



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**BİR GÖĞÜS HASTALIKLARI HASTANESİNİN SİGARA
BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN İZLEM
SONUÇLARI VE BU SONUÇLARA ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

**Dr. AYŞE GÜLSEN TEKER
UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL 2016



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**BİR GÖĞÜS HASTALIKLARI HASTANESİNİN SİGARA
BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN İZLEM
SONUÇLARI VE BU SONUÇLARA ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

Dr. AYŞE GÜLSEN TEKER

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. NİMET EMEL LÜLEÇİ

İSTANBUL 2016

ÖNSÖZ

Halk sağlığı araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladığım sürecin başından beri destek ve anlayışını esirgemeyen anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Melda Karavuş başta olmak üzere tüm hocalarıma, tezimi hazırladığım süreçteki yardımlarından ötürü tez danışmanım Prof. Dr. Nimet Emel Lülecî'ye; hocalarım Prof. Dr. Dilşad Save'ye, Prof. Dr. Pınar Ay'a, Doç. Dr. Seyhan Hıdıroğlu'na teşekkür ederim. Ayrıca Dr. Ayşegül Eren ve Hemşire Necla Örnek Hanım'a veri toplama sürecindeki destekleri için teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan ötürü mutluluk duyduğum araştırma görevlisi arkadaşlarım, farklı zamanlarda, farklı yerlerde yeniden bir araya gelmeyi, birlikte çalışmayı dilerim, teşekkür ederim, sizi tanımak güzeldi.

Hayatım boyunca ve eğitim sürecimde yanımda olan, destek veren ve fedakarlık eden aileme teşekkür ederim.

Ve her zaman, herkesten çok canım annem Gülüzar Teker'e varlığı için, bana verdiği her şey için teşekkür ederim. İyi ki varsın, seni seviyorum.

Son olarak; bu tez, bilime, akla, aydınlığa ufak da olsa bir katkı sağlaması için yazıldı umarım yerini bulur.

Ayşe Gülsen Teker

İstanbul, 2016

ÖZET

Giriş ve Amaç: Günümüzde tütün dünyada tek başına en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Her yıl tütün 5 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır. 2030 yılına gelindiğinde bu sayı 8 milyonu aşacaktır. Dünya genelinde sigara içen yaklaşık 1,5 milyar insanın üçte biri 10 ülkede yaşamaktadır. Türkiye de bu on ülke arasında yer almaktadır. Ülkemizde sigara içenlerin yarısından çoğu (%55,1) sigarayı bırakmayı planlamakta veya düşünmektedir. Bu amaçla hizmet veren sigara bırakma polikliniği sayıları ve bu polikliniklere yapılan başvuru sayıları gün geçtikçe artmaktadır. Ancak uzun dönemde sigara bırakma başarı oranları istenildiği gibi değildir. Bu araştırmanın amacı sigara bırakma polikliniğine yardım için başvuran hastaların ileriye dönük yapılacak uzun dönemli izlemlerinden elde edilecek bilgiler ışığında başarı oranlarını hesaplamak, sigara bırakma sürecinde karşılaştıkları zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı faktörleri belirlemek, bu yolla tütün kontrolü stratejilerine katkıda bulunmak ve tütün bırakma girişimlerinin başarısını artırmaktır.

Gereç ve Yöntem: İleriye dönük kohort türündeki bu araştırmada sigara bırakma polikliniğine başvuran 114 hasta 6 ay süresince izlenmiş, sigara içme konusundaki düşünce, algı ve davranışlarındaki özellikler belirlenmiş, izlem süresince sigaraya yeniden başlama durumu bir nefes de olsa sigara içme (kayma) kriterine göre hesaplanmış ayrıca sigara içilmeyen süreler de değerlendirilmiştir. Sigara bırakma durumu ve sigara içilmeyen süre değişkenleriyle ilişkili faktörler incelenmiş ve sigara bırakma sürecini kolaylaştıran veya zorlaştıran etkenler bulunmuştur. Çözümlemede Ki-kare, Student's t testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis önemlilik testleri, Kaplan Meier sağkalım analizi ve log rank testi; çok değişkenli analizlerde ise Cox regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan toplam 114 kişinin 30'u (%26,3) kadın, 84'ü (%73,7) erkektir. Kadınların yaş ortalaması 42,7 (ss=9,0) , erkeklerin yaş ortalaması 40,9 (ss=11,7)'dur. Katılımcıların sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması 16,4 (ss=4,2) olarak bulunmuştur. Katılımcılar sigara içmeye başlamalarındaki en sık nedenin 'arkadaş/çevre etkisi' olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kişilerin %87,7'si daha önce sigara bırakmayı düşünmüştü; %78,9'u ise bırakmayı denemiştir. Katılımcıların çoğunluğu topluma yönelik tütün bıraktırma yöntemlerinden hiçbirini etkin bulmadığını belirtmiştir. En etkin bulunan yöntem ise 'sigara paketlerinin üstündeki resimler ve uyarılar' olmuştur. Araştırmaya dahil edilen ve tüm süre boyunca izlemi yapılan 100 katılımcıdan altıncı ay sonunda sigarayı bırakan kişi sayısı 5'tir (%5). Sigara içilmeyen süre ortalaması birinci ayın sonunda 12,8 (ss=12,2); altıncı ayın sonunda 31,6 (ss=49,8) gündür. Eşi sigara içmeyen, 28 gün ve üzerinde tedavi kullanan, tedavi şekli vareniklin olan katılımcıların sigara içmedikleri süreler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha uzun olup bupropion kullanıcılarında bu süre diğer tedavi şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kısadır. Çoklu analizlerde de eşin sigara içmemesi, tedavi süresinin uzun olması, tedavi seçeneği olarak vareniklin kullanımı sigara bırakma başarısını olumlu etkileyen faktörler olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bu araştırma göstermiştir ki hastalara doğru tedavinin sunumunun yanında hastanın bu tedaviyi yeterli süre kullanmasının sağlanması da tütün bırakma sürecinde önem taşımaktadır. Tütün kullanan partnerlerin birlikte tedavi edilmesi ya da tütün kullanmayan partnerin eşinin tedavi sürecine aktif olarak katılmaya teşvik edilmesi tütün bırakma başarısını yükseltebilir. Bu araştırmada sigara bırakma durumu kayma kriterine göre değerlendirildiği için sigara bırakma başarısı diğer araştırmalardan düşük bulunmuştur. Buna rağmen katılımcıların ilk ayda sigara içmedikleri süre ortalamasının sadece 12,8 gün oluşu da sigara bırakma sürecinde erken dönemin ve bu dönemde hastanın yakın izleminin ne kadar kritik olduğunu gözler önüne sermiştir. Topluma yönelik tütün bıraktırma yöntemlerinden sigara paketleri üzerindeki

resim ve uyarı yazılarının etki biçimi üzerine daha çok araştırma yapılması ve bu uyarılardan daha etkili bulunanların daha fazla kullanılması müdahalenin etkinliğini artırabilir.

ANAHTAR KELİMELER: sigara içme, tütün kontrolü, sigara bırakma, sigara bırakma polikliniği, sigara bırakma tedavisi



ABSTRACT

Introduction and Objectives: In our day, tobacco itself is the most important preventable cause of death in the world. Each year, tobacco causes death of more than 5 million people. This number will exceed 8 million by 2030. Across the globe, one third of approximately 1.5 billion people who are smoking live in 10 countries, which involves Turkey. More than half (55.1%) of the smokers in our country are planning or thinking to quit smoking. Smoking cessation outpatient clinics which are providing services for this purpose, and admissions to these clinics are increasing day by day. However, long term smoking cessation rates are unsatisfactory. The aim of this research is to calculate success rates for the patients who admitted to smoking cessation outpatient clinic in light of the data that will be obtained from prospective long-term follow-ups, to determine the complicating and facilitating factors that are encountered during smoking cessation process, thereby to contribute to tobacco control strategies, and to increase the success of tobacco cessation interventions.

Materials and Methods: In this prospective cohort-type research, 114 patients who admitted to smoking cessation outpatient clinic were followed up for 6 months, their aspects of thoughts, perception and behaviors on smoking were determined, status of restarting smoking during follow-up was calculated based on even if smoking just a breath (slip) criterion, and also the periods without smoking were evaluated. Factors related with variables regarding status of smoking cessation and periods without smoking were examined, and factors complicating or facilitating the smoking cessation process were found. Chi-square, Student's t test, Mann Whitney U, Kruskal Wallis significance tests, Kaplan-Meier survival analysis and log-rank test were used for the analyses; and Cox regression analysis was used for the multivariate analyses.

Findings: Out of total 114 people participating the research, 30 (26.3%) are women, 84 (73.7%) men. The average age of women is 42.7 (sd=9.0), and the average age of men is 40.9 (sd=11.7). Average age of the participants to start smoking was found to be 16.4 (sd=4.2). Participants reported the most common reason to start smoking as 'peer/group influence'. 87.7% of the participants previously thought to stop smoking; and 78.9% of them tried to stop smoking. Majority of the participants stated that they are not thinking the tobacco cessation methods for society as effective. The most effective found method was 'the images and warnings on cigarette packages'. 5 (5%) out of 100 participants who were included into the research and followed-up for whole period, stopped smoking at the end of month six. The average period without smoking is 12.8 (sd=12.2) days at the end of month one; and 31.6 (sd=49.8) days at the end of month six. The periods without smoking for participants whose spouses do not smoke, who used treatment for 28 days and more, and whose type of treatment is varenicline were statistically significantly longer, while this period in bupropion users were statistically significantly shorter compared to other types of treatment. Also in multivariate analyses, non-smoker spouse, long treatment period, and varenicline use as treatment option were found to be factors positively affecting the smoking cessation success.

Conclusion: This research have shown that in addition to provision of proper treatment to patients, ensuring that the patient uses this treatment for a sufficient amount of time is also important in tobacco cessation process. Concomitant treatment of tobacco using partners or encouraging the non-smoker partner to actively participate in treatment process of his/her spouse may increase the success rate of tobacco cessation. As smoking cessation status was evaluated based on slip criterion in this research, smoking cessation success was found to be lower compared to other researches. Despite this, the fact that average period without smoking for the participants in the first month was 12.8 days, have revealed that early period and close follow-up of the patient in this period very critical in smoking cessation process. More research on the mode of effect of image and warning texts on

cigarette packages, a method of smoking cessation towards society, and using the more effective found ones more may increase the efficacy of the intervention.

KEYWORDS: smoking, tobacco control, smoking cessation, smoking cessation outpatient clinic, smoking cessation treatment



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Önsöz	i
Özet	ii
Abstract	v
Kısaltmalar	x
Tablolar	xi
Şekiller	xiv
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Tütün Nedir? Tütünün İçeriği ve Tarihçesi	3
2.1.1. Tütün nedir?	3
2.1.2. Tütünün İçeriği	3
2.1.3. Tütünün Tarihçesi	4
2.2. Tütün Bağımlılığı ve İnsan Sağlığına Olumsuz Etkileri	5
2.2.1. Tütün Bağımlılığı	5
2.2.2. Tütünün İnsan Sağlığına Olumsuz Etkileri	7
2.3. Dünyada Tütüne Bağlı Morbidite, Mortalite ve Hastalık Yükü	11
2.4. Türkiye’de Tütüne Bağlı Morbidite, Mortalite ve Hastalık Yükü	11
2.5. Dünya’da Tütün Ürünü Kullanımı Sıklığı	12
2.6. Türkiye’de Tütün Ürünü Kullanımı Sıklığı	13
2.7. Tütün Kontrolü	16
2.8. Tütün Bağımlılığı Tanısı, Değerlendirilmesi ve Tedavisi	21
2.8.1. Tütün Bağımlılığının Tanısı	21
2.8.2. Tütün Bağımlılığının Değerlendirilmesi	22
2.8.3. Tütün Bağımlılığının Tedavisi	27
2.9. Türkiye’de Tütün Kontrolü Programları	32
3. Gereç ve Yöntem	35
3.1. Araştırmanın Tipi	35

	Sayfa
3.2. Araştırmanın Yeri	35
3.3. Araştırmanın Zamanı	35
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	36
3.5. Araştırmaya Alınan Kişilerin Özellikleri	37
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri	38
3.7. Araştırmanın Uygulama Aşamaları	38
3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi	40
3.9. Etik Kurul Onayı	40
4. Bulgular	41
4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri	41
4.2. Katılımcıların Tütün Kullanma Davranışları ile İlgili Özellikler	43
4.3. Katılımcıların Tütün Kullanmayı Bırakma Konusundaki Düşünceleri ve Özellikleri	50
4.4. Katılımcıların İzlem Süresince Tütün Kullanımı Değişimleriyle İlgili Bulgular	57
4.5. Katılımcıların İzlem Süresince Tütün Kullanımı Değişimleri ile İlgili Sağkalım Analizlerine Ait Bulgular	66
5. Tartışma	74
5.1. Tütün Kullanma Davranışı ile İlgili Özellikler	74
5.2. Tütün Kullanmayı Bırakma Konusundaki Düşünceler ve Özellikler	76
5.3. Tütün Kullanımı Değişimleri	79
6. Sonuçlar ve Öneriler	87
7. Kaynaklar	88
8. Ekler	96
Ek 1: Araştırmada Kullanılan Anket	96
Ek 2: İzlemlerde Kullanılan Anket	105
Ek 3: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	106
Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği	107
Etik Kurul Onayı	
İntihal Programı Raporu	

KISALTMALAR

IARC: The International Agency for Research on Cancer

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

VTA: Ventral Tegmental Alan

NA: Nükleus Akumbens

ÇTD: Çevresel Tütün Dumanı

DALY: Disability Adjusted Life Years

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GATS: Global Adult Tobacco Survey

CDC: The Centers for Disease Control and Prevention

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

DSM V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

CO: Karbonmonoksit

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DT: Davranış Tedavisi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ITC: International Tobacco Control Survey

GR: Göreli Risk

TABLolar

	Sayfa
Tablo 1. Tütün dumanında bulunan bazı karsinojen maddeler.	4
Tablo 2. Nikotin yoksunluk sendromu belirtilerinin süresi ve sıklıkları.	6
Tablo 3. Tütün kullanımının neden olduğu hastalıklar/ durumlar.	8
Tablo 4. Tütün kullanımının neden olduğu ölümcül olmayan hastalıklar/ durumlar.	9
Tablo 5. Çevresel tütün dumanı maruziyetinin neden olduğu hastalıklar/durumlar..	10
Tablo 6. Bazı GATS ülkelerinde sigara içme sıklıkları.	13
Tablo 7. Türkiye’de 15 yaş ve üzerinde cinsiyete göre tütün kullanım sıklıkları.	14
Tablo 8. Tütün bırakma evreleri.	25
Tablo 9. Tütün bırakma tedavisinde kullanılan birincil farmakolojik tedavi seçenekleri.	29
Tablo 10. Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları.	41
Tablo 11. Katılımcıların cinsiyetlerine göre günlük tükettikleri sigara sayılarının dağılımı.	43
Tablo 12. Katılımcıların cinsiyetlerine göre FNBT puan dağılımları.	44
Tablo 13. Katılımcıların yaş gruplarına göre FNBT puan dağılımları.	45
Tablo 14. Katılımcıların cinsiyetlerine göre sigaraya başlama yaşı değerleri.	45
Tablo 15. Katılımcıların tütün kullanmaya başlamasındaki nedenlerin sıklıkları.	46
Tablo 16. Katılımcıların tütün kullanmaya başlamalarındaki en önemli nedenlerin dağılımları.	47

	Sayfa
Tablo 18. Katılımcıların sigara içme isteklerini artıran en önemli nedenlerin dağılımları.	49
Tablo 19. Katılımcıların sigara içmeyi bırakmak istemelerindeki nedenlerin sıklıkları.	50
Tablo 20. Katılımcıların sigara içmeyi bırakmak istemelerindeki en önemli nedenlerin dağılımları.	52
Tablo 21. Katılımcıların sigara bırakma konusunda zorlayan nedenlerin sıklıkları.	53
Tablo 22. Katılımcıların sigara bırakma konusunda zorlayan en önemli nedenlerin dağılımları.	54
Tablo 23. Katılımcıların en etkin buldukları tütün bıraktırma müdahalelerinin dağılımı.	55
Tablo 24. Katılımcıların aile ve sosyal çevresindeki kişilerin sigara içme durumu.	56
Tablo 25. Yapılan her bir izlemin sonrasında katılımcıların sigara içme durumları ve sigara içmedikleri süreler.	57
Tablo 26. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sigara bırakma durumları.	58
Tablo 27. Katılımcıların aldıkları tedaviye göre dağılımları.	59
Tablo 28. Katılımcıların aldıkları tedavilere göre her bir izlem sonundaki sigara bırakma durumları.	60
Tablo 29. Katılımcıların sigara içmedikleri sürelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması.	60
Tablo 30. Katılımcıların sigara içmedikleri sürelerin aldıkları tedavilere göre karşılaştırılması.	61
Tablo 31. Sigara içilmeyen sürelerin nikotin sakızı ve nikotin bandı kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.	62
Tablo 32. Sigara içilmeyen sürelerin nikotin sakızı ve bupropion kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.	62

	Sayfa
Tablo 33. Sigara içilmeyen sürelerin nikotin sakızı ve vareniklin kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.	62
Tablo 34. Sigara içilmeyen sürelerin nikotin bandı ve bupropion kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.	63
Tablo 35. Sigara içilmeyen sürelerin nikotin bandı ve vareniklin kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.	63
Tablo 36. Sigara içilmeyen sürelerin bupropion ve vareniklin kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.	63
Tablo 37. Sigara içilmeyen sürelerin eşi sigara içen ve içmeyen katılımcılarda karşılaştırılması.	64
Tablo 38. Sigara içilmeyen sürelerin tedavi sürelerine göre karşılaştırılması.	65
Tablo 39. Tedavi şekillerine göre tedavi sürelerinin karşılaştırılması.	65
Tablo 40. Tedavi şekline göre sigara içilmeyen süre ortalama ve ortanca değerleri.	67
Tablo 41. Tedavi şekline göre sigara bırakmayı sürdürme karşılaştırmaları.	68
Tablo 42. Tedavi şekline göre sigara bırakmayı sürdürme karşılaştırmaları.	69
Tablo 43. Sigara içmeye yeniden başlama için risk faktörlerinin Cox regresyon analizi ile değerlendirilmesi.	71
Tablo 44. Katılımcıların sigaraya yeniden başlama nedenleri.	73
Tablo 45. Bu araştırmada ve daha önce yapılan bazı araştırmalarda izlem süresine ve tedavilere göre sigara bırakma başarıları.	81

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 1. Türkiye’de 2008 ve 2012’de cinsiyete göre tütün kullanımı sıklıkları.	15
Şekil 2. Türkiye’de 2008 ve 2012’de son 30 gün içindeki çevresel tütün dumanına maruziyet sıklıkları.	16
Şekil 3. Araştırmaya katılım şeması.	36
Şekil 4. Katılımcıların tütün kullanmaya başlamalarındaki en önemli nedenlerin dağılımı.	47
Şekil 5. Katılımcıların sigara içme isteklerini artıran en önemli nedenlerin dağılımı.	49
Şekil 6. Katılımcıların sigara içmeyi bırakmak istemelerindeki en önemli nedenlerin dağılımları.	51
Şekil 7. Katılımcıların sigara bırakma konusunda zorlayan en önemli nedenlerin dağılımları.	54
Şekil 8. Katılımcıların tedavilerini bırakma nedenlerinin dağılımı.	64
Şekil 9. Eşin sigara içme durumuna göre sigara bırakmayı sürdürme.	67
Şekil 10. Tedavi şekline göre sigara bırakmayı sürdürme.	68
Şekil 11. Tedavi süresine göre sigara bırakmayı sürdürme.	70

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Avrupa'nın tütünle tanışması tütünün Amerika'dan Christopher Colombus ve arkadaşlarına ait gemilerle taşınması ile olmuştur. Türkiye'ye tütün 1600'lü yılların başında İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tüccarlar aracılığı ile gelmiştir (1). Yüzyılları kapsayan bu tanışıklık süreci milyonlarca kişinin tütün bağımlısı olmasına ve bunun sonucu olarak ölmesine, hastalanmasına ya da sakat kalmasına neden olmuştur.

