 12,40$ idi. Yaşar ve arkadaşlarının 2014 yılında 320 kişiyle yaptıkları çalışmada yaş ortalamaları $42,6 \pm 13,5$ (17-77 yıl) olarak bulunmuştur (97). Yapılan diğer bazı çalışmalarda da hastaların yaş ortalamaları bizim çalışmamıza benzer olduğu görülmüştür (35,0, 37,4 ve 37,8) (98-100). Bu çalışmalardaki gibi sigara bırakma polikliniğine başvuranların genellikle orta yaşlarda olması, sigaraya bağlı sağlık problemleri ve hastalıkların çoğunlukla orta ve ileri yaşlarda gözükmesiyle açıklanabilir. Genç yaşlarda sigaraya bağlı sağlık problemleri daha az sıklıkla görüldüğünden dolayı bu yaşlarda sigara bırakma polikliniğine başvuru daha az görülür.

Çalışmamıza katılanların çoğunluğunu erkekler oluşturmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi sigara bırakma polikliniğine

başvuran erkek hasta sayısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (98, 99, 101). Bu durum toplumumuzun sosyoekonomik şartları ve geleneksel kültürel yapısı ve erkeklerin sigara bırakma poliklinikleriyle ilgili farkındalığının daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. DSÖ verilerine göre 2015 yılında 1,1 milyardan fazla tütün kullanıcısı mevcuttur ve erkeklerin tütün tüketimi kadınlardan fazladır. DSÖ verilerine göre dünyadaki sigara içme prevalansı 2015 yılında erkeklerde %33,7, kadınlarda %6,2, toplamda %19,9 iken; 2025 yılında erkeklerde %33,2, kadınlarda %4,7 ve toplamda %18,9 olması beklenmektedir (102, 103). Bu sonuçlar ülkemizde ve dünyada sigara kullanma sıklığının erkeklerde daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır.

Cinsiyetler arasındaki sigara bırakma durumları karşılaştırıldığında dünyada farklılıklar saptanmıştır. Bu farklılıklar, o ülkenin kültürel etmenlerindeki farklılıklara bağlanabilir. ABD’de sigara bırakma oranı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuşken (104), İngiltere’de kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (105). Bizim çalışmamızda erkeklerin sigara bırakma konusunda kadınlara göre daha başarılı oldukları görülmüştür. Çalışmamızda erkeklerde %13,3 kadınlarda ise %9,5 olarak bulunan sigara bırakma oranları istatistiksel anlamlılık seviyesine ulaşamasa da, bu durumun katılımcı sayısının artırılmasıyla değişebileceği düşünülmektedir ($p=0,473$). Altın ve arkadaşlarının (94) ve Sağlam ve arkadaşlarının (106) yaptıkları çalışmalarda erkeklerin sigara bırakma konusunda kadınlara göre daha başarılı olduğu saptanmıştır. Ankara’da 2013 yılında benzer bir hasta grubunda yapılan başka bir çalışmada sigara bırakma başarısında cinsiyetin bu konuda anlamlı olmadığı gözlemlenmiştir (107). Farklı çalışmalardaki bu değişik sonuçlar cinsiyetin tek başına etkili olmadığını, sosyokültürel durum vb. gibi farklı etmenlerin etkili olabildiği ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılanların çoğunluğu evli olduğunu belirtmiştir. Birçok farklı çalışmada da bizim çalışmamızdakine benzer şekilde sigara bırakma desteği alanların çoğunluğunun evli olduğu görülmüştür (108-110). Ayrıca çalışmamıza katılanların çoğu çocuk sahibidir. Çalışmamıza katılan hastaların medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumuyla sigara bırakma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olsa da evli veya çocuk sahibi olanların sigara bırakma polikliniğine başvurma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu da kişilerin ailelerine karşı

sorumluluk hissettiklerini, çevrelerine ve yakınlarına zarar verme korkularının olduğunu ve bununla ilişkili olarak sigara bırakmada daha istekli olabileceklerini düşündürmektedir. Ayrıca tedavi programına dahil edilen hastada sağlanacak başarının, diğer aile bireylerini de olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Katılımcıların tamamına bakıldığında eğitim durumu lise ve altı olanlar çoğunluğu oluşturmaktadır. Velioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi lise ve altı olanlar çoğunlukta (111). Çalışmamızda eğitim düzeyi lise ve altında olanlarla üniversite ve üstü olanların sigarayı içme durumları kıyaslandığında lise ve altı eğitim düzeyindeki kişilerde sigara içme durumu anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,029$). Bu da eğitimin sigara bırakmadaki etkisini göstermektedir. Özellikle düşük eğitim gruplarında sigaranın zararları konusunda daha fazla eğitim ve bilgilendirme yapılması faydalı olabilir.