Bugün biliyoruz ki tütün dumanı, katran, nikotin, aromatik hidrokarbonlar, fenol, kresol, β -Naftilamin gibi bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4000'den fazla madde içerir (2). The International Agency for Research on Cancer (IARC) bu maddelerin 81 tanesinin karsinojen olduğunu bildirmiştir (3).

Günümüzde tütün dünyada tek başına en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Her yıl tütün 5 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır ki bu sayı tüberküloz, HIV/AIDS ve sıtmaya bağlı ölümlerin toplamından daha fazladır. 2030 yılına gelindiğinde bu sayı 8 milyonu aşacaktır. Tütün her altı saniyede bir kişinin ölümüne neden olmaktadır. Acil önlemler alınmadığı takdirde bu yüzyıl boyunca tütün kullanımı 1 milyar kişinin ölümüne neden olacaktır. Halen dünya genelinde her 10 ölümden bir tanesi sigara kullanımı nedeniyle olmaktadır. Tütün, kullanıcılarının üçte biri ile yarısının ölümüne neden olmaktadır ve bu kişiler 15 yıl kadar erken ölmektedir. Dünya genelinde sigara içen yaklaşık 1,5 milyar insanın üçte biri 10 ülkede yaşamaktadır. Türkiye de son sıradan da olsa bu on ülke arasında yer almaktadır (4).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın (KYTA) 2012 sonuçlarına göre Türkiye'de 15 ve üzeri yaştaki yetişkinler arasında tütün ürünü kullanım sıklığı %27,1'dir. Bu değer 14,8 milyon yetişkine karşılıktır. Erkeklerde (%41,5) tütün ürünü kullanımı kadınlara (%13,1) göre daha fazladır. Yaklaşık olarak 11,1 milyon erkek ve 3,6 milyon kadın sigara içmektedir (5).

Dünya Sağlık sÖrgütü (DSÖ)'nün önderliğinde, tütün salgınına karşı verilen savaşıta en büyük adımı oluşturan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) 2003 yılında hayata geçirilmiştir. TKÇS tütün kontrolünde tüm alanlardaki mücadele için yol gösterici niteliğindedir. Birleşmiş Milletler tarihinde en çok tarafa sahip olan bu antlaşmaya imza atan ülkelerden biri de Türkiye'dir. TKÇS'yi imzalayarak taraf olan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılıp, ülkelerindeki halkın sağlığını koruma konusunda söz vermişlerdir. Ülkelere bu yönde yardım etmek amacı ile DSÖ tarafından 2008 yılında Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER paketi hazırlanmıştır. Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır. Bu politikalardan biri de sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmektir (4).

Ülkemizde sigara içenlerin yarısından çoğu (%55,1) sigarayı bırakmayı planlamakta veya düşünmektedir (5). Bu amaçla hizmet veren sigara bırakma polikliniği sayıları ve bu polikliniklere yapılan başvuru sayıları gün geçtikçe artmaktadır. Ancak uzun dönemde sigara bırakma başarı oranları istenildiği gibi değildir.

Bu araştırmanın amacı sigara bırakma polikliniğine yardım için başvuran hastaların ileriye dönük yapılacak uzun dönemli izlemlerinden elde edilecek bilgiler ışığında başarı oranlarını hesaplamak, sigara bırakma sürecinde karşılaştıkları zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı faktörleri belirlemek, bu yolla tütün kontrolü stratejilerine katkıda bulunmak ve tütün bırakma girişimlerinin başarısını artırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün Nedir? Tütünün İçeriği ve Tarihçesi

2.1.1. Tütün nedir?

Tütün patlıcangiller (*solanaceae*) familyasından genellikle bir yıllık, bazı türleri çok yıllık bitkidir. Bitki sistematüğinde *solanaceae* familyasının *nicotiana* cinsi içerisinde yer alır. *Nicotiana* cinsine dahil yaklaşık 65 tür vardır. Bu türlerden sadece *Nicotiana tabacum* ve *Nicotiana rustica*, sigara, puro, pipo vb. tütün mamüllerinin yapımında kullanılır. Tütün mamülü ya da tütün ürünü terimi ise genetik olarak değıştirilsin ya da değıştirilmesin tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, buruna çekme, emme ya da çiğneme amaçlı tüm ürünler için kullanılır. Başlıca tütün mamülleri sigara, nargile, enfiye, pipo, puro, bidi, snus, kreteks, guthka ve çiğnemelik tütündür (1).

2.1.2. Tütünün İçeriği

Tütün dumanı içinde katran, nikotin, aromatik hidrokarbonlar, fenol, kresol, β -Naftilamin gibi bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4000'den fazla madde içerir. Ana akım dumanının (içicinin akciğereine çekip sonra ortam havasına bıraktığı duman) %92-95'i gaz fazındadır ve 1 ml'de 0.3–3.3 milyar partikül içerir. Ortalama partikül çapı solunabilir düzeydedir (2). The International Agency for Research on Cancer (IARC) bu maddelerin 81 tanesinin karsinojen olduğunu

bildirmiştir. IARC tütün dumanını Grup1 (kanser yaptığı bilinen) karsinojen olarak kabul etmiştir. Bu 81 maddenin 11'i Grup1 (kanser yaptığı bilinen), 14'ü Grup2A (insanda kanser yapması olası), 56'sı Grup2B (insanda kanser yapabilen) karsinojen olduğu saptanmıştır (3). Tablo 1'de tütün dumanındaki bazı karsinojenler sıralanmıştır.

Tablo 1. Tütün dumanında bulunan bazı karsinojen maddeler.

IARC Grup1	IARC Grup2A	IARC Grup2B
Benzen	Benzo(a)piren	Asetaldehid
Kadmiyum	N-Nitrozodietilamin(DEN)	Propilen oksit
Vinil klorid	N-Nitrozodimetilamin(DMN)	Vinil asetat
Radon-222 ve radyoaktif bileşikleri	Nitrojen mustard	Aromatik aminler

2.1.3. Tütünün Tarihçesi

Avrupa'nın tütünle tanışması tütünün Amerika'dan Christopher Columbus ve arkadaşlarına ait gemilerle taşınması ile olmuştur. 16.yy'ın başlarında gerçekleşen bu tanışma lehte ve aleyhte tepkilere yol açmış, başlangıçta şifa ve süs amaçlı kullanılan tütünün keyif verici olarak kullanılmasıyla birlikte bağımlıları artmış; tütün kullanımı, getirilen her türlü yasaklamaya, hapis ve ölüm cezalarına rağmen ilginç çelişkileriyle birlikte devam etmiştir.

Türkiye'ye tütün 1600'lü yılların başında İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tüccarlar aracılığı ile gelmiştir. Tütün kullanımının artması üzerine diğer ülkelerde olduğu gibi, Osmanlı Devleti'nde de olumlu ve olumsuz tepkiler almış, dini açıdan tartışmalar yapılmıştır ve dönemin ahşap binalarında meydana gelen yangınları da sebep göstererek IV. Murat tütünü yasaklamış ancak 16. yy ortalarında tütün yeniden serbest bırakılmış, tütün ithalatı ve satışından vergi alınmaya başlanmıştır. 19. yy'da TEKEL kurulmuş, sigara ve paket tütün üretimi yapan fabrikalar açılmıştır. 1925'te ise Mustafa Kemal

Atatürk ve arkadaşları TEKEL'in tüm borçlarını ödeyerek millileştirmişlerdir. Daha sonra 1986 yılında tütün üretimi ve satışı devlet tekelinden çıkarılıp, serbest bırakılmıştır (1).

2.2. Tütün Bağımlılığı ve İnsan Sağlığına Olumsuz Etkileri

2.2.1. Tütün Bağımlılığı

Tütün dumanı akciğerlerden çok hızlı emilir ve her nefes beyine intravenöz uygulamadan daha hızlı ulaşan yoğun bir nikotin arteriyel bolusu oluşturur. Nikotinin dağılım yarı ömrü 15-20 dakika, kandaki yarı ömrü ise 2 saattir. Tütün kullanıldıktan sonra tekrarlayan ve geçici bir yüksek kan nikotin konsantrasyon paterni yaşar. Yüksek konsantrasyonları sabit tutmak için düzenli tütün kullanmak gerekir. Nikotin, bir kimyasal nörotransmitter olan asetilkolini taklit ederek merkezi ve periferik sinir sistemini üzerinde etkilerini gösterir. Nöronlar asetilkolin aracılığıyla haberleşir. Reseptöre bağlanan asetilkolin sinir hücrelerini aktive eden bir dizi değişikliğe yol açar. Nikotinin kimyasal taşıyıcı olarak etkisi söz konusu olduğunda etkilenen hücreler, gövdesi Ventral Tegmental Alan'da (VTA) bulunan ve lifleri Nükleus Akumbens'e (NA) uzanan hücrelerdir.

Tütün kullandıktan sonra alınan nikotin beyine taşınır, sinir hücreleri arasındaki boşluklara yerleşerek VTA'daki nikotinik-asetil kolin reseptörlerine tutunur. Bu, NA'daki hücrelerden dopamin salınmasına neden olur. Dopamin salınımı ödül etkisi meydana getirerek davranışın tekrarlanmasını söyleyen bir sinyal yaratır. Eğer bağımlı bir süre tütün kullanmazsa dürtü artar ve bağımlının tütün kullanmaya mecbur hissetmesine neden olur. Nikotinin beyin nörokimyasal mekanizmalarında belirgin bir etkisi vardır ve bağımlılık etkisi kötüye kullanılan maddelerle (amfetaminler ve kokain gibi)

aynıdır. Nikotin psikomotor bir uyarandır, yeni kullanıcılarda basit reaksiyon zamanını kısaltır ve dikkat isteyen işlerde performansı ayrıca duygu durumunu iyileştirir. Fakat bu etkilerin çoğuna kısa sürede tolerans gelişir ve kronik kullanıcılar büyük ihtimalle performans, bilişsel süreçler veya duygu durumundaki bu belirgin iyileşmeyi yaşamaya devam edemez. Tütün kullanmayı kesmek genellikle bir dizi semptomu içeren bir yoksunluk sendromuna neden olur. Bu semptomların oluşması bırakma denemesi sırasında, erken dönemde yeniden başlamaya neden olur. Fakat çoğu yoksunluk semptomu 2-4 haftadan fazla sürmez (iştah artışı birkaç ay sürebilir). Nikotin açlığı da bırakma girişimlerinde sıkça görülür ancak yaklaşık 2 hafta sonra kaybolur. Dolayısıyla bağımlılara ilk 4 hafta boyunca destek vermek önemlidir (6). Tablo 2’de yoksunluk sendromu belirtileri, bırakma girişimi sonrasında süresi ve sıklıkları sunulmuştur.

Tablo 2. Nikotin yoksunluk sendromu belirtilerinin süresi ve sıklıkları.

Semptom	Süre	Sıklık (%)
Uykusuzluk	<1 hafta	25
Konsantrasyon eksikliği	<2 hafta	60
İrritabilite/sinirlilik	<4 hafta	50
Depresyon	<4 hafta	60
Huzursuzluk	<4 hafta	60
İştah artışı	<10 hafta	70

Nikotin bağımlılığının sosyal ve davranışsal bir boyutu da bulunmaktadır. Nikotin tütün alımına eşlik eden ritüellerin daha çok hoş gitmesine neden olur. Örneğin sigarayla içilen kahveden daha çok haz almak gibi. Ayrıca davranış ritüellerinin tekrarlanması ve tütün kullanımının duygusal yönü nikotin alımı açısından ikincil koşullanma için yeterli olanağı verir. Bu durum tütün bağımlılarının eğer sigarayı bırakırlarsa ellerini nereye koyacaklarını bilememeleri veya sigara içmeyi anımsatan işaretlerle başa çıkamamaları gibi sık karşılaşılan yakınmaları açıklamaktadır.

Sosyal etkiler de nikotin kullanımında belirleyici olabilir. Bu belirleyicilik sigara içmek ya da içmemek yönünde olabilir. Örneğin bazı toplumlarda sigara içmenin kınanması, belirli profesyonel grupların tütün kullanmaması beklentisi veya iş yerlerinde tütün kullanımının serbest olmaması gibi durumlar tütün kullanımı aleyhinde etki gösterirken; bir tütün bağımlısı ile evli olmak, tütün kullanımının yüksek olduğu bir sosyal grubun parçası olmak gibi diğer faktörler ise tütün kullanmaya özendirir.

Tütün bağımlılığı birçok kullanıcının bırakabilmek için uzun bir dönem, yıllarca hatta on yıllarca mücadele etmesi gereken kronik ve tekrarlayıcı bir durumdur. Başarılı bırakma girişimleri için tütün kullanımının sürmesine neden olan ve bırakılmasının engelleyen faktörlerle kişisel, ailevi, sosyoekonomik ve farmakolojik mücadele gereklidir (6).

2.2.2. Tütünün İnsan Sağlığına Olumsuz Etkileri

Tütün kullanımı dünyada en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Tütün kullanımı dünyada en sık sekiz ölüm nedeninden altı tanesi için risk faktörüdür (4).

Tütün kullanımının neden olduğu pek çok ölümcül hastalık içinde başlıcaları; iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler olaylar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve akciğer kanseridir. Akciğer kanserine bağlı ölümlerin %80'i tütün kullanımıyla ilişkilidir. Tütün kullanımı bu hastalıkların sadece oluşmasına değil ilerlemesine de neden olur. Tütün kullanan ve kullanmayan hastalar arasında yaşam beklentisi bakımından önemli fark bulunur (4). Günde 10 ya da daha az adet sigara içen birinin yaşam beklentisi 5 yıl azalır. Akciğer kanserine yakalanma riski içmeyen birine göre 20 kat artar. Tütün kullanımının güvenli bir doz aralığı yoktur (4). Tablo 3'te tütün kullanımının sebep olduğu hastalıklar ve durumlar gösterilmiştir (8).

Tablo 3. Tütün kullanımının neden olduğu hastalıklar/ durumlar.

Kanserler	Kronik Hastalıklar
Larinks	İnme (Felç)
Orofarinks	Körlük
Özefagus	Katarakt
Akciğer	Periodontit
Akut Miyeloid Lösemi	Aort Anevrizması
Mide	Koroner Kalp Hastalığı
Pankreas	Pnömoni
Böbrek ve Üreter	Arteriosklerotik Periferik Damar Hastalığı
Kolon	KOAH/Astım
Serviks	Kalça Kırığı
Mesane	Reprodüktif Olumsuz Etkiler

Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigara nedeniyle ölmekte ve bunların yarısı orta yaşlarda ölmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 15 yıl daha kısadır (2,4).

Tütün kullanımı mortalite dışında hasta geçirilen gün sayısının artmasının sebeplerinden biridir. Örneğin sigara içenler, bırakanlara veya hiç içmemişlere göre akut ve kronik hastalıklara yakalanarak gündelik aktiviteden daha fazla yoksun kalırlar; daha fazla okul veya iş devamsızlığı yaparlar.

Tütün kullanımı ölümcül olmayan ancak yaşam kalitesini düşüren ve bazıları süregelen olan pek çok hastalık ya da durum ile ilişkilidir (Tablo 4) (9).

Tablo 4. Tütün kullanımının neden olduğu ölümcül olmayan hastalıklar/ durumlar.

Kalp Damar Sistemi	Angina, Periferik Vasküler Hastalık, Buerger Hastalığı
Solunum Sistemi	Astım, Kronik Rinit, İnfluenza, Tüberküloz, Soğuk Algınlığı
Sindirim Sistemi	Kolon Polipleri, Crohn Hastalığı, Mide ve Duodenum Ülseri
Ağız	Gingivitis, Periodontitis, Diş Kaybı, Diş Rengi Değişimi
Kas İskelet Sistemi	Osteoporoz, Romatoid Artrit, Boyun ve Bel Ağrıları
Gözler	Katarakt, Maküler Dejenerasyon, Nistagmus, Optik Nöropati, Oküler Histoplazmosis, Diyabetik Retinopati, Optik Nörit
Deri	Psöriyazis, Cilt Kırışıklıkları
Üreme Sistemi	Kadın İnfertilitesi, Erken Menapoz, Erkek İnfertilitesi
Diğer	Depresyon, Diabetes Mellitus, İşitme Kaybı, Multiple Skleroz

Çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine etkileri ise büyüklüğü ve yaygınlığı bakımından ayrıca irdelenmelidir. Çevresel tütün dumanı (ÇTD) (environmental tobacco smoke) veya ikinci el tütün dumanı (secondhand tobacco smoke) tütün kullanan kişi tarafından ortama verilen ve tütünün yanmakta olan ucundan çıkan dumandan oluşur. Bu dumanı soluyan kişiler ise pasif içicilerdir (10,11). ÇTD aktif içicilerde tütün kullanımının oluşturduğu hastalıkların çoğunun pasif içicilerde de oluşmasına neden olur. Pasif

içicilerin akciğer kanseri riski %30, koroner kalp hastalığı riski %25 oranında artar. Tablo 5'te pasif içiciliğin sağlık etkileri gösterilmiştir (4). Pasif içicilerin çoğunluğunu kadınların ve çocukların oluşturduğu bilinmektedir. ÇTD'nin bebeklerdeki sağlık etkileri intrauterin dönemden itibaren başlamaktadır. Spontan düşüklükler, ektopik gebelikler, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı ve konjenital anomaliler tütün kullanımı olan ortamlardaki fetüs ve bebeklerde daha sık görülmektedir. Bu bebeklerin akciğer ve beyin gelişimleri geri kalmaktadır. Süt çocukluğu döneminde, sigara dumanına maruziyet ani bebek ölümlerini artırmaktadır. ÇTD maruziyeti olan çocuklarda, akut alt solunum yolu enfeksiyonları, astım, kronik öksürük, alerjik solunum yolu hastalıkları, orta kulak problemleri gibi pek çok sorun daha sık görülmektedir (12).

Tablo 5. Çevresel tütün dumanı maruziyetinin neden olduğu hastalıklar/durumlar.

Çocuklarda	Yetişkinlerde
Beyin tümörü	İnme (Felç)
Orta kulak hastalığı	Burun İrritasyonu
Lenfoma	Nazal Sinüs Kanseri
Akciğer Fonksiyon Bozukluğu	Meme Kanseri
Astım	Koroner Kalp Hastalığı
Alt Solunum Yolu Hastalıkları	Akciğer Kanseri
Ani Bebek Ölüm Sendromu	Arterioskleroz
Lösemi	KOAH / Astım
	Reproduktif Olumsuz Etkiler

2.3. Dünyada Tütüne Bağlı Morbidite, Mortalite ve Hastalık Yüğü

Günümüzde tütün dünyada tek başına en önemli önlenebilir ölüm nedenidir. Her yıl tütün 5 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır ki bu sayı tüberküloz, HIV/AIDS ve sıtmaya bağlı ölümlerin toplamından daha fazladır. 2030 yılına gelindiğinde bu sayı 8 milyonu aşacaktır. Acil önlemler alınmadığı takdirde bu yüzyıl boyunca tütün kullanımı 1 milyar kişinin ölümüne neden olacaktır. Tütün her altı saniyede bir kişinin ölümüne neden olmaktadır. Tütün, kullanıcılarının üçte biri ile yarısını öldürmektedir ve bu kişiler 15 yıl kadar erken ölmektedir. Halen dünya genelinde her 10 ölümden bir tanesi sigara kullanımı nedeniyle olmaktadır (4).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan Global Burden of Disease adlı raporda dünya genelindeki sakatlığa uyarlanmış yaşam yıllarının (Disability Adjusted Life Years, DALY) 57 milyon adetine (tüm DALY'lerin %3,7'si) tütün kullanımının sebep olduğu belirtilmiştir (13).