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu sigara bırakma polikliniğine kendi isteğiyle başvurduğunu söylemişlerdir. Sivas'ta yapılan başka bir çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi kendi iradeleriyle başvuranların çok daha yüksek oranda olduğunu belirtilmiştir (92). Buradan hareketle hekimlerin hastalarına sigarayı bırakma konusunda yeterli ve etkili bir şekilde öneride bulunmadıklarını düşünmekteyiz. Hekimin hastasına açık ve net bir şekilde sigarayı bırakmasını önermesinin tek başına %5-10 civarında etkinliğe ulaşabildiğini bildiren çalışmalar olduğu düşünülürse, sigara bırakma danışmanlığı konusunda hekimlere de daha fazla eğitim verilmesi yararlı olabilir (112).

Katılımcıların sigara bırakma polikliniğine ilk başvuruları sırasında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile nikotin bağımlılık durumlarına bakıldığında yarısından fazlası yüksek veya çok yüksek bağımlı olarak bulunmuştur. Bulat ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada katılımcıların % 55,9'luk kesimin yüksek veya çok yüksek bağımlı olduğunu belirtmişlerdir (113). Çalışmamızda FNBT puanı ile hastaların paket-yıl sayıları arasında istatistiksel olarak zayıf bir ilişki bulunmuştur. FNBT puanı yüksek olanların paket-yıl sayıları da yüksek bulunmuştur. FNBT puanı ile sigarayı bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmasa da sigarayı hiç bırakmayan hastaların yarısından fazlası FNBT puanına göre nikotin bağımlılık düzeyi yüksek veya çok yüksek grupta olduğu saptanmıştır. Sigarayı

bırakamayan hastaların nikotin bağımlılık düzeyinin yüksek olması bu hastaların profesyonel yardım almasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların çoğunun yaşadığı evde kendinden başka sigara kullanan olmadığı tespit edilmiştir. Evde kendisinden başka sigara içen kişinin olması durumuyla hastaların sigara bırakma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ankara’da benzer bir grupta yapılan başka bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak tüm katılımcıların yarısının evinde kendisinden başka sigara içen kişi olduğu bulunmuştur (107). Her iki çalışmada da oranlar farklı olmasına rağmen evde kendisinden başka sigara içen kişinin olup olmamasıyla sigarayı bırakma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum sigara kullanımının kişinin bireysel kararı olması ve toplumun sosyokültürel yapısıyla açıklanabilir. Kanatsız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaysa hastaların yarıya yakınının evinde kendisinden başka sigara içen kişi olduğu bulunmuştur (114). Bizim çalışmamızdan farklı olarak evde sigara içilmesinin sigara bırakma başarısını azalttığı bulunmuştur. Kendi çalışmamızdaki sigarayı bırakamamanın en sık sebeplerinden biri hastanın çevresinde sigara içen kişilerin varlığıdır. Hastaların verdikleri bu cevabın sıklığından ve farklı çalışmalardaki sonuçlardan yola çıkarak hastanın çevresinde sigara içen birinin bulunmaması, hastayı sigara bırakmaya daha çok teşvik edebilir.

Çalışmamızda katılanların çoğu ramazan döneminde sigara kullanımlarının arttığını veya değişmediğini belirtmiştir. Edirne’de yapılan bir çalışmada katılımcıların %68,9’u ramazanda sigara kullanımını azalttığını, %31,1’i ramazan döneminde sigara kullanımının değişmediğini veya sigara kullanımını arttırdığını söylemiştir (115). Ramazan döneminde sigara kullanımında azalma olanların ve olmayanların paket-yıl, FNBT puanı ve günde içilen sigara sayıları benzer bulunmuştur. Ancak sigara kullanmaya devam edenlerde ramazan döneminde sigara kullanımında anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür ($p=0,001$).

Pandemi sebebiyle uygulanan sokağa çıkma yasaklarında katılımcıların tamamına yakını sigaraya ulaşmakta sıkıntı yaşamadığını belirtmiştir. Sigaraya ulaşmakta sıkıntı yaşayanlarla sıkıntı yaşamayanlar arasında Fagerström nikotin bağımlılık skoru ve günlük içilen sigara sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakat pandemi döneminde sigara bulmakta sıkıntı

yaşamayanların paket-yıl sayısı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,017$). Sigaraya ulaşmakta sıkıntı yaşayanların çoğu öğrenci veya ailesiyle yaşayıp sigara içtiğini etrafından saklayan kişilerdir. Geri kalanlar ise sokağa çıkma yasağı başlamadan önce hafta sonu içeceği sigara sayısını hesaplayarak daha önceden stokladıklarını ifade etmişlerdir. Bu kişiler sigarayı bir temel ihtiyaç gibi değerlendirip sokağa çıkma yasağı öncesinde yiyecek ve içecek hazırlığı yapar gibi sigarayı da temin ettikleri görülmektedir.

Katılımcıların birçoğu sokağa çıkma yasağı olduğu zamanlarda günlük içtikleri sigara sayısının arttığını veya değişmediğini söylemiştir. Günlük içtikleri sigara sayısı artan veya değişmeyenlerle, günlük içtikleri sigara sayısı azalanların Fagerström nikotin bağımlılık puanı, normalde günlük içtikleri sigara sayısı ve hastaların paket-yıl sayıları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat katılımcıların büyük çoğunluğunun eve kapandığında gün içinde yapacak bir şey bulamayıp sigaraya yöneldikleri görülmektedir. Bu kişiler psikososyal destek tedavisi yardımıyla boş zamanlarında farklı alışkanlıklara yönlendirilebilir.