Pasif içicilik ise tütüne bağlı mortalite, morbidite ve hastalık yükünün bir başka boyutunu oluşturmaktadır. Dünya genelinde 2004 yılında meydana gelen 603 000 ölümün yani dünyada o yılki tüm ölümlerin yaklaşık %1'i ikinci el tütün dumanı sebebiyle gerçekleşmiştir. Ne acıdır ki ikinci el tütün dumanına bağlı bu ölümlerin %47'si kadınlarda, %28'si çocuklarda meydana gelmiştir. Dünya genelindeki 10,7 milyon DALY ikinci el tütün dumanına bağlı yaşanmıştır ve bunların %61'i çocuklara ait DALY'dir (14).

2.4. Türkiye'de Tütüne Bağlı Morbidite, Mortalite ve Hastalık Yüğü

Türkiye'de bazı hastalıklar ve risk faktörlerinin incelendiği Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi isimli çalışmada (15) tütün kullanımı ile ilişkili başlıca sağlık sorunları olan iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, kanser ve kronik solunum sistemi hastalıkları DALY sıralamasında ilk 10

içinde yer bulmuştur. Her yıl yaklaşık 1 milyon DALY (toplamın %8,6'sı) tütün kullanımına atfedilmiştir. Tütün kontrolü çalışmaları ile yılda tütün kullanımına bağlı yaklaşık 55 000 ölümün önlenebileceği hesaplanmıştır. Tütün kullanımının önlenmesi ile toplumun %77'sinin trakea, bronş ve akciğer kanserinden, %46'sının üst aerodigestif kanserlerden, %52'sinin KOAH'dan, %16'sının kardiyovasküler hastalıklardan korunacağı belirtilmiştir.

2.5. Dünya'da Tütün Ürünü Kullanımı Sıklığı

Dünya genelinde sigara içen yaklaşık 1,5 milyar insanın üçte biri 10 ülkede yaşamaktadır. Türkiye de son sıradan da olsa bu on ülke arasında yer almaktadır. Diğer ülkeler sırasıyla şunlardır (4):

- Çin
- Hindistan
- Endonezya
- Rusya Federasyonu
- Amerika Birleşik Devletleri
- Japonya
- Brezilya
- Bangladeş
- Almanya

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan ve 22 ülkeyi kapsayan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na (Global Adult Tobacco Survey, GATS) göre bazı ülkelerdeki tütün kullanım oranları Tablo 6'da gösterilmiştir (16).

Tablo 6. Bazı GATS ülkelerinde sigara içme sıklıkları.

Ülke	Erkek (%)	Kadın (%)
Endonezya	67	4
Rusya	61	22
Bangladeş	58	29
Çin	53	2
Yunanistan	51	26
Hindistan	48	20
Romanya	37	17
Polonya	37	17
Uruguay	31	20
Brezilya	22	13

2.6. Türkiye’de Tütün Ürünü Kullanımı Sıklığı

DSÖ ve The Centers for Disease Control and Prevention (CDC)’nin hayata geçirdiği, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı adına gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’nın (KYTA) ilki 2008 ikincisi 2012 yılında yapılmış ve sonuçları raporlanmıştır. Toplum tabanlı araştırmanın geniş örnekleme için toplam olarak 11 536 hane örnek olarak belirlenmiş, her haneden ‘rastgele’ bir kişi seçilerek çalışmaya katılmıştır (5).

KYTA 2012 sonuçlarına göre Türkiye’de 15 ve üzeri yaştaki yetişkinler arasında tütün ürünü kullanımı sıklığı %27,1’dir. Bu değer 14,8 milyon yetişkine karşılıktır. Erkeklerde (%41,5) tütün ürünü kullanımı kadınlara (%13,1) göre daha fazladır.

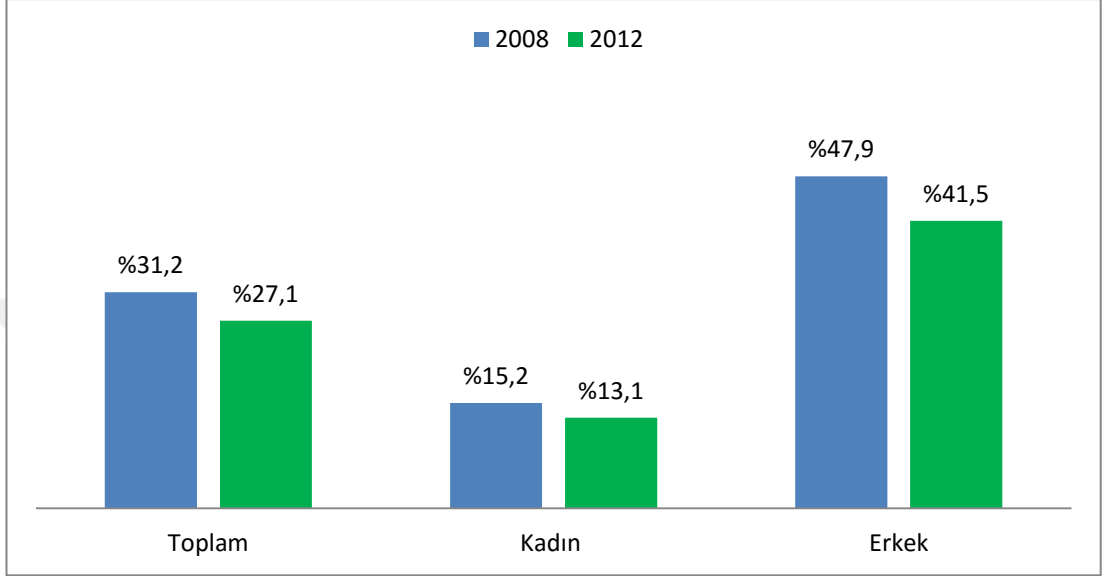
Yaklaşık olarak 11,1 milyon erkek ve 3,6 milyon kadın sigara içmektedir. Halen tütün ürünü kullananlar içinde %23,8 her gün, %3,3 de ara sıra tütün ürünü kullanmaktadır. Her gün tütün ürünü kullanma sıklığı erkeklerde (%37,3) kadınlara göre (%10,7) daha fazladır. Yaklaşık olarak 10 milyon erkek ve 3 milyon kadın her gün tütün ürünü kullanmaktadır. Ara sıra kullanım hem erkeklerde hem de kadınlarda her gün kullanımdan daha düşüktür. Ara sıra tütün ürünü kullanım sıklığı erkeklerde %4,1 ve kadınlarda %2,4 düzeyindedir.

Tütün ürünü kullanmayanlar toplumun %72,9'unu oluşturmaktadır. Eskiden her gün kullananların sıklığı %9,4 ve hiç her gün kullanmayanların sıklığı da %63,5'tir. Hiç her gün kullanmayanların sıklığı kadınlarda (%82,3) erkeklere (%44,1) göre daha fazladır. Tahmin edilebileceği gibi eskiden her gün içenlerin sıklığı da erkeklerde (%14,4) kadınlara (%4,6) göre daha fazladır (Tablo 7).

Tablo 7. Türkiye’de 15 yaş ve üzerinde cinsiyete göre tütün kullanım sıklıkları.

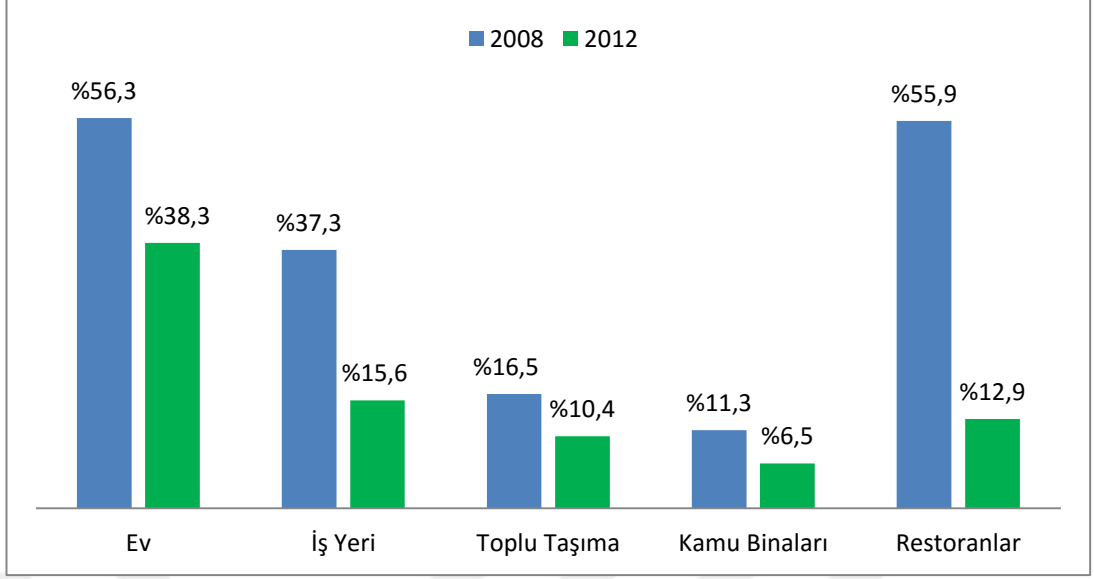
Tütün Ürünü Kullanma Durumu	Toplam (%)	Erkek (%)	Kadın (%)
Halen kullanan	27,1	41,5	13,1
Her gün kullanan	23,8	37,3	10,7
Ara sıra kullanan	3,3	4,1	2,4
Tütün ürünü kullanmayan	72,9	58,5	86,9
Eskiden her gün kullanan	9,4	14,4	4,6
Hiç her gün kullanmayan	63,5	44,1	82,3
Eskiden ara sıra kullanan	3,7	4,2	3,2
Hiç kullanmamış olan	59,8	39,9	79,1

KYTA 2008 sonuçları ile kıyaslandığında Türkiye’de tütün kullanımı 2012 yılında toplamda %13,4’lük; erkeklerde %13,5 kadınlarda %13,7’lik azalma göstermiştir (Şekil 1) (17).



Şekil 1. Türkiye’de 2008 ve 2012’de cinsiyete göre tütün kullanımı sıklıkları.

Çevresel tütün dumanı maruziyetine bakacak olursak genel anlamda bir düşüşten söz edebiliriz en büyük düşüş ise restoranlarda görülmüştür (Şekil 2) (17).



Şekil 2. Türkiye’de 2008 ve 2012’de son 30 gün içindeki çevresel tütün dumanına maruziyet sıklıkları.

2.7. Tütün Kontrolü

DSÖ’nün önderliğinde, tütün salgınına karşı verilen savaşta en büyük adımı oluşturan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) 2003 yılında hayata geçirilmiştir. TKÇS tütün kontrolünde tüm alanlardaki mücadele için yol gösterici niteliğindedir. Birleşmiş milletler tarihinde en çok tarafa sahip olan bu antlaşmaya imza atan ülkelerden biri de Türkiye’dir (18).

Tütün Kontrol Çerçevesi Sözleşmesi özellikle şu noktaları vurgulamıştır:

1. Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne göre çocuk tanımı 18 yaşından küçük bireyleri içerir.
2. Tütün ve tütün sonucu oluşan problemler bir *‘halk sağlığı sorunu’* olarak kabul edilmektedir.

3. Tütün kullanan kadın nüfusu arttığı için cinsiyete özel kontrol mekanizmaları gereklidir.
4. Sigara ve diğer tütün ürünleri bağımlılığa neden oldukları için bir hastalık olarak kabul edilmektedir.
5. Tütün kullananların yanı sıra tütün dumanına maruz kalanları da kapsayan koruyucu önlemler alınmalıdır.
6. Tütün endüstrisine karşı Tütün Kontrolü Çerçevesi Sözleşmesi kapsamında kampanyalar düzenlenmelidir.
7. Tütün endüstrisinin sponsorlukları önlenmelidir.
8. Etkili tütün kontrolü için yerel, kültürel, sosyal, ekonomik, siyasi ve hukuki faktörlerin dikkate alınması gerekir.
9. Tütün kullanımıyla mücadele için sektörler arası işbirliği gerekmektedir (19).

TKÇS'yi imzalayarak taraf olan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılıp, ülkelerindeki halkın sağlığını koruma konusunda söz vermişlerdir. Ülkelere bu yönde yardım etmek amacı ile DSÖ tarafından 2008 yılında Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER paketi hazırlanmıştır. Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır (5):

1. Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek (**M**onitor tobacco use and prevention policies)
2. Toplumlara pasif sigara dumanı etkileniminden korumak (**P**rotect people from tobacco smoke)
3. Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek (**O**ffer help to quit tobacco use)
4. Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak (**W**arn about the dangers of tobacco)
5. Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak (**E**nforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)
6. Vergileri ve fiyatı artırmak (**R**aise taxes on tobacco)

Bu maddelere tek tek yakından bakılacak olursa;

M: Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek

Tütün salgınına iyi anlamak ve tersine çevirmek için küresel düzeyde ve ülkeler bazında bilgiye ihtiyaç vardır. Kapsamlı bir izleme ve değerlendirme, tütün salgınının ülkelere ne kadar zarar verdiği konusunda hükümet başkanlarına ve sivil topluma bilgi sağlar, tütün kontrolü ile ilgili olarak hangi konuda en fazla gereksinim olduğu, etkili olduğu ve kaynakları nasıl kullanacakları konusunda yönlendirir. İzleme ve değerlendirme ile politikaların yararlı olup olmadığı ve değişik ülkelerde ve bir ülke içindeki değişik gruplarda özel durumlara göre hangi değişikliklerin yapılması gerektiği konusunda da yönlendirir.

P: Topluları pasif sigara dumanı maruziyetinden korumak

Temiz hava solunması herkes için çok temel bir hak. Tütün dumanının olmadığı ortamlar sağlanması hem tütün kullanmayanları koruyan, hem de kullananları bırakmaları konusunda destekleyen bir yaklaşımdır. Dumansız hava sahası uygulamaları kişileri evde de dumansız alanlar oluşturmak konusunda motive eder. Yeme-içme ya da turizm sektörünü olumsuz yönde etkilemez.

O: Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek

Tütün kullanıcıların çoğu bağımlılıklarının bir döneminde tütün kullanmayı bırakmak istemektedirler. Ülkelerde sağlık bakım sistemlerini yönetenler bağımlılık tedavisinden birinci derecede sorumludur. Bu tedavi basit bir tavsiyeden davranış eğitime, farmakoterapiye kadar değişik yöntemleri içerir. Bu yöntemlerin her birisi değişik maliyet etkililik düzeylerine sahiptir ve sigara içenlerde farklı seviyelerde etkililik gösterir. Uygulanacak tedavi yerel koşullara ve kültürlere uygun hale getirilmeli ve her kişinin gereksinimine ve tercihlerine göre düzenlenmelidir.

W: Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak

Bugün tütün kullanımının zararlarının kesin olarak biliniyor olmasına rağmen dünyada tütün kullananların az bir bölümü sağlık risklerinin gerçekten farkındadır. İnsanlar genel olarak tütünün zararlı bir şey olduğunu bilir, ancak nadiren bu bağımlılığın gerçek zararının farkındadırlar. Tütünün ne kadar güçlü bir bağımlılık etkeni olduğu ve sağlık risklerinin boyutu hakkında toplum yeteri kadar bilgilendirilmemektedir. Çoğu kişi tütünün çok düşük dozlarda bile tehlikeli olduğunu farkında değildir. Oysaki tütün kullanımı için güvenilir bir doz yoktur. Kişiler tütünün yol açtığı birkaç hastalığı sayabilir ancak ne kadar çok hastalığa, sakatlığa ve çok farklı türlerde kanserlere yol açacağını bilemezler. Kişiler tütünün zararları konusunda yeterince bilgilendirilmeli ve özellikle gençlere tütün kullanımının sağlıklarına ve sosyal hayatlarına olan olumsuz etkileri anlatılmalı, tütün kullanımının olası olumlu imajı yıkılmalıdır. Tütünün zararlarını bütün boyutları ile anlatmak için devlet yöneticileri, sivil toplum kuruluşları ile birlikte tütün karşıtı tanıtım kampanyaları düzenlemeli bu kampanyalar ile tütünün sahte çekici imajı yıkılmalı, insanların sağlığı üzerindeki zararlı etkileri anlatılmalı, aile ve ülke ekonomisine zararı ortaya konmalı ve tütünsüz bir toplumun olumlu yanları öne çıkarılmalıdır. Tütün endüstrisinin 'hafif' (light), 'çok hafif' (ultra-light), 'düşük katranlı' (low-tar), 'yumuşak' (mild) gibi bazı pazarlama ifadelerinin aldatıcılığı açıklanmalı ve bu tür ürünlerin daha az zararlı olmadığı anlatılmalıdır. Sigara paketleri üzerindeki sağlık uyarıları sigara içenlerin sigaranın zararları konusundaki farkındalığını artırmaktadır. Paketler üzerine resimli mesajlar sözlü mesajlardan daha etkilidir, ayrıca bu yolla okuma bilmeyen çok sayıda kişiye de ulaşılmış olur. Paketler üzerinde sağlık uyarılarının zorunlu hale getirilmesi hükümetlere herhangi yük getirmez. Resimli uyarılara tepkiler toplumdan değil tütün endüstrisinden gelmektedir.

E: Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak

Tanıtım ve pazarlama tütün satışlarını artırır, tütün kullananların daha fazla kullanmasına yol açar, tütün kullanmayı bırakma isteğini zayıflatır ve sonuç olarak daha fazla insanın ölümüne neden olur. Yaygın şekilde reklam

yapılması tütün kullanımını normalleştirir, diğer tüketim ürünleri gibi algılanmasına neden olur. Tütün üreticileri insanların, yetişkin yaşa ulaşip kendileri hakkında karar verecek çağa gelmeden tütün kullanmaya başladığını bilmektedir. Bu yüzden endüstri reklam kampanyalarını gençlere yönelik olarak yapar, onlara tütünle olan yaşamın daha cazip olduğunu anlatır ve böylece gençleri ağına düşürerek yaşam boyu bağımlı olmalarına neden olur. Tütün kullanımını azaltmak için yasaklama tam olmalıdır. Kısıtlı yasaklama durumunda dolaylı reklam ve alternatif tanıtım yöntemleri, gençler açısından özellikle çekici olan bazı etkinliklerde sponsorluk yapılması yasak kapsamında olmaz. Kısmi yasaklama tütün endüstrisine henüz tütün kullanmaya başlamamış olan gençlere ve tütün kullanan ve bırakmayı arzu eden yetişkinlere yaklaşmaya yönelik pazarlama yöntemlerini kullanma olanağı verir.