Çalışmamızda sigara bırakma konusunda başarısız olanların tekrar sigara bırakma polikliniğine başvurma düşünceleri de sorgulanmıştır. Katılımcıların çoğu tekrar polikliniğe başvurmayı düşündüklerini ifade etmiştir. Ankara'da 2017 yılında benzer bir grupta yapılan çalışmada da sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurmak isteyenlerin sayısının daha fazla olduğu görülmektedir (88). Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamızdaki gibi sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurmayı düşünenlerin oranı daha yüksek çıkmıştır (116). Çalışmamızda sigara bırakma polikliniğe tekrar başvurmayı düşünenlerin oranının yüksekliği olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Katılımcıların sigaradan kurtulmak için hala çabaladıkları ve istekli oldukları şeklinde kabul edilebilir.

Çalışmaya katılanların çoğu pandemi döneminde bilgisayar, akıllı telefon ve sosyal medya kullanımında değişiklik olmadığını belirtti. Çin'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %16,6'sının günlük internet kullanımlarının arttığı, %46,8'inin ise internet bağımlılığının arttığı tespit edilmiştir (117). Pandemi döneminde ve sokağa çıkma yasaklarında bilgisayar, telefon ve sosyal medya kullanımının çoğu hastada pandemi öncesindekiyle benzer olması, insanların işlerini

evden yapmaya başlaması ve öğrencilerin uzaktan eğitime geçmesiyle açıklanabilir. Çalışmamızda da pandemi döneminde çalışan insanların çoğu günlük mesai saatlerinin değişmediğini belirtmiştir. Ayrıca pandemi döneminde bilgisayar, telefon ve sosyal medya kullanımının sigara kullanım durumuyla ilişkisi gruplar arasında sayı yetersizliği olduğu için istatistiksel olarak çalışılmamıştır.

Literatür taraması yaparken çalışmamızda bazı eksiklikler tespit edilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların tedaviye ne zaman başladıkları sorgulanmamıştır. Bu sebeple tedavilerinin pandemi döneminde mi yoksa pandemi dönemi öncesinde mi bittiği öğrenilememiştir. İlaç tedavisini tamamlamayanların neden tamamlamadıkları sorgulanmamıştır. Bu sebeple ilaca devamsızlığın pandemiyle ilişkili olup olmadığı öğrenilememiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada eğitim düzeyinin ve vareniklin kullanımının sigara bırakmada etkili olduğu gösterilmiştir. Lise ve altı eğitim düzeyindeki kişilerde sigara içme durumu, eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanlara göre yüksek bulunmuştur. Eğitim, önce aileden başlayıp sonra okulda devam eden, hem bireyi hem de toplumu ilgilendiren önemli bir faktördür. Her konuda önemli olmasının yanı sıra sigara bırakma konusunda da eğitimin ne kadar önemli olduğu çalışmamızda gösterilmiştir.

Çalışmamızdaki katılımcılardan vareniklin kullanmayanların sigara içmeye devam etme durumu vareniklin kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur. Vareniklin, sigara bırakma tedavisinde önemli bir tedavi seçeneği olup uygun hastalarda tercih edildiğinde sigara bırakma başarısını arttırdığı gösterilmiştir.

Çalışmamızda cinsiyet, medeni hal, çocuk sahibi olup olmama durumu, kimin isteğiyle sigara bırakma polikliniğine başvurulduğu, FNBT puanı, paket-yıl sayıları, günlük içilen sigara sayıları, pandemi döneminde çalışma durumu, evde kendinden başka sigara kullanan birinin varlığı, pandemi döneminde sigara kullanma isteği, pandemi döneminde sigara bırakma motivasyonu ve sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurma düşüncesinin sigara bırakmaya bir etkisi olmadığı görülmüştür. Sigara kullananların demografik verilerinin toplanmasının, sigara bıraktırma politikaları için yol gösterici olacağını düşünmekteyiz.

Sigara bırakma polikliniğimize çoğunlukla orta yaştaki kişiler başvurmuştur. Sigara kullanıcılarına mümkün olan en erken zamanda, doğru ve etkin bir yaklaşımla profesyonel olarak sigara bırakma tedavisi verilirse bu kişiler henüz hastalık oluşmadan korunmuş olurlar.

Sigara birçok hastalığın risk faktörüdür. Aile hekimliğinin en temel işlevlerinden biri koruyucu hekimliktir. Sigara kullanımının bırakılması, koruyucu hekimliğin temel görevlerinden biridir. Sigara bıraktırma sertifikası olan aile hekimleri sigara bırakmaya yönelik tedavileri birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlarda sağlayabilmektedirler. COVID-19 pandemisinde 2. ve 3. basamak hastanelerde sağlık gücü daha çok pandemiye karşı yoğunlaştırılmıştır. Bu

sebeple sigara bıraktırmaya yönelik tedaviler bu merkezlerde eksik bırakılmıştır. Hem ulaşımın kolay olması hem de koruyucu hekimlik hizmetlerinin aile hekimlerinin asıl görevi olması sebebiyle bu dönemde aile hekimleri sigara bıraktırma açısından daha aktif rol almalıdırlar. Aile hekimlerinin sigara bıraktırma sertifikası alıp bu konudaki tedavi ve takipleri daha aktif şekilde yürütmeleri teşvik edilmelidir.