R: Vergileri ve fiyatı artırmak

Vergi artırımı yolu ile tütün fiyatlarını artırmak tütün kullanımını azaltma müdahalelerinin en etkili olanıdır. Tütün vergisi kabul edilebilir bir vergidir çünkü tütün zorunlu bir tüketim ürünü değildir ve vergi artırımı için doğru bir adrestir. Tütün endüstrisinin propagandalarının aksine vergilerin artırılması devletin gelirlerini azaltmaz. Yüksek vergiler özellikle gençlerin ve yoksulların tütünden vazgeçmeleri bakımından önemlidir. Bu gruplar tütün tüketiminin azaltılmasından en çok yararlanacak olan kişilerdir. Alt sosyoekonomik grupta olanlar fiyat artışlarına daha çok duyarlıdırlar. Tütün fiyatının yüksek olması bu kişileri bırakma kararı konusunda veya tütün kullanmaya hiç başlamama konusunda destekler. Vergi artışından sağlanan gelirlerin bir kısmı da tütün karşıtı reklam kampanyaları ve tütün kullanmayı bırakmak isteyenlere destek amaçlı olarak kullanılabilir. Tütün endüstrisinin iddialarının aksine vergi artırımı tütün kaçakçılığında artışa neden olmaz.

2.8. Tütün Bağımlılığı Tanısı, Değerlendirilmesi ve Tedavisi

2.8.1. Tütün Bağımlılığının Tanısı

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 5. baskısında (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V, DSM V) tütün bağımlılığı aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (20):

On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir tütün kullanımı örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün kullanma,
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabaların olması,
3. Tütün elde etmek için, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma,
4. Tütün kullanmaya açlık ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek ya da dürtünün olması,
5. İşte, okulda ya da evde konumunun gereği olan başlıca yükümlülükleri yerine getirmeme ile sonuçlanan, yineleyici tütün kullanımı (örneğin: işe engel olma),
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme (örneğin: tütün kullanımıyla ilgili olarak başkalarıyla tartışmalara girmek),
7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da boş zaman etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması,
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma (örneğin: yatakta sigara içme),

9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımını sürdürme,

10. Aşağıdaki iki kriterden herhangi biriyle tanımlanabilecek tolerans gelişmesi durumu:

- a. İstenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi,
- b. Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki göstermesi,

11. Aşağıdaki iki kriterden herhangi biriyle tanımlanabilecek yoksunluk gelişmesi durumu:

- a. Tütüne özgü yoksunluk sendromu,
- b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün ya da nikotin gibi yakından ilişkili bir maddenin alınması.

2.8.2. Tütün Bağımlılığının Değerlendirilmesi

Nikotin bağımlılığı tütün kullanan herkeste aynı şiddette değildir. Bazı kullanıcıların bağımlılığı daha güçlüdür. Bu nedenle bu kişiler tütünü daha fazla ararlar ve daha fazla miktarda tütün kullanırlar. Bağımlıların nikotine olan bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi bakımından çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bunlardan en yaygın olarak bilinen yöntem, İsveçli doktor Karl Fagerström tarafından geliştirilmiş olan ölçektir. Fagerström Test for Nicotine Dependence (Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, FNBT) adlı bu ölçekte bağımlılara 6 adet soru yöneltilir, bu sorulara alınan cevaplara göre bağımlılık düzeyi değerlendirilir. Değerlendirme şu şekilde yapılır:

0-2 puan: Çok az bağımlılık

3-4 puan: Az bağımlılık

5 puan: Orta derecede bağımlılık

6-7 puan: Yüksek bağımlılık

8-10 puan: Çok yüksek bağımlılık

FNBT’de yer alan sorular ve değerlendirme şekli aşağıda sunulmuştur (21). Testin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır (22). Ölçeğin gücünü artıran temel sorular ölçeğin ilk 2 sorusu olan sabah kalkıldığında ilk içilen sigara ve tüketilen günlük sigara sayısıdır. Günlük sayı ve ilk sigara, bağımlılık düzeylerini gösterme açısından oldukça duyarlı olup, ikisinin birlikte kullanılması durumunda duyarlılık ve özgüllük artmaktadır. Son yıllarda FNBT’nin iki sorusundan oluşan Sigara Ağırlık İndeksi üzerinde durulmaktadır. Akademik çalışmalar için FNBT kullanılması önerilmekle birlikte rutin değerlendirmelerde ise Sigara Ağırlık İndeksi’nin kullanılması yeterlidir (23). Bağımlılık düzeyi yüksek olan kullanıcıların tütünü bırakmaları daha zor olabilir. Bu nedenle bu kişilerin tütün kullanmayı bırakmaları için daha fazla çaba gösterilmesi gereklidir (24).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
 - a. İlk 5 dakika içinde (3 puan)
 - b. 6-30 dakika içinde (2 puan)
 - c. 31-60 dakika içinde (1 puan)
 - d. 1 saatten sonra (0 puan)

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
 - a. Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
 - b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

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

5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

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

6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?

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

Tütün kullanımı, farklı davranışsal unsurlardan oluşan kompleks bir süreçtir. Tütün bırakmaya yönelik geliştirilen teoriler, tütün kullanmanın bu farklı davranışsal komponentlerini göz önüne alan yaklaşım ve modelleri esas alır. İlk kez 1982 yılında Prochaska ve DiClemente tarafından tanımlanan '*Transtheoretical Model*' tütün bırakma sürecinde 5 aşamalı bir değişim sürecini tarifler (25). Bu modele göre, tütün kullanıcıları, tütün bırakma öncesi, sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı 5 evre içinde geçiş yaparlar. Bu evreler ve özellikleri Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Tütün bırakma evreleri.

Bırakmayı düşünmeme (pre-contemplation)	Kullanıcı tütünü bırakmayı düşünmez, tütünün zararları konusunda yeterli bilgisi olmayabilir. Davranış değişikliğine ve bilgi almaya dirençli olabilir. Tütünün risklerini göz ardı eder ondan ayrılamayacağını düşünür. Bu evredeki içicilerin bazılarının daha önce çeşitli bırakma denemeleri söz konusu olabilir. Önceki başarısız deneme sonuçlarını, bırakma konusunda yetersizlik ya da iradesizlik olarak yorumlar. Başarabileceğine inanmaz, bırakma konusunda isteği ve kendine güveni yoktur.
Bırakmayı düşünme (contemplation)	Kullanıcı henüz bırakmaya karar vermemiştir fakat bırakmayı düşünür, tütün kullanmak hakkında hem olumlu hem olumsuz fikirleri vardır, eyleme geçmek için güçlü bir motivasyona ihtiyaç duyar.
Bırakmaya hazırlanma (preparation/ready for action)	Kullanıcının tütünle ilgili olumsuz fikirleri ağır basmaktadır. Bırakmaya yönelik yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir.
Bırakmayı deneme (action)	Kullanıcı tütünü bırakmış ancak 6 ayı doldurmamıştır.
Bırakmayı sürdürme (maintenance)	Kullanıcı 6 aydan daha uzun süredir tütün kullanmamaktadır.

Farklı evrelerdeki bireylerin ihtiyaçları birbirinden çok farklıdır. Dolayısıyla hekimin yaklaşımı da hangi evrede olduklarına göre değişeceğinden bireyin çok iyi tanımlanması gereklidir.

Modelde geçişler doğrusal bir yönde devam etmez. Bırakma denemeleri başarısızlıkla sonuçlanabilir. Model dairesel bir hareket izleyebilir. Başarısız deneme girişimi tütün kullanıcısının gerideki bir evreye dönmesine neden olabilir (26).

Konunun bu noktasında tütün bağımlılığının tedavi sürecine ait terminolojiden biraz bahsetmek gerekir.

'Relapse (nks)' terimi genellikle tütün bağımlılığı literatüründe bir süre tütün mamulü kullanmadıktan sonra yeniden kullanmaya başlamak anlamına gelmektedir. Ancak *relapse* teriminin farklı tanımları bulunmaktadır. Bazı alışmalar bıraktıktan sonraki süreçte genellikle 1 hafta boyunca bazen de bir kaç gün süresince tütün kullanmayı *relapse* olarak tanımlarken bazı çalışmalar son bir aydaki tütün kullanımını *relapse* olarak değerlendirmektedir. Kimi alışmalar ise eskisi gibi sürekli tütün kullanmaya başlamayı *relapse* olarak kabul etmektedir (27,28). **'Hata (lapse)'** teriminin de farklı kaynaklarda farklı tanımları mevcuttur. Birkaç sigara içilmesi veya birkaç gün az miktarda sigara içilmesinin hata olarak tanımlandığı çalışmalar olduğu gibi bir tek seferlik kullanımı da hata kabul eden çalışmalar mevcuttur.

'Kayma (slip)' teriminin tanımı üzerinde ise bir uzlaşının bulunduğu grlmektedir. 'Kayma' bir seferlik tütün kullanımına karşılık gelmektedir (bir nefes bile olsa).

Relapse terimi tütün bağımlılığı çalışmalarında nokta prevelans değerini verir.

Bazı araştırmacılar *relapse* lmek yerine *'tütün kullanılmayan süre'* lm yaparlar. Tütün kullanılmayan süre bırakma gününden sonra ilk çekilen nefese (ya da ilk tütün kullanılan zamana) kadar olan süreyi kapsar. Bu dönem ne kadar uzun olursa tütün bırakma başarısı da o kadar kselmektedir. Tütün kullanılmayan sürenin uzunluğu ve tütün bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki bulunmaktadır (30).

'Relapse' ve *'tütün kullanılmayan süre'* farklı istatistiksel çıktılar verirler ancak tedavi başarısını göstermek açısından benzer sonuçları ortaya çıkarmaktadırlar.

Tütün bırakma sürecinde izlem ve tedavi başarısı araştırmaları genellikle 6-12 ayı kapsamaktadır. Kısa dönem izlemlerde başarı daha yüksek çıkmaktadır çünkü tekrarlayan hata ve kayma durumlarının %95 gibi sık oranlarda tütün bırakma denemesinin başarısız olmasına neden olduğu bilinmektedir. Özellikle erken dönemde yaşanan hataların *relapse* yaşanacağını önemli ölçüde öngördüğu gösterilmiştir (27,29,30).

Tütün bırakma literatüründe 'kayma' durumlarının değerlendirildiği araştırmaların çok kısıtlı olması, *relapse* ve hata tanımlarındaki değişkenlik, ayrıca hata ve kaymaların sıklıkla *relapse*'ye dönüşmesi sebebiyle bu çalışmada 'kayma' durumları sigaraya yeniden başlama olarak kabul edilmiş ayrıca 'tütün kullanılmayan süre' de değerlendirilmiştir.

2.8.3. Tütün Bağımlılığının Tedavisi

Tütün bırakma tedavisinde hastaların 3 gruba ayrılıp tedavi sürecinin düzenlenmesi önerilmektedir (31).

- A. Tütün kullanan ve bırakmayı düşünenerler
- B. Tütün kullanan ve bırakmayı düşünmeyenler
- C. Tütün kullanmayı yakın zamanda bırakmış olanlar

A. Tütün kullanan ve bırakmayı düşünenerler

Eğer hasta tütün kullanmayı bırakmak istiyorsa '5A (5Ö) modeli' kullanılabilir (31).

1. Ask (Öğren)
2. Advise (Öner)
3. Assess (Ölç)
4. Assist (Önderlik et)
5. Arrange (Örgütle)

1. Ask (Öğren):

Hangi kliniğe ne sebeple başvurmuş olursa olsun tüm hastaların tütün kullanım durumu mutlaka sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Tütün kullanımına başlama yaşı, kullanılan tütün miktarı, süresi, çeşidi sorulmalıdır.

2. Advise (Öner):

Her tütün kullanıcısına mutlaka tütün kullanmayı bırakması önerilmelidir. Bu öneri açık, güçlü ve kişiye özel olmalıdır.

Açık: 'Sigarayı bırakmanızın sizin için çok önemli olduğunu düşünüyorum.'

Güçlü: 'Size her konuda yardıma hazırım.'

Kişiye Özel: Hastanın şu andaki semptomları ve sağlık durumu, tütünün ekonomik yükü, çocuklarını ve ailesini tütün dumanına maruz bırakarak verdiği zarar, bırakınca sağlığında oluşacak dramatik iyileşmeden söz edilmelidir.

3. Assess (Ölç):

Bırakmak isteyen hastaların bu aşamada bırakma isteği nedenleri gözden geçirilmeli, hastanın kararlılık durumu saptanmaya çalışılmalıdır. Hastanın nikotin bağımlılığı ölçülmeli (FNBT yapılabiliyorsa tercih edilmelidir) ve olanak varsa karbonmonoksit (CO) ölçümü yapılmalıdır. Daha önce bırakma deneyimi varsa bu dönemde yaşananlar, karşılaşılan güçlükler, en uzun bırakılan süre, tedavi kullanılıp kullanılmadığı gibi konular değerlendirilmelidir.

4. Assist (Önderlik et):

Bu aşamada hastayla birlikte bir bırakma planı hazırlanmalıdır. Süreçte yaşanması olası zorluklar anlatılmalı bu zorlukları aşmada yardımcı olacak yöntemler üzerinde durulmalıdır. Özellikle kritik ilk birkaç hafta hastaya faydalı olacak davranış ve yaşam değişiklikleri vurgulanmalıdır. Etkinliği kanıtlanmış farmakolojik tedavilerden hastaya bahsedilmeli, hastanın kişisel özellikleri ve sağlık durumu göz önünde tutularak uygun yöntem seçilmelidir.

Tablo 9'da ülkemizde kullanılan birincil farmakolojik tedavi seçenekleri sunulmuştur (31, 32, 33).

Tablo 9. Tütün bırakma tedavisinde kullanılan birincil farmakolojik tedavi seçenekleri.

Tedavi	Etki Mekanizması	Doz	Kullanım Süresi ve Şekli	Yan Etkiler
Nikotin Sakızı	Nikotin eksikliğine bağlı olarak gelişen yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırarak, kişinin sigarayı daha kolay bırakmasını sağlamaktır.	<25 sigara/gün ise 2 mg; ≥25 sigara/gün ise 4 mg	İlk 6 hafta en az 1-2 saatte 1 kullanması önerilir. 12 hafta boyunca günde 24 adeti geçmeyecek şekilde kullanılmalıdır.	Hıçkırık, dispepsi
Nikotin Bandı	Nikotin eksikliğine bağlı olarak gelişen yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırarak, kişinin sigarayı daha kolay bırakmasını sağlamaktır.	21 mg 14 mg 7 mg	Kullanım şekli ve süresini klinisyen ve hasta birlikte düzenlemelidir.	Lokal cilt reaksiyonu
Bupropion SR	Dopaminerjik ve/veya nöradrenerjik mekanizma ile aktivasyon gösterip, nikotin yoksunluk belirtilerinin yoğunluğunun azalmasını sağlar.	150 mg oral tablet	Bırakma gününden 1-2 hafta önce başlanır. İlk 3 gün günde 1 kez 150 mg alınır. Daha sonra günde 2 kez 150 mg alınmaya devam edilir. Tedavi 6 aya kadar uzatılabilir.	Uykusuzluk, ağız kuruluğu
Vareniklin	Vareniklin nikotinic agonist ve antagonist etkileri ile nikotin bağımlılığını azaltırken, yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller.	0.5 mg 1 mg oral tablet	Bırakma gününden 1 hafta önce başlanır. 3 gün günde 1 kez 0,5 mg alınır. 4 gün günde 2 kez 0,5 mg alınır. Üç ay boyunca günde 2 kez 1 mg alınır.	Bulantı, uykusuzluk, canlı rüyalar

5. Arrange (Örgütle):

Hastalar yüz yüze ya da telefon görüşmeleri ile izlenmelidir. İlk görüşme bırakma tarihinden sonraki ilk hafta yapılmalıdır. İkinci görüşme ilk bir ay içerisinde olmalıdır. Bundan sonraki görüşmeler hastanın durumuna göre 15 günde bir, aylık, 3 aylık olarak ayarlanabilir. Her görüşmede hasta başarısından dolayı tebrik edilmelidir. Karşılaşılan güçlükler gözden geçirilmeli ve çözüm yolları önerilmelidir. *Relapse* olmuşsa nedenleri araştırılmalı ve tekrar tam bırakma sağlanmaya çalışılmalıdır. Farmakoterapi gözden geçirilmeli ve gerekiyorsa doz ayarlaması yapılmalıdır. Ortaya çıkabilecek problemlerin çözümünün tütün kullanmaya yeniden başlamak olmadığı, her problemin mutlaka çözümü olduğu anlatılmalıdır.

B. Tütün kullanan ve bırakmayı düşünmeyenler

Tütün kullanmayı bırakmayı düşünmeyen hastalar için 5R stratejileri kullanılabilir (31).

1. **Relevance** (İlişki)
2. **Risks** (Riskler)
3. **Rewards** (Ödüller)
4. **Roadblocks** (Engeller)
5. **Repetition** Tekrar)

1. Relevance (İlişki):

Hastanın kendi sağlık durumu ile ilişki kurarak tütün kullanmayı bırakmanın önemi anlatılmalı, hasta bırakmak konusunda cesaretlendirilmelidir. Hastanın kişisel özellikleri, aile ve sosyal yaşamı, sağlık durumu ya da önceki bırakma denemeleri üzerinden yapılan bir bilgilendirme hasta motivasyonunu daha çok artıracaktır.

2. Risks (Riskler):

Hastaya tütün kullanımı sonucu oluşabilecek kısa ve uzun dönemli riskler hakkında bilgi verilmelidir. Hastadan tütün kullanmanın kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri belirtmesi istenip hasta ile ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmelidir. Hastaya düşük nikotinli, düşük katranlı tütün kullanmanın hastalanma riskini azaltmayacağı anlatılmalıdır. Aşağıda da özetlendiği gibi olası hastalık risklerinden örnekler verilerek hastalar bilinçlendirilmelidir.

Kısa Dönem Riskleri: Nefes darlığı, astım alevlenmesi, gebeliğin zarar görmesi, impotans, infertilite, artmış solunum yolları enfeksiyonu riski.

Uzun Dönem Riskleri: Kalp krizi, inme, akciğer kanseri ve diğer kanserler (larinks, oral kavite, farinks, özofagus, pankreas, mide, böbrek, mesane, serviks, akut myelositik lösemi), kronik obstrüktif akciğer hastalığı, osteoporoz, uzun süreli maluliyet ve yoğun bakım ihtiyacı.

Çevresel Riskler: Partneri için, artmış akciğer kanseri ve kalp hastalığı riski; çocukları için, düşük doğum ağırlıklı doğma, ani bebek ölümü sendromu, astım, orta kulak iltihabı ve artmış solunum yolu enfeksiyonu riski.

3. Rewards (Ödüller):

Hastaya tütün kullanmayı bırakması durumunda elde edeceği kazanımlar anlatılmalıdır. Bıraktığı andan itibaren adım adım sağlık durumunun nasıl düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir.

4. Roadblocks (Engeller):

Tütün kullanmayı bırakmanın önündeki olası engeller belirlenmeli ve hastaya bu engelleri aşabilecek çözüm önerileri sunulmalıdır.

5. Repetition (Tekrar):

İsteksiz hastaların tüm klinik başvurularında motivasyonel desteğin tekrar tekrar verilmesi gerekir. Daha önce defalarca denemiş ve başarılı olamamış hastalara bunun bir sonraki denemelerinde başarısız olacakları anlamına gelmediği, bırakmanın birkaç denemeden sonra olabileceği anlatılmalıdır.

C. Tütün kullanmayı yakın zamanda bırakmış olanlar

Tütün kullanmayı bırakmış bir hastayla karşılaşıldığında hasta kararından ve başarısından dolayı tebrik edilmeli ve içmemeyi sürdürmesi için motive edilmelidir. Sağlık açısından kazanacağı yararlar anlatılmalıdır. Karşılaşılan sorunlar, yoksunluk belirtileri, olası tehlikeler konusunda görüşülmeli ve çözüm önerileri sunulmalıdır.

2.9. Türkiye’de Tütün Kontrolü Programları

Dünyada tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları konusunda 1900’lerden bu yana çeşitli yayınlar yapılmış olmasına rağmen tütün karşıtı etkinlikler oldukça geç başlamıştır. Türkiye’de ise tütün karşıtı çalışmalar, çok uluslu tütün firmalarının ülkeye girmesini takiben 1980’lerin ortalarında başlamıştır (16).

Türkiye’de tütün kontrolü alanında ilk düzenleme ise 1991 yılında TBMM’de kabul edilen 3694 sayılı ‘Tütün ve Tütün Mamullerinin, Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’dur. Sponsorluk hariç reklam yasaklarını da kapsayan 3694 sayılı kanun, Cumhurbaşkanı Turgut ÖZAL tarafından ‘getirilen reklam yasaklarının ticaret özgürlüğü ile çeliştiği’ gerekçesiyle bir daha görüşülmek üzere TBMM Başkanlığı’na iade edilmiştir (35).

Bundan beş yıl sonra 4207 sayılı ‘Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’ TBMM’de kabul edilmiş, 26.11.1996 tarihli ve 22829 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (36). Bu adım tütün kontrolünde önemli bir dönüm noktası olmuştur.

Bu yasa ile ülkemizde ilk defa sağlık ve eğitim kurumları, toplu taşıma araçları ile spor ve kültür hizmetlerinin verildiği yerler ve bazı kamu binaları gibi kapalı mekanlarda tütün kullanımı yasaklanmıştır. Ayrıca 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışı ile tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı yasaklanmıştır. Kanun sigara paketleri üzerine uyarıcı sağlık mesajları

yazılmasını da getirmiştir. Ancak henüz toplum hazır olmadığı için kanunda restoran, bar, kahvehane gibi ikram endüstrisi işletmeleri ile taksilerde sigara içilmesine yasak yer almamıştır.

2003 yılında DSÖ tarafından TKÇS dünyada gündeme getirilmiş, Türkiye bu sözleşmeyi 2004 yılında imzalamış ve onaylamıştır. TKÇS paralelinde ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2004 yılında Ulusal Tütün Kontrolü Komitesi kurulmuş ve Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planı hazırlanmıştır (37). Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planı, hükümet kuruluşları, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarından 100'ün üzerinde kişinin katılımı ile hazırlanmış, 2006 yılında Başbakanlık Genelgesi olarak yayınlanmıştır. Program ve eylem planının temel amacı gençler ve yetişkinlerde tütün kullanımını azaltmaktır. Hedefi ise 2010 yılına kadar toplumun %10'unda sigara karşıtı tutum oluşturmak olarak belirtilmiştir. 2008-2012 yıllarını kapsayan Eylem Planı içinde TKÇS'ye paralel olarak 10 temel başlık yer almaktadır. Bunlar:

- Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları konularında halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi,
- Sigaranın bırakılmasının sağlanması,
- Fiyat ve vergilendirmenin artırılması,
- Sigara dumanı maruziyetinin önlenmesi,
- Reklam, promosyon ve sponsorluğun yasaklanması,
- Ürün kontrolü ve tüketicinin bilgilendirilmesi,
- Yasadışı ticaretin önlenmesi,
- Gençlerin ulaşabilirliğinin önlenmesi,
- Tütün üretiminin azaltılması ve alternatif politikaların üretilmesi,
- Tütün kullanımı ve kontrol yöntemlerinin izleme ve değerlendirmesidir.

4207 sayılı Kanun, 2008 yılında 5727 ve 5752 sayılı Kanunlar ile güçlendirilmiş, adı 'Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun' olarak değiştirilmiştir. 2008 yılında kamu ve özel binalarının kapalı alanlarında tütün kullanımı yasaklanmış ve 'Dumansız Hava Sahası' kampanyası başlatılmıştır. Kanun, tüm hükümleri ile 19.07.2009 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir ve yasağa restoran, kahvehane, bar ve kafelerin de dahil olmasıyla, Türkiye'de tüm kapalı alanların dumansız hale getirilmesi sağlanmıştır (35).

2010 yılında sigara/tütün paketleri üzerine resimli sağlık uyarıları konması kararlaştırılmış, 2012 yılında ise sigara/tütün paketleri üzerindeki resimli ve yazılı uyarıların boyutu her iki yüzün her birinde %65'ten az olmayacak şekilde artırılmıştır.

2015 yılında Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018) Resmi Gazete'de yayımlanmış ve hedefin 2018 yılı sonuna kadar toplumun %95'inde tütün ve tütün ürünlerinin kullanımına karşı tutum oluşturmak olduğu belirtilmiştir (38).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

İleriye dönük bir *kohort* araştırmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Süreyya Paşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Sigara Bırakma Polikliniği'nde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

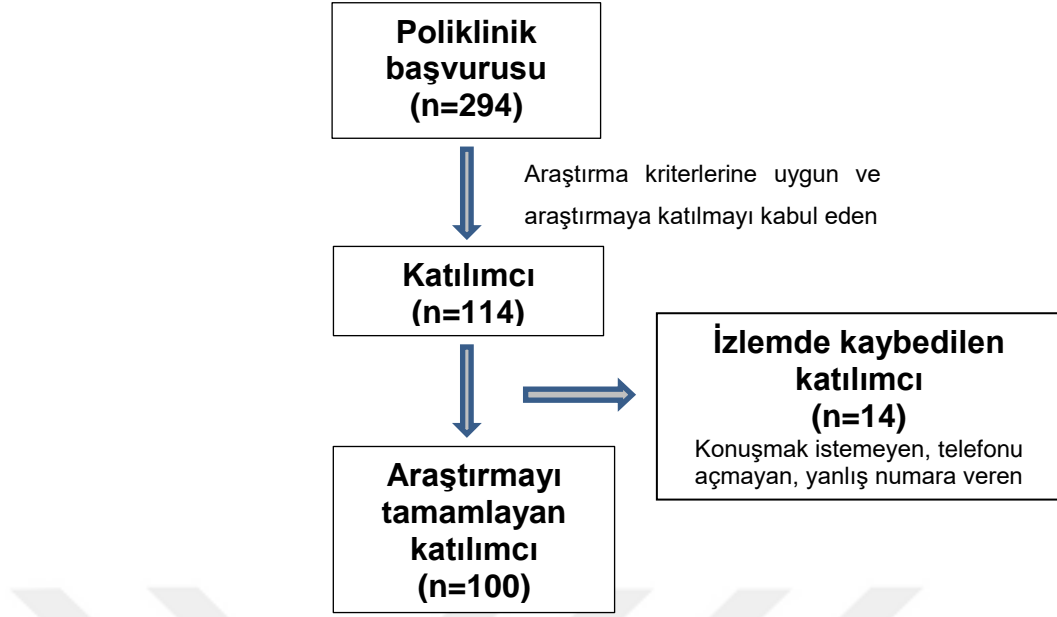
Araştırma için veri toplamaya etik kurul onayından sonra başlanmış, veri toplama sürecinde ilk verileri toplama Şubat-Mart-Nisan 2015 ayları boyunca sürmüştür. İzlem verilerinin toplanması Kasım 2015'e kadar devam etmiştir. Verilerin tümünün toplanmasından sonra, veri analizi ve araştırmanın yazımı aşamalarına geçilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Şubat-Mart-Nisan 2015 tarihlerinde Süreyya Paşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Örneklem sayısı seçimi sigara bırakma durumuna dayandırılarak yapılamamıştır. Çünkü konunun literatüründeki araştırmalar sigaraya yeniden başlamayı 'kayma' olmasına göre değil '*relapse*' olmasına göre değerlendirmişlerdir. Bu nedenle 'sigara içilmeyen süre' temel alınarak örneklem hesabı yapılmıştır. Daha önce yapılan benzer bir araştırmada katılımcıların sigara kullanmadıkları süre ortalaması $125,7 \pm 82,0$ gün olarak bulunmuştur (28). Ancak söz konusu araştırmaya 4 haftadan uzun süre sigara içmeyenler alınmıştır. Tek bir ortalama için yapılan örneklem hesabında güven aralığı %95, standart hata 20 alınarak araştırma için gerekli en küçük örneklem sayısı 70 olarak bulunmuştur. Bu örneklem hesabına ilk 4 hafta sigaraya yeniden başlayanlar alınmadığından ve katılımcıların %30'unun ilk 4 hafta içinde sigaraya yeniden başlayacağı öngörüsüyle örneklem sayısı %30'u kadar artırılarak 100 olarak belirlenmiştir. İzlem kaybının da olabileceği hesap edilerek Şubat-Mart-Nisan 2015 tarihlerinde polikliniğe başvuran ve araştırma kriterlerine uygun herkes araştırmaya davet edilmiş kabul eden 114 kişi araştırmaya alınmıştır.

Araştırmada izlem sürecinin farklı aşamalarında 14 katılımcı telefonu açmama, konuşmak istememe, yanlış numara verme gibi nedenlerle izlem dışında kalmış, 6 ay sonunda 100 katılımcıyla (%87,7) tüm izlem süreci tamamlanmıştır (Şekil 3).



Şekil 3. Araştırmaya katılım şeması.

3.5. Araştırmaya Alınan Kişilerin Özellikleri

Bu araştırmaya sigara bırakma polikliniğine ayaktan başvuru yapan, 18 yaşından büyük, okuma yazma bilen, hamilelik ya da emzirme döneminde olmayan katılımcılar alınmıştır. Bu özellikleri taşıyan kişilere yazılı ve sözlü olarak yapılan bilgilendirme sonrası, araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri

1) Araştırmacı tarafından hazırlanan 42 soruluk anket ve izlem anketi (Ek 1 ve 2)

2) Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) (Ek 3)

İsveçli doktor Karl Fagerström tarafından geliştirilmiş olan ölçektir (21). Testin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır (22). Bu ölçekte bağımlılara 6 adet soru yöneltilir, bu sorulara alınan cevaplara göre bağımlılık düzeyi değerlendirilir. Değerlendirme şu şekilde yapılır:

0-2 puan: Çok az bağımlılık

3-4 puan: Az bağımlılık

5 puan: Orta derecede bağımlılık

6-7 puan: Yüksek bağımlılık

8-10 puan: Çok yüksek bağımlılık

3) Beck Depresyon Ölçeği (Ek 4)

Beck A.T. tarafından geliştirilen ölçek, depresyon riskini belirlemek ve depresyon belirtilerinin düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Hisli N. tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (37). Son 1 hafta için cevaplanması istenen 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içerir. Puan aralığı 0-63 arasında değişmektedir. Artan puan artan depresyon riskini göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası 17 puandır.

3.7. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

Araştırmanın yapılacağı sigara bırakma polikliniğinin rutin işleyişi şu şekilde olmaktadır: İlk ziyaretlerinde her hastaya yaklaşık 30-40 dakikalık süre ayrılmaktadır. Bu süre içinde tüm hastaların genel değerlendirilmesi göğüs hastalıkları uzmanı tarafından yapılmaktadır. Hastalarla sigarayı bırakmaları

konusunda motivasyonlarını artırmaya yönelik görüşülmekte ve sonrasında problem çözmek ve beceri kazandırmak için verilen destekleyici eğitimde yoksunluk belirtileri ile nasıl baş edebilecekleri detaylı olarak anlatılarak bir davranış tedavisi verilmektedir. Bunun yanında olgulara farmakolojik tedavi yöntemleri olan, nikotin replasman tedavisi (NRT) yani nikotin sakızı ya da nikotin bandı, bupropion ya da vareniklin seçeneklerinden uygun olan bir tanesi reçete edilmektedir. Ayrıca şunu da belirtmek gerekir ki araştırmanın yapıldığı süreler içinde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından bu ilaçlar ücretsiz olarak hastalara sunulmuştur.

Araştırmanın ilk aşamasında polikliniğe başvurmuş, davranış tedavisini almış, alacağı farmakolojik tedavi yöntemi seçilip sigara bırakacağı gün belirlenmiş hastalara doktor görüşmesinin hemen sonrasında araştırmacı tarafından bu araştırmanın neden ve nasıl yapılacağı anlatılmış, araştırmanın kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Bunun hemen ardından katılımcıya araştırmanın ilk anketi yüz yüze uygulanmış, poliklinik doktoru tarafından uygulanan FNBT ölçeğinin ve Beck Depresyon ölçeğinin puanı hasta dosyasından bakılarak kaydedilmiştir. Kararlaştırılan tedavi ve sigara bırakma günü de hasta dosyasından bakılarak not edilmiştir. Başvuran her kişiye araştırmanın yapıldığı hastane tarafından poliklinik görüşmesinin hemen öncesinde uygulanan Solunum Fonksiyon Testi'nin sonuç belgesinin üzerinde yazan hastaya ait boy ve kilo değerleri de araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

Bu ilk görüşmenin ardından her katılımcı kendisine ait sigara bırakma gününün tam 1 ay sonrasında telefonla aranmış ve 1 ay içinde –tek bir nefes de olsa- sigara içip içmediği sorulmuştur. Eğer içtiyse nedeni ve sigarayı bıraktıktan sonra kaçınıcı gün içtiği sorulmuştur. Hastaya ayrıca tedavisini kullanmaya devam edip etmediği ve etmiyorsa devam etmeme nedeni sorulmuştur. Tek bir nefes de olsa sigara içtiğini söyleyen katılımcıların sigaraya yeniden başladığı kabul edilmiş, araştırmanın sonraki izlemlerine alınmamışlardır. İçmediğini söyleyen katılımcılar ise kendi sigara bırakma günlerinin tam 3 ay sonrasında yeniden aranmış, aynı sorular sorulmuştur. 3. ayda da içmemiş olan katılımcılar ise 6.ay sonunda son kez izlem için

aranmışlardır. Hastalara telefonla ulaşılamadığında 3 gün üst üste tekrar aranmışlardır.

3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 15 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bilgiler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdeler -normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve çeyreklikler- kullanılarak verilmiştir. Grup karşılaştırmaları için Ki-Kare testi kullanılmış, normal dağılıma uygun sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Student's t testi, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan testlerden ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U, üç ve daha fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis önemlilik testleri kullanılmıştır. Altı aylık izlem sürecinde sigara bırakmayı sürdürme durumu için Kaplan-Meier sağkalım analizi ve gruplar arası farkı değerlendirmek için log rank testi kullanılmıştır. Çok değişkenli analizde ise önceki analizlerde sigara içmeye yeniden başlama durumunu etkilediği görülen bağımsız etkenler geriye doğru (backward) seçim yöntemi ile Cox regresyon analizi kullanılarak incelenmiş ve sigara içmeye yeniden başlama durumu için risk faktörleri belirlenmiştir. p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir.

3.9. Etik Kurul Onayı

Araştırma için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu tarafından 26.01.2015 onay tarihli, 14 onay sayılı ve 150 protokol numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan toplam 114 kişinin 30'u (%26,3) kadın, 84'ü (%73,7) erkektir. Kadınların yaş ortalaması 42,7 (ss=9,0; yaş aralığı=27-59), erkeklerin yaş ortalaması 40,9'dur (ss=11,7; yaş aralığı=24-76). Araştırmaya katılanların tümü okuma yazma bilmekte çoğunluğu ilkokul mezunudur (%32,5). Katılımcıların çoğunluğu işçi olarak çalışmaktadır (%49,1). Gelir durumunu 'gelirim giderime eşit' olarak belirten katılımcı oranı %51,8'dir. Araştırmaya katılanların büyük kısmı evlidir (%76,4). Tüm katılımcılar kentte yaşamaktadırlar. Tablo 10'da araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları.

Sosyo-demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet (n=114)	Kadın	30	26,3
	Erkek	84	73,7
Yaş (n=114)	24-29	18	15,8
	30-39	35	30,7
	40-49	34	29,8
	50-59	18	15,8
	60-69	8	7,0
	70-79	1	0,9

Tablo 10. (Devam) Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları.

Sosyo-demografik Özellikler		n	%
Eğitim (n=114)	Okuryazar	5	4,4
	İlkokul	37	32,5
	Ortaokul/İlköğretim	18	15,8
	Lise	31	27,2
	Üniversite ve üzeri	23	20,2
Meslek (n=114)	Çalışmıyor	23	20,2
	İşçi	56	49,1
	Memur	11	9,6
	Emekli	14	12,3
	Kendi işini yapıyor	10	8,8
Medeni durum (n=114)	Hiç evlenmedim	19	16,7
	Halen evliyim	85	74,6
	Boşandım/Ayrı yaşıyorum/Eşimi kaybettim	10	8,8
Gelir durumu (n=114)	Gelirim giderimden fazla	23	20,2
	Gelirim giderime eşit	59	51,8
	Gelirim giderimi karşılamıyor	32	28,1

4.2. Katılımcıların Tütün Kullanma Davranışları ile İlgili Özellikler

Araştırmaya katılan kişilerin tamamına yakını tütün ürünü olarak filtreli sigara kullanmaktadır. Bir katılımcı sarma tütün kullandığını, 1 katılımcı ise filtreli sigaraya ek olarak nargile kullandığını belirtmiştir.

Araştırmada katılımcıların günlük tükettikleri sigara sayılarının erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur ($p=0,036$). Erkeklerin %51,2'si kadınların ise %36,7'si günde 21 ve üzerinde sigara içmektedir. Katılımcıların günlük tükettikleri sigara adetlerinin dağılımı Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Katılımcıların cinsiyetlerine göre günlük tükettikleri sigara sayılarının dağılımı.

Cinsiyet	Sigara adeti									
	1-10		11-20		21-30		31 ve üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın	6	20,0	13	43,3	6	20,0	5	16,7	30	100,0
Erkek	3	3,6	38	45,2	24	28,6	19	22,6	84	100,0
Toplam	9	7,9	51	44,7	30	26,3	24	21,1	114	100,0

$\chi^2=8,56$ $p=0,036$

Katılımcıların ortama sigara içtikleri süre 25,0 ($ss=11,0$) yıldır. Kadınlarda bu süre ortalama 25,1 ($ss=8,0$) yıl; erkeklerde ise 24,9 ($ss=11,9$) yıldır. Sigara için yaptıkları harcama aylık 280,4 ($ss=129,5$) Türk lirasıdır.

Araştırmaya katılan kişilere Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulanmıştır. FNBT puan ortalaması 5,7 ($ss=2,4$) olarak bulunmuştur. Kadınların aldıkları puan ortalaması 5,5 ($ss=2,8$); erkeklerde ise 5,8 ($ss=2,3$)'tür. FNBT ölçeğine göre bağımlılık düzeyi ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p=0,078$). Tablo 12'de katılımcıların cinsiyetlerine göre FNBT puan dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların cinsiyetlerine göre FNBT puan dağılımları.

FNBT puanı	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-2(çok az bağımlılık)	5	55,5	4	44,4	9	100,0
3-4(az bağımlılık)	3	10,7	25	89,2	28	100,0
5(orta bağımlılık)	3	37,5	5	62,5	8	100,0
6-7(yüksek bağımlılık)	11	30,5	25	69,4	36	100,0
8-10(çok yüksek bağımlılık)	8	23,5	25	75,7	43	100,0
Toplam	30	26,3	84	73,7	114	100,0

$\chi^2=8,40$ $p=0,078$

Yaş gruplarına göre FNBT puanları değerlendirilmiş yaş grupları ve bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,704$). Tablo 13'te katılımcıların yaş gruplarına göre FNBT puan dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların yaş gruplarına göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) puan dağılımları.*

	FNBT Puanı					
	0-4 (çok az ve az bağımlılık)		5-10 (orta ve üzeri bağımlılık)		Toplam	
Yaş Grubu	n	%	n	%	n	%
24-34 yaş	15	40,5	22	59,4	37	100,0
35-49 yaş	20	40,0	30	60,0	50	100,0
50 ve 50+ yaş	10	37,0	17	62,9	27	100,0

$\chi^2=0,70$ $p=0,704$

**Yaş ve FNBT puanları Ki-kare testinin uygulanabilmesi için gruplanmıştır.*

Katılımcıların sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması 16,4 (ss=4,2 en düşük=6, en yüksek=31) olarak bulunmuştur. Kadınlarda bu ortalama 17,8 (ss=4,5); erkeklerde ise 15,9 (ss=3,9)'dur. Erkekler kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde erken yaşta sigaraya başlamaktadırlar ($p=0,032$). Tablo 14'te cinsiyete göre sigaraya başlama yaşları gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların cinsiyetlerine göre sigaraya başlama yaşı değerleri.