Pandemi döneminde 2. ve 3. basamak hastanelerde çalışmamızı yaptığımız sigara bırakma polikliniği gibi birçok sigara bırakma polikliniği hizmet verememiştir. Bu dönemde bu polikliniklere kayıtlı olanlar veya başvurmayı düşünenlerin tedavisi düzenlenememiştir. Bu polikliniklerin tamamen kapatılması yerine COVID-19 pandemisi döneminde gündeme gelen tele-tıp uygulamasıyla sesli veya görüntülü olarak bu hastaların takipleri yapılabilir. Fakat 2. ve 3. basamak hastanelerde uzaktan çok sayıda hastanın takip edilmesi yerine sınırlı sayıda hastayı ömürleri boyunca takip eden aile hekimlerinin bu uygulamayı sürdürmeleri daha kolay ve daha yetkin yapabileceği görüşündeyiz. Aile hekimleri ve takip ettikleri kişilerin uzun yıllar boyunca oluşan hekim-hasta arasındaki güven ilişkisi sayesinde hem sigara bırakma tedavisinin hem de tele-tıp uygulamasının sürdürülebilirliği daha kolay olabilir. Bu da hastaların sigara bırakma başarisını yükselterek ileride oluşabilecek komorbiditelerin önüne geçebilir.

Sigara kullananların birçoğu sigarayı bırakmayı istemektedirler. Özellikle nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olan hastaların, sigara bırakma açısından profesyonel olarak yardım almaları önemlidir. Bu yüzden pandemi döneminde dahi olsa sigara bırakma polikliniklerinin göz ardı edilmemesi gerekir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use. 2019.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Journal of Psychiatry. 1996;153:1-31.
3. Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report. JAMA: Journal of the American Medical Association. 2000.
4. Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu 2014 [Available from: <https://toraks.org.tr/site/community/downloads/1656>].
5. Manish P, Michael S. Smoking cessation. Annals of internal medicine. 2016;164(5):ITC33-ITC48.
6. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. New England Journal of Medicine. 2002;346(7):506-12.
7. Er B, Çadırcı D, Oturakçioğlu E, Çelik K, Ayazöz Y. Tıp fakültesi dahili bilimler asistanlarının sigara bıraktırma tedavisi hakkında bilgileri ve tutumları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2020;24(3):138-45.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 2020 [Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html>].
9. Sönmez Ö, Taşdemir ZA, Kara HV, Akçay Ş. COVID-19 ve Tütün. Euroasian Journal of Pulmonology. 2020;22.
10. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. Tobacco induced diseases. 2020;18.
11. Cai H. Sex difference and smoking predisposition in patients with COVID-19. The Lancet Respiratory Medicine. 2020;8(4):e20.
12. Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. 2011:21-3.

13. Ersan A. Tütün Sektör Profili. İstanbul Ticaret Odası, Etüt ve Araştırma Şubesi. 2004.
14. Güzel A. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri Gerçekten Şeytan Otu Mu? Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4 (1):22-6.
15. Ritchie H, Roser M. Smoking 2019 [Available from: <https://ourworldindata.org/smoking#prevalence-of-smoking-across-the-world>].
16. Oğuz S, Çamcı G, Kazan M. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanım sıklığı ve sigaranın neden olduğu hastalıkları bilme durumu. Van Tıp Dergisi. 2018;25(3):332-7.
17. Pişkinpaşa N, Pişkinpaşa ME. Polis Hastalarda Sigara İçme Alışkanlığı İle İrritabl Barsak Sendromu İlişkisi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.4(1):24-6.
18. Bilir N. Sigara ve kanser. 2008.
19. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdinç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. Tüberküloz ve Toraks dergisi. 2006;54(1):43-50.
20. Kırkıl G, Deveci F, Turgut T, Muz, M Hamdi, Kaçar C. Akciğer Kanserinin Epidemiyolojik Özelliklerinin Retrospektif Olarak Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi. 2005.
21. Dülek H, Vural ZT, Gönenç I. Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. 2018;9(2):53-8.
22. Cumberbatch MG, Rota M, Catto JW, La Vecchia C. The role of tobacco smoke in bladder and kidney carcinogenesis: a comparison of exposures and meta-analysis of incidence and mortality risks. European urology. 2016;70(3):458-66.
23. Antoni S, Ferlay J, Soerjomataram I, Znaor A, Jemal A, Bray F. Bladder cancer incidence and mortality: a global overview and recent trends. European urology. 2017;71(1):96-108.
24. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks dergisi. 2006;7(1):51-64.