Sigaraya başlama yaşı	n	Ortalama	ss	Değer aralığı
Kadın	30	17,8	4,5	12-31
Erkek	84	15,9	3,9	6-26
Toplam	114	16,4	4,2	6-31

Student's t test $p=0,032$

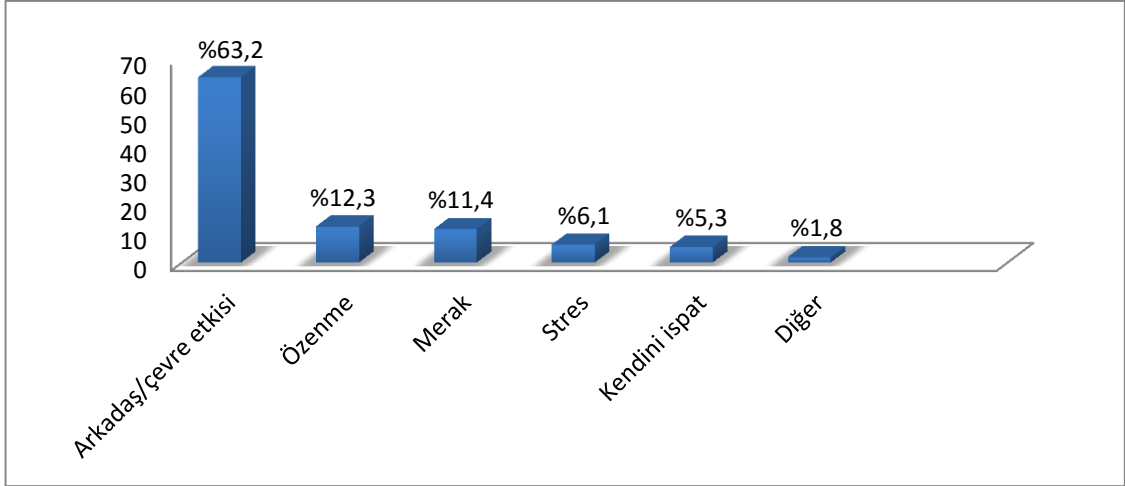
Araştırmada katılımcılara tütün kullanmaya başlama nedenleri sorulmuştur. Katılımcıların birden fazla seçenek belirtebildikleri bu soruya en yüksek oranda ‘arkadaş/evre etkisi’ cevabı verilmiştir (%86,8). ‘zenme’ ikinci sıklıktaki (%58,8), ‘merak’ üçüncü sıklıktaki (%57,9) neden olarak bulunmuştur. Tablo 15’de katılımcıların tütün kullanmaya başlamasındaki nedenlerin sıklıkları verilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların tütün kullanmaya başlamasındaki nedenlerin sıklıkları.

Tütün kullanmaya başlama nedeni(n=114)	n	%
Arkadaş/evre etkisi	99	86,8
zenme	67	58,8
Merak	66	57,9
Kendini ispat etmek	25	21,9
Stres	16	14,0
Diğer	2	0,01

Bir katılımcı sigaraya kilo vermek için, bir katılımcı ise eşini hatırlamak için başladığını belirtmiştir.

Araştırmada katılımcılara ayrıca tütün kullanmaya başlamalarındaki ‘en önemli’ neden sorulmuş ve tek bir seçenek belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%63,2) ‘arkadaş/evre etkisi’ yanıtını vermiş, ‘zenme’ ikinci (%12,3), ‘merak’ ise üçüncü (%11,4) sırada yer almıştır. şekil 4 ve Tablo 16’da katılımcıların tütün kullanmaya başlamalarındaki en önemli nedenlerin dağılımları sunulmuştur.



Şekil 4. Katılımcıların tütün kullanmaya başlamalarındaki en önemli nedenlerin dağılımı.

Tablo 16. Katılımcıların tütün kullanmaya başlamalarındaki en önemli nedenlerin dağılımları.

	n	%
Arkadaş/çevre etkisi	72	63,2
Özenme	14	12,3
Merak	13	11,4
Stres	7	6,1
Kendini ispat	6	5,3
Diğer	2	1,8
Toplam	114	100,0

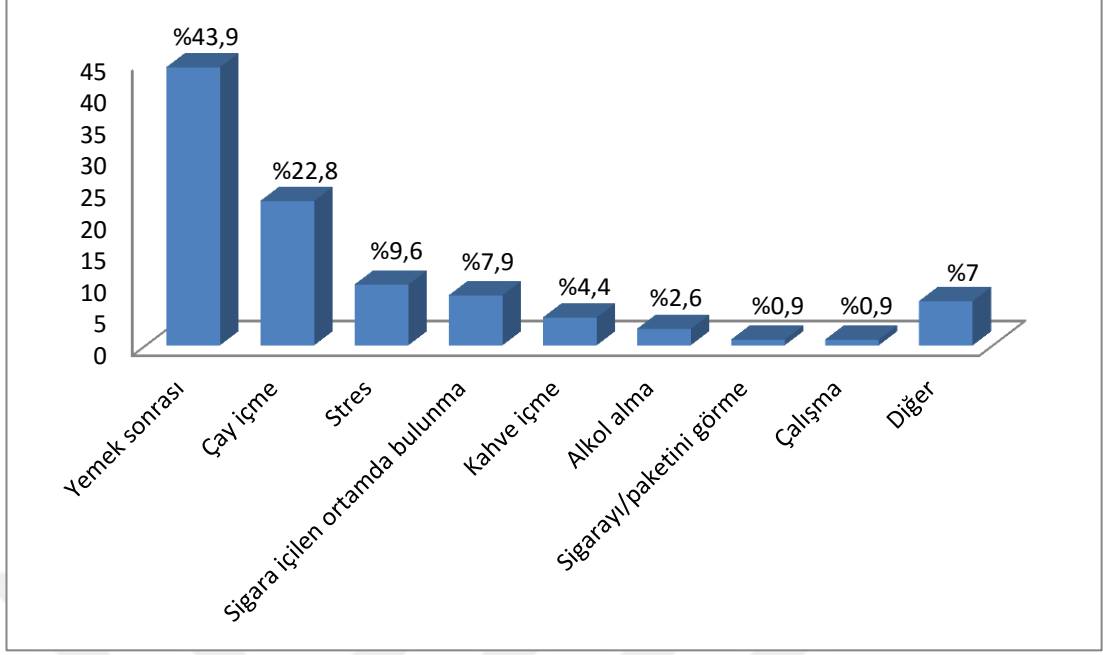
Araştırmadaki diğer sorulardan biri de sigara içme isteğini artıran nedenlerdir. Katılımcılara birden fazla seçenek belirtebilecekleri söylenmiştir. 114 kişiden 105'i (%92,1) '*yemek sonrası*' sigara içme isteğinin arttığını belirtmiştir. Sonraki nedenler sırasıyla '*stres*' (%83,3) ve '*sigara içilen ortamda bulunma*' (% 68,4) olmuştur. Tablo 17'de katılımcıların sigara içme isteğini artıran nedenlerin sıklıkları sunulmuştur.

Tablo 17. Katılımcıların sigara içme isteğini artıran nedenlerin sıklıkları.

Sigara içme isteğini artıran nedenler (n=114)	n	%
Yemek sonrası	105	92,1
Stres	96	83,3
Sigara içilen ortamda bulunma	78	68,4
Çay içme	75	65,8
Kahve içme	52	45,6
Sigarayı/paketini görme	40	35,1
Alkol alma	31	27,2
Çalışma	24	21,1
Diğer	10	0,08

Sigara içme isteğini artıran diğer nedenler olarak 'uykudan uyanma' (n=5), 'trafik' (n=1), 'film izlemek' (n=1), 'müzik dinlemek' (n=1) ve 'kendiliğinden gelen içme isteği' (n=1) belirtilmiştir.

Araştırmada katılımcılara ayrıca sigara içme isteklerini artıran 'en önemli' neden sorulmuş ve tek bir seçenek belirtmeleri istenmiştir. En sık verilen yanıt '*yemek sonrası*' (%43,9) olmuştur. '*Çay içme*' (%22,8) ikinci, '*stres*' (%9,6) üçüncü neden olarak bulunmuştur. Şekil 5 ve Tablo 18'de katılımcıların sigara içme isteklerini artıran en önemli nedenlerin dağılımları sunulmuştur.



Şekil 5. Katılımcıların sigara içme isteklerini artıran en önemli nedenlerin dağılımı.

Tablo 18. Katılımcıların sigara içme isteklerini artıran en önemli nedenlerin dağılımları.

	n	%
Yemek sonrası	50	43,9
Çay içme	26	22,8
Stres	11	9,6
Sigara içilen ortamda bulunma	9	7,9
Kahve içme	5	4,4
Alkol alma	3	2,6
Sigarayı/paketini görme	1	0,9
Çalışma	1	0,9
Diğer	8	7,0
Toplam	114	100,0

4.3. Katılımcıların Tütün Kullanmayı Bırakma Konusundaki Düşünceleri ve Özellikleri

Araştırmaya katılan kişilerin %87,7'si (n=100) daha önce sigara bırakmayı düşünmüş; %78,9'u (n=90) ise bırakmayı denemiştir. Katılımcılar daha önce ortalama olarak 3,1 defa (ss=5,5) bırakma girişiminde bulunmuşlardır. Bırakmayı deneyen kadınlar en uzun süren denemelerinde ortalama 141,3 (ss=286,0) gün; erkekler ise 131,3 (ss=278,6) gün sigara içmemişlerdir.

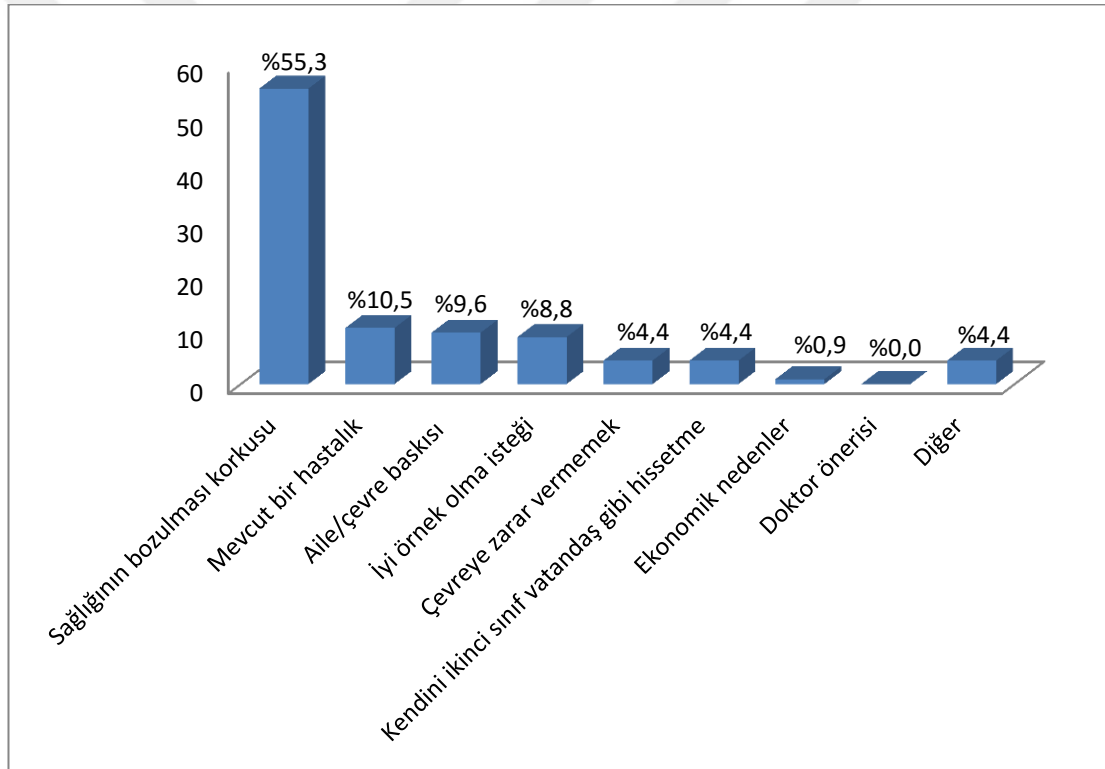
Araştırmada diğer bir soru katılımcıların sigara bırakmak istemesindeki nedenler olmuştur. Birden fazla seçenek belirtilebilen bu soruya en yüksek cevap '*sağlığın bozulması korkusu*' olmuştur (%89,5). En düşük sıklıktaki cevap ise '*doktor önerisi*' (%19,3) olmuştur. Tablo 19'da katılımcıların sigara içmeyi bırakmak istemelerindeki nedenlerin sıklıkları verilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların sigara içmeyi bırakmak istemelerindeki nedenlerin sıklıkları.

Sigara içmeyi bırakmak isteme nedeni (n=114)	n	%
Sağlığının bozulması korkusu	102	89,5
İyi örnek olma isteği	70	61,4
Çevreye zarar vermemek	63	55,3
Kendini ikinci sınıf vatandaş gibi hissetme	52	45,6
Aile/çevre baskısı	51	44,7
Ekonomik nedenler	42	36,8
Mevcut bir hastalık	32	28,1
Doktor önerisi	22	19,3
Diğer	13	0,1

Kötü kokmak' (n=6), 'diş sararması' (n=1), 'çocuğunun bırakmasını istemesi' (n=1), 'bağımlı olmak istememek' (n=1), 'kendini ispat etmek' (n=1), 'kilo almayı istemek' (n=1), 'çabuk yorulmak' (n=1) katılımcıların sigarayı bırakmayı istemelerindeki diğer nedenlerdir.

Araştırmada katılımcılara ayrıca sigara içmeyi bırakmak istemelerindeki 'en önemli' neden sorulmuş ve tek bir seçenek belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%55,3) 'sağlığın bozulması korkusu' yanıtını vermiş; bunu 'mevcut bir hastalık' (%10,5) ve 'aile/çevre baskısı' (%9,6) yanıtları izlemiştir. Şekil 6 ve Tablo 20'de katılımcıların sigara içmeyi bırakmak istemelerindeki en önemli nedenlerin dağılımları sunulmuştur.



Şekil 6. Katılımcıların sigara içmeyi bırakmak istemelerindeki en önemli nedenlerin dağılımları.

Tablo 20. Katılımcıların sigara içmeyi bırakmak istemelerindeki en önemli nedenlerin dağılımları.

	n	%
Sağlığının bozulması korkusu	63	55,3
Mevcut bir hastalık	12	10,5
Aile/çevre baskısı	11	9,6
İyi örnek olma isteği	10	8,8
Çevreye zarar vermemek	5	4,4
Kendini ikinci sınıf vatandaş gibi hissetme	5	4,4
Ekonomik nedenler	1	0,9
Doktor önerisi	0	0,0
Diğer	5	4,4
Toplam	114	100,0

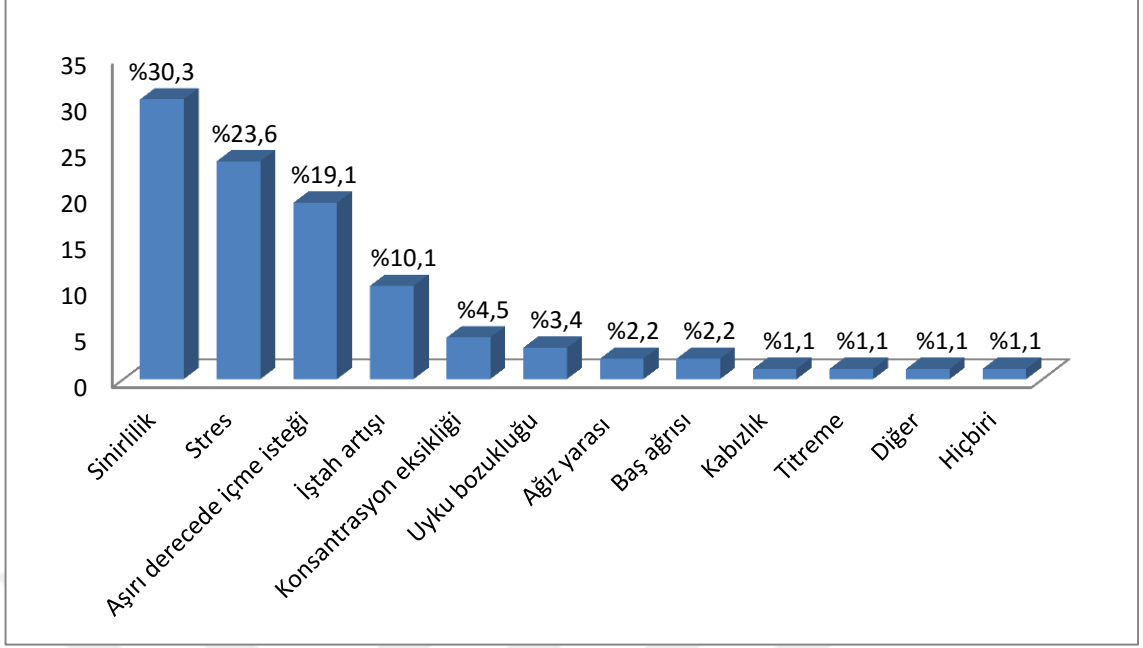
Daha önce sigara bırakmayı deneyen katılımcılara neden başarısız oldukları, daha önceki sigarayı bırakma denemelerinde onları en çok zorlayan nedenlerin neler olduğu sorulmuştur. Birden fazla seçenek belirtilebilen bu soruya en yüksek cevap (%63,2) ile 'stres' olmuştur. Bunu 'aşırı derecede içme isteği' (%59,6) ve 'sinirlilik' (%58,8) izlemiştir. Tablo 21'de katılımcıları sigara bırakma konusunda zorlayan nedenlerin sıklıkları sunulmuştur.

Tablo 21. Katılımcıları sigara bırakma konusunda zorlayan nedenlerin sıklıkları.

Sigara bırakmayı zorlaştıran nedenler (n=90)	n	%
Stres	72	80,0
Aşırı derecede içme isteği	68	75,6
Sinirlilik	67	74,4
İştah artışı	46	51,1
Konsantrasyon eksikliği	27	30,0
Baş ağrısı	26	28,9
Uyku bozukluğu	17	18,9
Titreme	13	14,4
Kabızlık	12	13,3
Ağız yarası	9	10,0
Diğer	2	0,02

Katılımcıları sigara önceki bırakma denemelerinde zorlaya diğer nedenler ise 'öksürük, balgam' (n=1) ve 'terleme' (n=1) olarak belirtilmiştir.

Araştırmada katılımcılara ayrıca sigara bırakma konusunda zorlayan 'en önemli' neden sorulmuş ve tek bir seçenek belirtmeleri istenmiştir. İlk sırada verilen yanıt '*sinirlilik*' (%30,3), ikinci 'stres' (%23,6), üçüncü ise 'aşırı derecede sigara içme isteği' (%19,1) olmuştur. Şekil 7 ve Tablo 22'de katılımcıları sigara bırakma konusunda zorlayan en önemli nedenlerin dağılımları sunulmuştur.