25. Blbl HS, Ceyhun G. Pasif sigara iiciliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2006;10(3):123-8.
26. Kanıt L, Keser A, Aytemur ZA, Akcay Ő, O E. Tütün ve Tütün Kontrolü. Ankara: Türk Toraks Derneği Yayını. 2010;10:141-56.
27. Subramanian J, Govindan R. Lung cancer in never smokers: a review. Journal of clinical oncology. 2007;25(5):561-70.
28. Ceyhun AG, Bülbül SH. Passive Cigarette Smoking. Turkish Journal of Family Practice. 2007;10(3):123-8.
29. Erim RE, BaydaŐ B. Genç yetişkinlerde pasif sigara maruziyetinin diyet kalitesine, oksidatif stres indeksine ve beslenme durumuna etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2017;31(1):01-10.
30. Bildik HN, Bilgin E, Demirdöğen E, Yıldız E, Aslan D, Yalçın S, et al. Çocuklar sigara dumanından pasif etkilenim açısından risk altında mı?: bir ilköğretim okulu deneyimi. 2008;51(3):147-52.
31. Argüder E, Abuzaina O, Bakır H, Karalezli A, Hasanoglu HC. Hasta Ve Yakınlarının Pasif Sigara İiminin Oluşturduğu Sağlık Sorunları Hakkındaki Farkındalığı. Ankara Medical Journal. 2019;19(2):213-25.
32. US Department of Health. National Center for Chronic Disease Prevention Health Promotion, Division of Nutrition Physical Activity. Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. 1999;1.
33. Guindon GE, Tobin P, Lim M, Boisclair D. The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature. World Health Organization. 2006.
34. Edis EC, Karlıkaya C. The cost of lung cancer in Turkey. Tuberkuloz ve Toraks Dergisi. 2007;55(1):51-8.
35. BaŐol E, Songl C. Ttn Tketiminin Ekonomik Etkileri ve Ttn Kontrol Politikaları zerine Bir İnceleme. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;4(7).
36. Tütün Ekspertleri Derneği. Tütün Raporu. 2016.
37. Sağlık Bakanlığı. Yılı Bütçe Sunumu TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. Retrieved November 27, 2018. 2018.

38. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Müdürlüğü Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıha Mektebi. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu. 2013.
39. Algün E, Şekeroğlu R, Erkoç R, Özbek H, Alıcı S, İlhan M, et al. Sigara içen sağlıklı gönüllülerde çeşitli aterosklerotik risk faktörlerinin araştırılması ve düşük doz ACE inhibitörü kullanımının bu parametreler üzerine etkisi. Van Tıp Dergisi. 1999;6(3):10-4.
40. World Health Organization. Tütün salgini nasıl kontrol edilir? Tütün kontrolünde sağlık profesyonellerinin rolü. 2005.
41. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest. 2002;121(3):932-41.
42. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Archives of Lung. 2003;4(4):225-34.
43. Bozkurt N, Bozkurt Aİ. Nikotin bağımlılığını belirlemede Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin (FBNT) değerlendirilmesi ve nikotin bağımlılığı için yeni bir test oluşturulması. Pamukkale Tıp Dergisi. 2016(1):45-51.
44. Demirbaş N, Kutlu R. Sigaranın akciğer yaşı ve solunum fonksiyon testleri üzerine olan etkisi. Cukurova Medical Journal. 2018;43(1):155-63.
45. TC Sağlık Bakanlığı. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye 2012. 2014(948).
46. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. 2015;97.
47. US public health service report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. American journal of preventive medicine. 2008;35(2):158-76.
48. Çolak M, Aslaner MA. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Olan Hastaların Tedavi Devamlılıkları ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2019;19(3):498-504.

49. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. 2004;3(3).
50. Fiore MC, Kenford SL, Jorenby DE, Wetter DW, Smith SS, Baker TB. Two studies of the clinical effectiveness of the nicotine patch with different counseling treatments. *Chest*. 1994;105(2):524-33.
51. Rakel RE. *Aile Hekimliği*: Elsevier; 2019. 1133-51 p.
52. Richmond RL, Kehoe L, Neto ACdA. Three year continuous abstinence in a smoking cessation study using the nicotine transdermal patch. *British Medical Journal*. 1997;78(6):617-8.
53. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Medical Association Journal*. 2008;179(2):135-44.
54. Cleland JG, Ghosh J, Freemantle N, Kaye GC, Nasir M, Clark AL, et al. Clinical trials update and cumulative meta-analyses from the American College of Cardiology: Watch, Scd-Heft, Dinamit, Casino, İnspire, Stratus-Us, Rio-Lipids and cardiac resynchronisation therapy in heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 2004;6(4):501-8.
55. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and meta-analysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. *Tobacco Induced Diseases*. 2010;8(1):8.
56. Covey LS, Sullivan MA, Johnston JA, Glassman AH, Robinson MD, Adams DPJD. Advances in non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. *Drugs*. 2000;59(1):17-31.
57. Benowitz NL, Peng MW. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. *CNS Drugs*. 2000;13(4):265-85.
58. Cornuz J. Smoking cessation interventions in clinical practice. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2007;34(4):397-404.
59. Wilkes S. The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2008;3(1):45.

60. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews. 2014(1).
61. Swan GE, McAfee T, Curry SJ, Jack LM, Javitz H, Dacey S, et al. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial. Archives of Internal Medicine. 2003;163(19):2337-44.
62. Keating GM, Siddiqui MAA. Varenicline. CNS drugs. 2006;20(11):945-60.
63. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, 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: Journal of the American Medical Association. 2006;296(1):56-63.
64. Obach RS, Reed-Hagen AE, Krueger SS, Obach BJ, O'Connell TN, Zandi KS, et al. Metabolism and disposition of varenicline, a selective $\alpha 4\beta 2$ acetylcholine receptor partial agonist, in vivo and in vitro. Drug metabolism disposition. 2006;34(1):121-30.
65. Evins AE, Cather C, Pratt SA, Pachas GN, Hoepfner SS, Goff DC, et al. Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a randomized clinical trial. JAMA: Journal of the American Medical Association. 2014;311(2):145-54.
66. Cerimele JM. Tobacco Cessation. The American Journal of Psychiatry. 2011.
67. European Centre for Disease Prevention and Control. Cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus, Wuhan, China 2020 [Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk%20assessment%20-%20pneumonia%20Wuhan%20China%2017%20Jan%202020.pdf>].
68. World Health Organization. Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report – 22 2020 [Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2].

69. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. 2020.
70. Hammett E. How long does Coronavirus survive on different surfaces? *British Dental Journal*. 2020;7(5):14-5.
71. Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, Azman AS, Lauer SA, Baysson H, et al. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. *The Lancet*. 2020.
72. Havers FP, Reed C, Lim T, Montgomery JM, Klena JD, Hall AJ, et al. Seroprevalence of antibodies to SARS-CoV-2 in 10 sites in the United States, March 23-May 12, 2020. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2020;180(12):1576-86.
73. Bulut C, Kato Y. Epidemiology of COVID-19. *Turkish journal of medical sciences*. 2020;50(SI-1):563-70.
74. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2020;323(13):1239-42.
75. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiology of COVID-19 among children in China. *Pediatrics*. 2020;145(6).
76. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. 2020;41(2):145.
77. McIntosh K, Hirsch M, Bloom A. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention. *Lancet*. 2020;1:2019-20.
78. Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, et al. Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2020;323(18):1843-4.
79. Kujawski SA, Wong KK, Collins JP, Epstein L, Killerby ME, Midgley CM, et al. Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with

- coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nature Medicine*. 2020.
80. He X, Lau EH, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature medicine*. 2020;26(5):672-5.
 81. Mancuso P, Venturelli F, Vicentini M, Perilli C, Larosa E, Bisaccia E, et al. Temporal profile and determinants of viral shedding and of viral clearance confirmation on nasopharyngeal swabs from SARS-CoV-2-positive subjects: a population-based prospective cohort study in Reggio Emilia, Italy. *British Medical Journal*. 2020;10(8):e040380.
 82. Wei WE, Li Z, Chiew CJ, Yong SE, Toh MP, Lee VJ. Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2—Singapore, January 23–March 16, 2020. *Morbidity Mortality Weekly Report*. 2020;69(14):411.
 83. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Infection*. 2020.
 84. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, Liang W-h, Ou C-q, He J-x, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*. 2020;382(18):1708-20.
 85. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 2020;395(10223):507-13.
 86. Kronbichler A, Kresse D, Yoon S, Lee KH, Effenberger M, Shin JI. Asymptomatic patients as a source of COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. *International journal of infectious diseases*. 2020;98:180-6.
 87. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(12):1177-9.

88. Kıdık E. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 1-3 Yıllık süreçteki sigara bırakma durumları (Uzmanlık Tezi). 2017.
89. Bayman E. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarda başarısızlığa neden olan faktörlerin belirlenmesi (Uzmanlık Tezi) 2016.
90. Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, Rossi JS, Gritz ER, Carr CR, et al. Debunking myths about self-quitting: Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *American Psychologist*. 1989;44(11):1355.
91. Solak ZA, Telli CG. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Toraks dergisi*. 2003.
92. Cumhuriyet VAS, Hek LE, Ta E. 2002-2018 yılları arasında cumhuriyet üniversitesi tıp fakültesi hastanesi, 2002-2018 yılları arasında. 2019.
93. Gören Y. Sigara bırakma polikliniği'ne başvuran ve bir yıllık süreçte sigara bırakma tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan hastalarda relaps nedenleri. 2019.
94. Altın E. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerin saptanması. 2019.
95. Tetik BK, Tekinemre IG, Taş S. The effect of the COVID-19 pandemic on smoking cessation success. *Journal of Community Health*. 2020:1-5.
96. Heerfordt C, Heerfordt I. Has there been an increased interest in smoking cessation during the first months of the COVID-19 pandemic? A Google Trends study. *Public health*. 2020;183:6.
97. 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.
98. Wee LH, West R, Bulgiba A, Shahab L. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop-smoking clinics in Malaysia. 2011;13(2):151-6.