Şekil 7. Katılımcıların sigara bırakma konusunda zorlayan en önemli nedenlerin dağılımları.

Tablo 22. Katılımcıların sigara bırakma konusunda zorlayan en önemli nedenlerin dağılımları.

	n	%
Sinirlilik	27	30,0
Stres	21	23,3
Aşırı derecede içme isteği	17	18,9
İştah artışı	9	10,0
Konsantrasyon eksikliği	4	4,4
Uyku bozukluğu	3	3,3
Ağız yarası	2	2,2
Baş ağrısı	2	2,2
Kabızlık	1	1,1
Titreme	1	1,1
Diğer	1	1,1
Hiçbiri	2	2,2
Toplam	90	100,0

Katılımcılara topluma yönelik tütün bırakma yöntemlerinden hangisinin en etkin olduğunu düşündükleri sorulmuştur. Katılımcıların çoğunluğu hiçbir yöntemi etkin bulmadığını belirtmiştir (%37,7). En sık etkin bulunan yöntem ise *'sigara paketlerinin üstündeki resimler ve uyarılar'* olmuştur (%25,4). Tablo 23'te araştırmaya katılan kişilerin en etkin buldukları tütün bıraktırma müdahalelerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların en etkin buldukları tütün bıraktırma müdahalelerinin dağılımı.

	n	%
Sigara paketlerinin üstündeki resimler ve uyarılar	29	25,4
Kapalı alanda sigara içme yasağı	26	22,8
Tütün karşıtı kamu spotları, reklamlar, afişler vb	9	7,9
Tütüne yapılan zamlar	6	5,3
Hiçbiri	43	37,7
Diğer	1	0,9
Toplam	114	100,0

Araştırmaya katılan kişilerin iş ve sosyal çevresindeki kişilerin tütün kullanma durumları sorgulanmıştır. Katılımcıların %52,6'sının evinde, bir iş yerinde çalışan katılımcıların %83,1'inin iş yerinde ve tüm katılımcıların %88,6'sının arkadaş çevresinde sigara içenler bulunmaktadır. Eşi sigara içen katılımcı oranı %29,7; annesi sigara içenlerin oranı %13,2; babası sigara içenlerin oranı %14,9; çocuğu/çocukları sigara içenlerin oranı %25,3; iş arkadaşı sigara içenlerin oranı ise %97,3 olarak bulunmuştur. Tablo 24'te katılımcıların yakın çevresindeki kişilerin sigara içme durumları gösterilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların aile ve sosyal çevresindeki kişilerin sigara içme durumu.

	Sigara İçme Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evde	60	52,6	54	47,4	114	100,0
İş yerinde	69	83,1	14	16,9	83	100,0
Arkadaş çevresinde	101	88,6	13	11,4	114	100,0
Eş	27	29,7	64	70,3	91	100,0
Anne	15	13,2	99	86,8	114	100,0
Baba	17	14,9	97	85,1	114	100,0
Kardeş	75	65,8	39	34,2	114	100,0
Çocuk	22	25,3	65	74,7	87	100,0
Yakın Arkadaş	105	92,1	9	7,9	114	100,0
İş arkadaşı	74	93,7	5	6,3	79	100,0

Bir iş yerinde çalışan katılımcılara iş yerinde sigara içip içemedikleri sorulmuş ve tümü içebildiğini belirtmiştir. Çalıştığı ortamda sigara içebilen kişilerin oranı %35,4, özel bir alanda ya da dışarıda açık alanda içebilen kişilerin oranı ise %64,6 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların hastalık durumu kendi bildirimlerine göre sorgulanmıştır. 30 kişi (%26,3) kronik hastalığı olduğunu beyan etmiştir. Bu kişilerden 15'i (%13) kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 9 kişi (%7) hipertansiyon, 3 kişi (%2) diabetes mellitus, 2 kişi (%1) astım, 2 kişi (%1) kanser ve 1 kişi (%0,8) koroner arter hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Yine kendi beyanına göre 6 kişinin (%5,2) depresyon; 4 kişinin (%3,5) anksiyete bozukluğu, 1 kişinin (%0,8) ise alkol bağımlılığı tanısı mevcuttur.

Araştırmada Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 11,3 (ss=8,3) olarak bulunmuştur. Katılımcıların 26'sı (%22,8) Beck Depresyon Ölçeği'nin sınır değeri olan 17 ve üzerinde puan almış ve bu kişilere ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne danışmaları önerisinde bulunulmuştur.

Boy ve kilo değerlerine göre beden kitle indeksi (BKİ) değerleri hesaplanan katılımcıların, BKİ ortalama değeri 26,7 (ss=4,9) olarak bulunmuştur. BKİ değerlerine göre katılımcıların %39'u normal, %41,9'u fazla kilolu, % 19'u şişman grubundadır.

4.4. Katılımcıların İzlem Süresince Tütün Kullanımı Değişimleriyle İlgili Bulgular

Araştırmada katılımcıların tütün kullanımı değişimleri '**sigara bırakma durumu**' ve '**sigara içilmeyen süre**' değişkenleriyle değerlendirilmiştir.

İlk izlemde (1.ayın sonu) katılımcıların %28,2'si (n=29), ikinci izlemde (3. ayın sonu) %12,8'i (n=13) sigara içmemiş olarak bulunmuştur. Araştırmaya dahil edilen ve tüm süre boyunca izlemi yapılan 100 katılımcının üçüncü izlemde (6. ayın sonu) sigara bırakma başarısı ise %5'tir (n=5) (Tablo 25).

Tablo 25. Yapılan her bir izlemin sonrasında katılımcıların sigara içme durumları ve sigara içmedikleri süreler.

	Sigara Bırakma Durumu						Sigara İçilmeyen Süre (gün)				
	Bıraktı		Bırakmadı		Toplam		Ortalama	ss	Ortanca	min	max
	n	%	n	%	n	%					
Birinci izlem (1. ayın sonu)	29	28,2	74	71,8	103	100,0	12,8	12,2	7	0	35
İkinci izlem (3. ayın sonu)	13	12,8	88	87,1	101	100,0	24,2	31,5	7	0	90
Üçüncü izlem (6. ayın sonu)	5	5,0	95	95,0	100	100,0	31,6	49,8	7	0	180

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve 6 aylık izlem sonucundaki sigara bırakma durumları değerlendirilmiş bırakan kişi sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel analiz uygulanamamıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sigara bırakma durumları.

Özellik (n=100)	Sigara Bırakma Durumu*					
	Bıraktı		Bırakmadı		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	0	0,0	25	100,0	25	100,0
Erkek	5	6,7	70	93,3	75	100,0
Yaş						
24-29	1	5,6	17	94,4	18	100,0
30-39	1	3,3	29	96,7	30	100,0
40-49	2	7,1	26	92,9	28	100,0
50-59	1	6,3	15	93,8	16	100,0
60-69	0	0,0	7	100,0	7	100,0
70-79	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Eğitim						
Okuryazar	0	0,0	4	100,0	4	100,0
İlkokul	2	7,1	26	92,9	28	100,0
Ortaokul/İlköğretim	1	5,9	16	94,1	17	100,0
Lise	1	3,3	29	96,7	30	100,0
Üniversite ve üzeri	1	4,8	20	95,2	21	100,0
Meslek						
Çalışmıyor	0	0,0	17	100,0	17	100,0
İşçi	4	8,0	46	96,0	50	100,0
Memur	0	0,0	10	100,0	10	100,0
Emekli	1	7,7	12	92,3	13	100,0
Kendi işini yapıyor	0	0,0	10	100,0	10	100,0
Medeni Durum						
Hiç evlenmedim	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Halen evliyim	4	5,6	68	94,4	72	100,0
Boşandım/Ayrı yaşıyorum/Eşimi kaybettim	0	0,0	9	100,0	9	100,0
Gelir Durumu						
Gelirim giderimden fazla	0	0,0	20	100,0	20	100,0
Gelirim giderime eşit	4	7,4	50	92,6	54	100,0
Gelirim giderimi karşılamıyor	1	3,8	25	96,2	26	100,0

*Tablo değerlerindeki yetersizlikten dolayı istatistiksel analiz uygulanamamıştır

Her katılımcı standart davranış tedavisini (DT) almış ve her katılımcıya nikotin sakızı, nikotin bandı, bupropion ve vareniklin tedavilerinden biri reçete edilmiştir (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların aldıkları tedaviye göre dağılımları.

Tedavi Şekli	n	%
DT+ nikotin sakızı	11	9,6
DT+ nikotin bandı	32	28,1
DT+ bupropion	13	11,4
DT+ vareniklin	58	50,9
Toplam	114	100,0

Katılımcıların aldıkları tedavi şekli cinsiyetlerine, yaş gruplarına veya kronik hastalığın olması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık taşımamaktadır sırasıyla; $p=0,063$ $p=0,162$ ve $p=0,184$.

Altıncı ayın sonunda sigarayı bırakmış olan hastaların 4'ü vareniklin; 1'i nikotin sakızı tedavisi almıştır. DT+nikotin sakızı tedavisi alanların birinci ayın sonundaki sigara bırakma başarıları %28,5; üçüncü ayın sonunda %11,1 ve altıncı ayın sonunda %11,1 olarak bulunmuştur. DT+nikotin bandı tedavisi alanların birinci ayın sonundaki sigara bırakma başarıları %17,9; üçüncü ayın sonunda %7,1 ve altıncı ayın sonunda %0,0 olarak bulunmuştur. DT+bupropion tedavisi alanların birinci ayın sonundaki sigara bırakma başarıları %8,3; üçüncü ayın sonunda %0,0 ve altıncı ayın sonunda %0,0 olarak bulunmuştur. DT+vareniklin tedavisi alanların ise birinci ayın sonundaki sigara bırakma başarıları %35,8; üçüncü ayın sonunda %19,2 ve altıncı ayın sonunda %7,6 olarak bulunmuştur. Tablo 28'de katılımcıların aldıkları tedavilere göre her bir izlem sonundaki sigara bırakma durumları gösterilmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların aldıkları tedavilere göre her bir izlem sonundaki sigara bırakma durumları.

Tedavi Şekli	Sigara Bırakma Durumu*								
	1. İzlem			2. İzlem			3. İzlem		
	Bıraktı n (%)	Bırakmadı n (%)	Toplam n (%)	Bıraktı n (%)	Bırakmadı n (%)	Toplam n (%)	Bıraktı n (%)	Bırakmadı n (%)	Toplam n (%)
DT+ nikotin sakızı	2 (28,5)	7 (71,4)	9 (100,0)	1 (11,1)	8 (88,8)	9 (100,0)	1 (11,1)	8 (88,8)	9 (100,0)
DT+ nikotin bandı	7 (17,9)	22 (82,0)	29 (100,0)	2 (7,1)	26 (92,8)	28 (100,0)	0 (0,0)	27 (100,0)	27 (100,0)
DT+ bupropion	1 (8,3)	11 (91,6)	12 (100,0)	0 (0,0)	12 (100,0)	12 (100,0)	0 (0,0)	11 (100,0)	12 (100,0)
DT+ vareniklin	19 (35,8)	34 (64,1)	53 (100,0)	10 (19,2)	42 (80,7)	52 (100,0)	4 (7,6)	48 (92,3)	52 (100,0)
Toplam n (%)	29 (28,1)	74 (71,8)	103 (100,0)	13 (12,8)	88 (87,1)	101 (100,0)	5 (5,0)	95 (95,0)	100 (100,0)

*Tablo değerlerindeki yetersizlikten dolayı istatistiksel analiz uygulanamamıştır.

Katılımcılar araştırmanın diğer temel bağımsız değişkeni olan 'sigara içilmeye süre' değerlerine göre incelenmiş, araştırma süresince izlemde düşmeyen 100 hastanın sosyo-demografik özelliklere göre sigara içilmeyen süre karşılaştırmasında grupların benzer olduğu görülmüştür ($p>0,5$). Cinsiyet ise istatistiksel anlamlılığa yakın bir farklılık oluşturan tek sosyo-demografik değişken olmuştur ($p=0,064$). Erkeklerin sigara içmedikleri süreler kadınlarınkinden uzundur ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Tablo 29'da sigara içilmeyen süre ile cinsiyet arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo 29. Katılımcıların sigara içmedikleri sürelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması.

	Sigara İçilmeyen Süre (gün)			
	Median	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik	Değer aralığı
Kadın (n=25)	0	5,0	37,5	120
Erkek (n=75)	3	10,0	50,0	180

Mann-Whitney U test $p=0,064$

Katılımcıların sigara içtikleri süre ortalamaları Beck Depresyon Ölçeği değerlerine, kronik hastalığın olması durumuna ve BKİ gruplarına göre değişmemektedir. Sırasıyla; $p=0,587$ $p=0,626$ ve $p=0,356$.

Katılımcıların aldıkları tedavilere göre sigara içmedikleri süreler bakıldığında bu süre DT+nikotin sakızı tedavisi alanlar için ortalama 33,0 gün, ortanca 10 gün; DT+nikotin bandı tedavisi alanlar için ortalama 19,5 gün, ortanca 7 gün; DT+bupropion tedavisi alanlar için ortalama 4,1 gün, ortanca 0 gün; DT+vareniklin tedavisi alanlar için ortalama 44,0 gün, ortanca 20 gün olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Tablo 30'da katılımcıların aldıkları tedavilere göre sigara içmedikleri süreler karşılaştırılmıştır.

Tablo 30. Katılımcıların sigara içmedikleri sürelerin aldıkları tedavilere göre karşılaştırılması.

Tedavi Şekli	Sigara İçilmeyen Süre (gün)						
	Ortalama	ss	min	max	Ortanca	1.ve 3. çeyreklik	Değer aralığı
DT+ nikotin sakızı (n=9)	33,0	57,1	3	180	10	3,5-37,5	177
DT+ nikotin bandı (n=27)	19,5	35,9	0	164	7	2,0-10,0	164
DT+ bupropion (n=12)	4,1	11,4	0	40	0	0,0-2,75	40
DT+ vareniklin (n=52)	44,0	56,7	0	180	20	3,0-67,5	180

Kruskal-Wallis $\chi^2=16,3$ p=0,001

Farklılığın hangi tedavi şeklinden kaynaklı olduğunu belirlemek için yapılan ikili analizler sonucu 'bupropion' alan kişilerin diğer tedavi gruplarının tümünden daha kısa sürede sigaraya başladığı ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür. Özellikle 'vareniklin' alan katılımcıların sigara içmedikleri süre 'bupropion' alan kişilerin sigara içmedikleri süreden ileri derecede anlamlı olarak daha uzundur (p<0,00). Tablo 31-36'da sigara içilmeyen sürelerin tedavi şekillerine göre ikili karşılaştırmaları gösterilmiştir.

Tablo 31. Sigara içilmeyen sürelerin nikotin sakızı ve nikotin bandı kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.

Tedavi Şekli	Sigara İçilmeyen Süre (gün)			
	Median	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik	Değer aralığı
DT+ nikotin sakızı (n=9)	10	3,5	37,5	177
DT+ nikotin bandı (n=27)	7	2,0	10,0	164

Mann-Whitney U test p=0,279

Tablo 32. Sigara içilmeyen sürelerin nikotin sakızı ve bupropion kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.

Tedavi Şekli	Sigara İçilmeyen Süre (gün)			
	Median	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik	Değer aralığı
DT+ nikotin sakızı (n=9)	10	3,5	37,5	177
DT+ bupropion (n=12)	0	0,0	2,75	40

Mann-Whitney U test p=0,002

Tablo 33. Sigara içilmeyen sürelerin nikotin sakızı ve vareniklin kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.

Tedavi Şekli	Sigara İçilmeyen Süre (gün)			
	Median	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik	Değer aralığı
DT+ nikotin sakızı (n=9)	10	3,5	37,5	177
DT+ vareniklin (n=52)	20	3,0	67,5	180

Mann-Whitney U test p=0,756

Tablo 34. Sigara içilmeyen sürelerin nikotin bandı ve bupropion kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.

Tedavi Şekli	Sigara İçilmeyen Süre (gün)			
	Median	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik	Değer aralığı
DT+ nikotin bandı (n=27)	7	2,0	10,0	164
DT+ bupropion (n=12)	0	0,0	2,75	40

Mann-Whitney U test $p=0,003$

Tablo 35. Sigara içilmeyen sürelerin nikotin bandı ve vareniklin kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.

Tedavi Şekli	Sigara İçilmeyen Süre (gün)			
	Median	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik	Değer aralığı
DT+ nikotin bandı (n=27)	7	2,0	10,0	164
DT+ vareniklin (n=52)	20	3,0	67,5	180

Mann-Whitney U test $p=0,054$

Tablo 36. Sigara içilmeyen sürelerin bupropion ve vareniklin kullanan katılımcılarda karşılaştırılması.

Tedavi Şekli	Sigara İçilmeyen Süre (gün)			
	Median	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik	Değer aralığı
DT+ vareniklin (n=52)	20	3,0	67,5	180
DT+ bupropion (n=12)	0	0,0	2,75	40

Mann-Whitney U test $p<0,00$

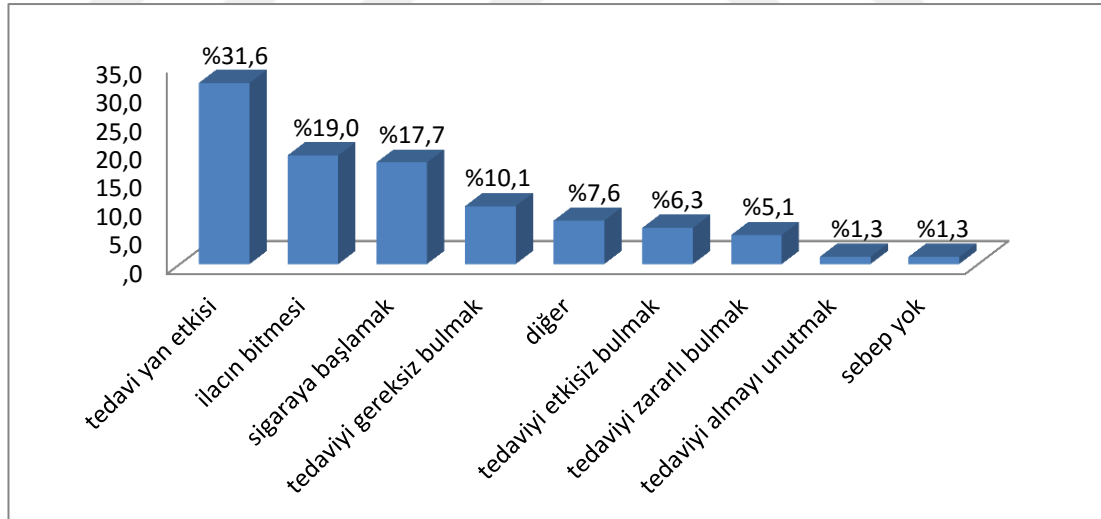
Sigara içilmeyen sürenin, eşi sigara içen katılımcılarda eşi sigara içmeyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kısa olduğu görülmüştür (p=0,013) (Tablo 37).

Tablo 37. Sigara içilmeyen sürelerin eşi sigara içen ve içmeyen katılımcılarda karşılaştırılması.