99. Çan G, Öztuna F, Topbaş M, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniğinin üç yıllık başvuru sonuçlarının değerlendirilmesi. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(2):22-6.
100. 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.
101. Kanık MK, Tözün MJE. İzmir’de sigarayı bırakma polikliniklerine başvuranların sigara ve diğer tütün ürünleri kullanım özellikleri ve nikotin bağımlılık durumları. Halk Sağlığı Dergisi.5(1):84-95.
102. WHO. WHO global report on trends in tobacco smoking 2000-2025 - First edition [Available from: <https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/>].
103. WHO. WHO Prevalence of tobacco smoking 2016 [Available from: <https://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>].
104. Özşahin K, Ünsal A, Erdoğan F, Gereklioğlu Ç, Bakar C, Tokalak İ. Sigara bırakma üzerinde etkili faktörler: aile hekimliği poliklinik hastaları üzerinde bir çalışma. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(3):181-6.
105. Fidler J, Ferguson SG, Brown J, Stapleton J, West R. How does rate of smoking cessation vary by age, gender and social grade? Findings from a population survey in England. Addiction. 2013;108(9):1680-5.
106. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turkish Journal of Medical Sciences. 2012;42(3):515-22.
107. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kiliç H, Er M, Hasanoglu HC, et al. Sigara Bırakma Başarisini Etkileyen Faktörler/Factors Affecting the Success of Smoking Cessation. Türk Toraks Dergisi. 2013;14(3):81.
108. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2005;53(4):354-61.
109. Argüder E, Hasanoglu HC, Karalezli A, Kılıç H. Sigara bırakmaya eğilimi artıran faktörler. Tüberküloz ve Toraks dergisi. 2012;60(2):129-35.

110. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara oçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. *Toraks dergisi*. 2007;8(2):110-4.
111. Veliöglu U, Sönmez CI. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2018;45(1):35-41.
112. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*. 2000;55(12):987-99.
113. Bulat L. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara*. 2016.
114. Kanatsız B, Başlılar Ş, Şaylan B, Albay A, Uçak Basat S. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler ve Medikal Tedavilerin Değerlendirilmesi. *Eurasian Journal of Family Medicine*. 2017;6(2):65-71.
115. Çalıyurt O, Molla S, Vardar E, Abay E. Üniversite öğrencilerinde Ramazan dönemi oruç tutma davranışının benlik saygısı, sigara ve alkol kullanımına etkileri. *Bağımlılık Dergisi*. 2005;6(1):3-8.
116. Bayazit YS. Ankara eğitim ve araştırma hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 5 yıllık süreçteki sigara bırakma durumlarının değerlendirilmesi. 2019.
117. Sun Y, Li Y, Bao Y, Meng S, Sun Y, Schumann G, et al. Brief report: increased addictive internet and substance use behavior during the COVID-19 pandemic in China. *The American Journal on Addictions*. 2020;29(4):268-70.

8. EKLER

EK 1. Katılımcı Anket Formu

COVID-19 SALGINI DÖNEMİNDE SİGARA BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNE ARA VERİLEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dosyadan alınacak bilgiler:

1. Hastanın Dosya Numarası:
2. Yaş: Cinsiyet: Kilo: Boy:
3. Meslek:
4. Medeni Hali:
 - A) Evli
 - B) Bekar
 - C) Dul
5. Çocuk:
 - A) Var (Yaşlarını belirtiniz:.....)
 - B) Yok
6. Eğitim Durumu:
 - A) Okur-Yazar değil
 - B) İlkokul
 - C) Ortaokul
 - D) Lise
 - E) Üniversite
 - F) Lisansüstü
7. Sigara bırakmak için kaçınıcı girişimi?
8. Sigara polikliniğimize kaç seans başvurdu?
Yüz yüze:..... Telefon:.....
9. Polikliniğe
 - Yakınının Israrıyla Geldi ()
 - Kendi İsteğiyle Geldi ()
 - Doktor önerisiyle geldi ()

10. Kullandığı sigara miktarı ve süresi nedir?(.....yıldır, gündeadet)

11. Fagerström puanı:.....

12. Sigara Bırakma Polikliniğinde Önerilen Tedavi Yöntemi:

- A) NRT (Nikotin Replasman Tedavisi): Nikotin Sakızı, Nikotin Bandı v.s.
- B) Vareniklin (Champix)
- C) Bupropion (Zyban)
- D) Psikososyal Destek Tedavisi
- E) Diğer.....

Hastaya sorulacak sorular

13. Sigarayı Bırakma Durumu:

- A) Tamamen Bıraktı (Süre belirtiniz.....)
- B) 6-12 Ay Bıraktı Sonra Tekrar Başladı
- C) 3-6 Ay Bıraktı Sonra Tekrar Başladı
- D) 1-3 ay Bıraktı Sonra Tekrar Başladı
- E) <1 Ay bıraktı Sonra Tekrar Başladı
- F) Hiç Bırakmadı

14. Şu an günde kaç adet tütün ürünü kullanıyorsunuz?(Gündeadet)

15. Sigarayı Tamamen Bırakmada Başarısız Olma Sebepleri (Birden Fazla Şık İşaretlenebilir.)

- A) Sağlık kuruluşuna başvuramamak
- B) İlacı temin edememek
- C) Sosyal desteğin yetersiz kalması
- D) Stres
 - Yakın Kaybı
 - Aile Sorunları
 - İş Problemleri, İşsizlik
 - Hastalık
 - 1. Yakınının Hastalığı
 - 2. Kendi Hastalığı
- E) Yoksunluk Belirtileri(uykusuzluk, sinirlilik, mutsuzluk, sigara arama davranışı, titreme, diş gıcırdatma gibi)
- F) Kilo Alma
- G) Sigara Bırakmak İçin Kullandığı Tedavinin Şu Yan Etkisi Oldu:
- H) Kahvaltıdan Sonraki Sigaradan Vazgeçemiyor
- İ) Uyandıktan Sonraki Sigaradan Vazgeçemiyor

- J) Son Zamanlarda Psikolojik Açından Kendini İyi Hissetmiyor, Sigara İyi Geliyor
- K) Çevresinde Sigara İçen Kişiler Var
- L) Sigara içmek, Boş Vakitlerinde Sık Sık Aklına Geliyor
- M) Sigara Kokusu Alınca Sigara İçmek Aklına Geliyor
- N) Diğer (.....)
- O)

16. COVID salgını öncesinde çalışıyorsanız COVID salgını döneminde çalışmaya devam ettiniz mi?

- A) Evet
- B) Hayır

17. COVID döneminde mesai saatleri ve şartlarınızda değişiklik oldu mu?

- A) Arttı
- B) Değişmedi
- C) Azaldı

18. Yaşadığınız evde sizden başka sigara kullanan var mı?

- A) Evet
- B) Hayır

19. Cevabınız evet ise kimler kullanıyor?

- A) Eşi
- B) Ebeveynleri
- C) Çocuğu
- D) Diğer.....

20. Evde sigara kullanan varsa günde kaç adet kullanıyor? (Birden fazla birey varsa, toplam miktar: Günde.....adet)

21. (İlaç kullanıyorsa) kullandığınız ilaca devam edebildiniz mi?

- A) Evet
- B) Hayır

22. (Evet ise) ilacı nasıl temin ettiniz?

- A) Eczaneden parayla aldım.
- B) İlaç kullanan yakınımdan aldım.
- C) Elimde yeterince ilaç vardı.

23. Pandemi sürecinde sigara kullanma isteğinizde değişiklik oldu mu?

- A) Arttı
- B) Azaldı
- C) Değişiklik olmadı

- 24. Pandemi sürecinde sigara bırakma konusunda motivasyonunuzda değişiklik oldu mu?**
- A) Arttı
B) Değişmedi
C) Azaldı
- 25. Sigaraya tekrar başlamanızda/bırakamamanızda covid-19 enfeksiyonu veya sokağa çıkma yasağının etkili olduğunu düşünüyor musunuz?**
- A) Evet
B) Hayır
- 26. Ramazan döneminin sigara kullanımınıza etkisi oldu mu?**
- A) Arttı
B) Değişmedi
C) Azaldı
- 27. Sigara kullanıyorsanız COVID döneminde sigaraya ulaşmakta sıkıntı yaşadınız mı?**
- A) Evet
B) Hayır
- 28. Sokağa çıkma yasaklarında içtiğiniz sigara sayısında değişiklik oldu mu?**
- A) Arttı
B) Değişmedi
C) Azaldı
- 29. İmkan olduğunda sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurmayı düşünüyor musunuz?**
- A) Evet
B) Hayır
- 30. Pandemi sürecinde bilgisayar, akıllı telefon vs. cihazları kullanımınızda değişiklik oldu mu?**
- A) Arttı
B) Değişmedi
C) Azaldı
- 31. Pandemi sürecinde sosyal medya kullanımınızda değişiklik oldu mu?**
- A) Arttı
B) Değişmedi
C) Azaldı

EK 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1- Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

- a) En çok 10 tane [0 puan]
- b) 11-20 tane [1 puan]
- c) 21-30 tane [2 puan]
- d) 31 tane [3 puan]

2- Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?

- a) En çok 5 dakika [3 puan]
- b) 6-30 dakika [2 puan]
- c) 31-60 dakika [1 puan]
- d) 60 dakikadan fazla [0 puan]

3- Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- a) Evet [1 puan]
- b) Hayır [0 puan]

4- En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

- a) Günün ilk sigarası [1 puan]
- b) Diğer herhangi biri [0 puan]

5- Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

- a) Evet [1 puan]
- b) Hayır [0 puan]

6- Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?

- a) Evet [1 puan]
- b) Hayır [0 puan]

[0-2 puan] çok düşük bağımlılık

[3-4 puan] düşük bağımlılık

[5 puan] orta derecede bağımlılık

[6-7 puan] yüksek bağımlılık

[8-10 puan] çok yüksek bağımlılık