Sigara içen eş	Sigara İçilmeyen Süre (gün)			
	Median	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik	Değer aralığı
Evet (n=22)	5	0,0	10,0	120
Hayır (n=56)	15	3,0	60,0	180

Mann-Whitney U test $p=0,013$

Katılımcıların çoğu çeşitli nedenlerle önerilen sürede tedavilerine devam etmemişlerdir (n=79). Bu durumun en sık nedeni 'tedavi yan etkisi' (%31,6) ikinci nedeni 'ilacın bitmesi' (%19,0) olarak bulunmuştur (Şekil 8).



Şekil 8. Katılımcıların tedavilerini bırakma nedenlerinin dağılımı.

Katılımcılar tedavi sürelerine göre '28 günden az tedavi alanlar' ve '28 gün ve üzerinde' tedavi olanlar şeklinde iki gruba ayrıldıklarında, 28 günden az tedavi alanların sigara içmedikleri sürenin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kısa olduğu bulunmuştur. Yani tedavi alınan süre uzadıkça sigara içilmeyen süre de uzamaktadır ($p=0,001$) (Tablo 38).

Tablo 38. Sigara içilmeyen sürelerin tedavi sürelerine göre karşılaştırılması.

Tedavi Süresi	Sigara İçilmeyen Süre (gün)			
	Median	1.Çeyreklik	3.Çeyreklik	Değer aralığı
28 günden az (n=57)	2	0,0	12,0	180
28 gün ve üzeri (n=42)	31,5	4,5	71,25	180

Mann-Whitney U test $p=0,001$

Tedavi şekli ve tedavi süreleri karşılaştırıldığında tedavi şekline göre tedavi alma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılığı oluşturan grup ise nikotin bandı kullanan gruptur. Nikotin bandı kullanan kişilerin aldıkları tedavi süresi diğer gruplardan daha kısadır ($p<0,00$) (Tablo 39).

Tablo 39. Tedavi şekillerine göre tedavi sürelerinin karşılaştırılması.

Tedavi Şekli	Tedavi Süresi (gün)						
	Ortalama	ss	min	max	Ortanca	1.ve 3. Çeyreklik	Değer aralığı
DT+ nikotin sakızı (n=9)	29,0	26,5	7,0	90,0	27,5	10,0-30,0	83
DT+ nikotin bandı* (n=27)	10,4	13,6	0,0	60,0	7,0	3,0-9,5	60,0
DT+ bupropion (n=12)	12,5	17,6	0,0	60,0	17,5	3,5-30,0	60,0
DT+ vareniklin (n=52)	28,0	19,2	0,0	90,0	29,2	28,0-30,0	90,0

Kruskal-Wallis $x^2=25,4$ $p<0,00$

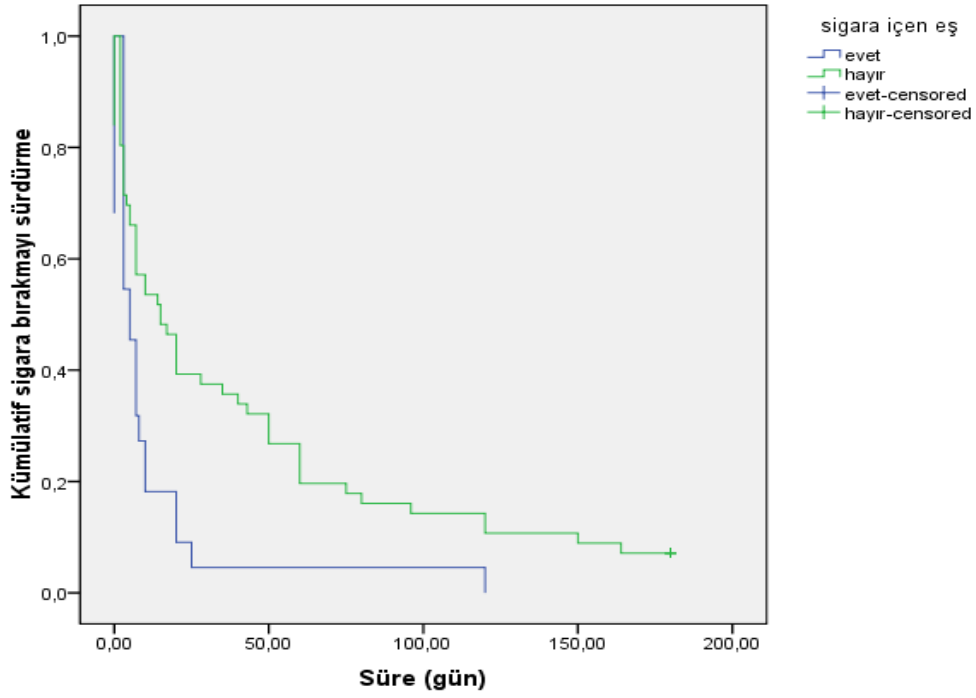
**Farkı oluşturan grup*

4.5. Katılımcıların İzlem Süresince Tütün Kullanımı Değişimleri ile İlgili Sağkalım Analizlerine Ait Bulgular

İkili analizlerde sigara içilmeyen sürede istatistiksel olarak anlamlı düzeyde -ya da bu düzeye yakın- farklılık oluşturan değişkenler sağkalım analizleriyle değerlendirilmiştir.

Cinsiyete göre sigara bırakmayı sürdürme değerlendirildiğinde kadınların sigara içmedikleri süre ortalama 19,6 gün (%95 GA=6,2-32,9), ortanca 5 gündür (%95 GA=1,5-8,4). Erkeklerin ise ortalama 35,6 gün (%95 GA=23,6-47,7), ortanca 10 gündür (%95 GA=5,0-14,9). Ancak bu fark istatistiksel düzeyde anlamlılık taşımamaktadır (log rank=3,5 p=0,061).

İkili analizlerde istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık içeren 'sigara içen eşin olması ve sigara içilmeyen süre' ilişkisi sağkalım analizi ile değerlendirilmiştir. Eşi sigara içen katılımcıların sigara içmedikleri süre ortalama 11,5 gün (%95 GA=0,9-22,0), ortanca 5 gündür (%95 GA=0,9-9,0). Eşi sigara içmeyenlerin ise ortalama 40,8 gün (%95 GA=26,6-55,1), ortanca 15 gündür (%95 GA=5,4-24,5). Sağkalım analizi sonucunda da farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eşi sigara içmeyen katılımcılar, eşi sigara içen katılımcılara göre daha yüksek olasılıkla sigara bırakmayı sürdürmektedirler (log rank=8,5 p=0,003). Şekil 9'da eşin sigara içme durumuna göre sigara bırakmayı sürdürme değişimi gösterilmiştir.



Şekil 9. Eşin sigara içme durumuna göre sigara bırakmayı sürdürme.

Katılımcıların aldıkları tedavi şekline göre sağkalım analizi yapıldığında bulunan sigara içilmeyen süre değerlerinin en yükseği vareniklin kullanıcılarına aittir. Sigara içilmeyen süre bakımından nikotin sakızı kullananlar ikinci, nikotin bandı kullananlar üçüncü, bupropion kullananlar son sırada yer almıştır (Tablo 40).

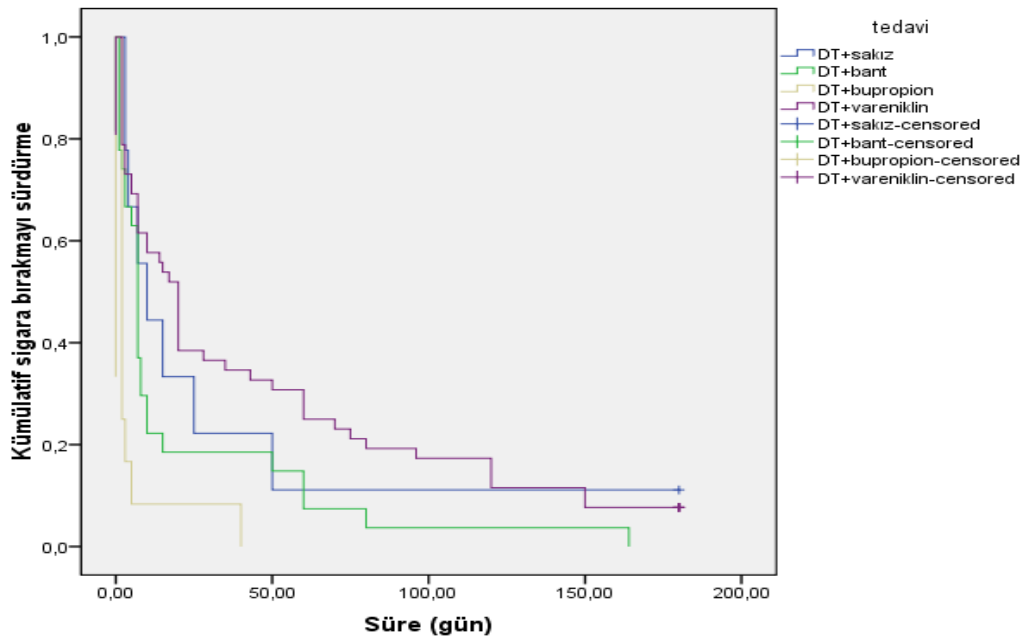
Tablo 40. Tedavi şekline göre sigara içilmeyen süre ortalama ve ortanca değerleri.

Tedavi Şekli	Sigara İçilmeyen Süre (gün)			
	Ortalama	%95 GA	Ortanca	%95 GA
DT+ nikotin sakızı	33,0	0,0-68,2	10,0	1,2-18,7
DT+ nikotin bandı	19,5	5,9-33,1	7,0	5,5-8,4
DT+ bupropion	4,1	0,0-10,6	0,0	
DT+ vareniklin	44,0	28,8-59,3	20,0	15,4-24,5

Sigara bırakmayı sürdürme ile tedavi şekillerinin ikili karşılaştırmaları log rank analizi ile değerlendirilmiştir. Bu analize göre diğer tüm tedavi şekillerine kıyasla bupropion kullanan katılımcıların sigara bırakmayı sürdürme olasılıkları daha düşüktür. Vareniklin kullananlar ise bupropion ve nikotin bandı kullananlara göre daha yüksek olasılıkla sigara bırakmayı sürdürmektedirler (Tablo 41). Sağkalım grafiğinde de en yüksek sigara bırakmayı sürdürme durumunun vareniklin kullanıcılarına ait olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla nikotin sakızı, nikotin bandı ve son sırada bupropion kullanıcıları izlemektedir (Şekil 10).

Tablo 41. Tedavi şekline göre sigara bırakmayı sürdürme karşılaştırmaları.

Tedavi Şekli	DT+ nikotin sakızı		DT+ nikotin bandı		DT+ bupropion		DT+ vareniklin	
	log rank	p	log rank	p	log rank	p	log rank	p
DT+ nikotin sakızı			1,0	0,31	7,3	0,007	0,1	0,65
DT+ nikotin bandı	1,0	0,31			9,4	0,002	5,6	0,018
DT+ bupropion	7,3	0,007	9,4	0,002			17,4	0,000
DT+ vareniklin	0,1	0,65	5,6	0,018	17,4	0,000		



Şekil 10. Tedavi şekline göre sigara bırakmayı sürdürme.

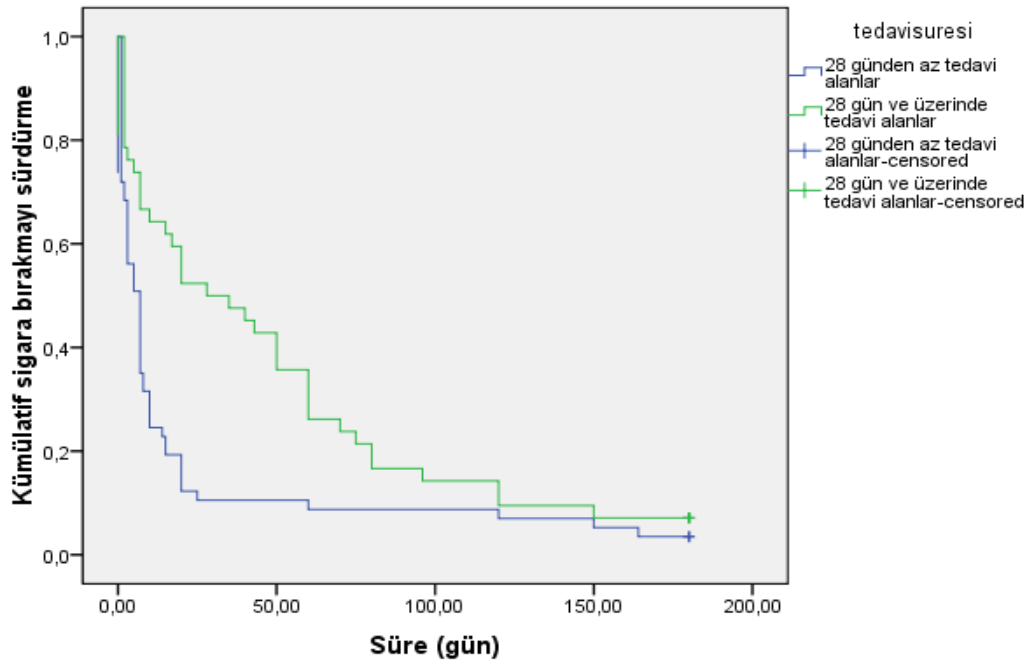
Bir önceki bölümde yapılan karşılaştırmalarda nikotin bandı kullanıcılarının tedavi aldıkları sürenin diğer tedavi yöntemlerini alanlara göre daha kısa olduğu bulunmuştu. Bu yüzden 'tedavi süresi 28 günden az olanlar' ve tedavi süresi '28 gün ve üzerinde olanlar' şeklinde gruplanan tedavi süresine göre düzeltilmiş sağkalım analizleri yeniden yapılmıştır. Yani tedavi şekillerinin sigara bırakmayı sürdürme durumuna etkisi tedavi süresine göre düzeltilerek yeniden log rank analizi ile değerlendirilmiştir. Düzeltilmiş analizden sonra bupropion tedavisi alan katılımcıların diğer tedavi yöntemlerinden daha düşük olasılıkla sigarayı bırakmayı sürdürme durumları değişmezken, vareniklin ve nikotin bandı kullanan katılımcılar arasındaki fark kaybolmuştur (Tablo 42).

Tablo 42. Tedavi şekline göre sigara bırakmayı sürdürme karşılaştırmaları.

Tedavi Şekli	DT+ nikotin sakızı		DT+ nikotin bandı		DT+ bupropion		DT+ vareniklin	
	log rank	p	log rank	p	log rank	p	log rank	p
DT+ nikotin sakızı			0,4	0,52	9,8	0,002	0,01	0,89
DT+ nikotin bandı	0,4	0,52			16,8	0,000	2,4	0,11
DT+ bupropion	9,8	0,002	16,8	0,000			19,1	0,000
DT+ vareniklin	0,01	0,89	2,4	0,11	19,1	0,000		

Tedavi süresine göre düzeltilmiştir.

Tedavi süresinin sigara içilmeyen süreyle ilişkili olduğu daha önceki analizlerde gösterilmişti. Tedavi süresinin sigara bırakmayı sürdürme durumuna etkisi sağkalım analizi ile de değerlendirilmiştir. Yine katılımcılar aldıkları tedavi süresine göre tedavi süresi '28 günden az olanlar' ve tedavi süresi '28 gün ve üzerinde olanlar' şeklinde gruplara ayrılmıştır. Bu karşılaştırmada tedavi şeklinin karıştırıcılığını önlemek için analiz tedavi şekline göre düzeltilerek yapılmıştır. Sonuçta tedavi süreleri 28 günden az olan kişilerin sigara bırakmayı sürdürme olasılıklarının 28 gün ve üzerinde tedavi alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür ve bu durum alınan tedavi şekline göre bağımsızdır (log rank=5,3 p=0,021) (Şekil11).



Şekil 11. Tedavi süresine göre sigara bırakmayı sürdürme.

Sigara içmeye yeniden başlama durumları değerlendirilirken çoklu analizle risk faktörlerini belirlemek için Cox regresyon analizi kullanılmış ve göreceli riskler (GR) hesaplanmıştır. Analize cinsiyet, eşin sigara içmesi durumu, tedavi şekli ve tedavi süresi değişkenleri dahil edilmiştir (Tablo 43).

Tablo 43. Sigara içmeye yeniden başlama için risk faktörlerinin Cox regresyon analizi ile değerlendirilmesi.

Risk Faktörleri*	GR	%95 GA	p
Model 1			
Tedavi Süresi <28	1,480	0,854-2,564	0,162
Vareniklin (=Referans)	1	-	-
Nikotin sakızı	1,044	0,460-2,369	0,918
Nikotin bandı	1,252	0,664-2,361	0,487
Bupropion	4,452	1,817-10,905	0,001
Sigara içen eşin varlığı	2,094	1,106-3,964	0,023
Kadın	0,765	0,369-1,585	0,471
Model 2			
Tedavi Süresi <28	1,454	0,841-2,516	0,181
Vareniklin (=Referans)	1	-	-
Nikotin sakızı	0,991	0,442-2,222	0,982
Nikotin bandı	1,291	0,688-2,423	0,427
Bupropion	3,775	1,742-8,178	0,001
Sigara içen eşin varlığı	1,865	1,066-3,262	0,029
Model 3			
Vareniklin (=Referans)	1	-	-
Nikotin sakızı	0,970	0,433-2,174	0,941
Nikotin bandı	1,513	0,837-2,734	0,170
Bupropion	3,750	1,740-8,083	0,001
Sigara içen eşin varlığı	2,141	1,261-3,634	0,005

*Tedavi süresi 28 gün ve üzerinde olanlar; vareniklin tedavisi alanlar; eşi sigara içmeyenler ve erkekler referans gruptur.

Cox regresyon analizi sonuçlarına göre;

Tedavi süresi, tedavi şekli, eşin sigara içme durumu ve cinsiyetin alındığı Model 1'de:

- Bupropion tedavisi alanların sigara içmeye yeniden başlama olasılıklarının vareniklin alanlara göre 4,452 kat fazla olduğu görülmüştür (p=0,001).
- Eşi sigara içen katılımcıların sigara içmeye yeniden başlama olasılıklarının içmeyenlere göre 2,094 kat fazla olduğu görülmüştür (p=0,023).

Tedavi süresi, tedavi şekli ve eşin sigara içme durumunun alındığı Model 2'de:

- Bupropion tedavisi alanların sigara içmeye yeniden başlama olasılıklarının vareniklin alanlara göre 3,775 kat fazla olduğu görülmüştür (p=0,001).
- Eşi sigara içen katılımcıların sigara içmeye yeniden başlama olasılıklarının içmeyenlere göre 1,865 kat fazla olduğu görülmüştür (p=0,029).

Tedavi şekli ve eşin sigara içme durumunun alındığı Model 3'de:

- Bupropion tedavisi alanların sigara içmeye yeniden başlama olasılıklarının vareniklin alanlara göre 3,750 kat fazla olduğu görülmüştür (p=0,001).
- Eşi sigara içen katılımcıların sigara içmeye yeniden başlama olasılıklarının içmeyenlere göre 2,141 kat fazla olduğu görülmüştür (p=0,005).

Son olarak sigaraya yeniden başlayan katılımcılara neden başladıkları sorulmuştur. 'Stres ve üzüntü' her üç izlemde de katılımcıların en sık sigaraya yeniden başlama nedeni olmuştur. Tablo 44'te izlem süresince katılımcıların sigaraya yeniden başlama nedenleri sunulmuştur.

Tablo 44. Katılımcıların sigaraya yeniden başlama nedenleri.

	1.aydaki izlem		3.aydaki izlem		6.aydaki izlem	
	n	%	n	%	n	%
Stres, üzüntü	39	52,7	8	57,1	5	71,4
Tedaviye devam etmemek ya da tedavinin etkisiz oluşu	10	13,5	1	7,1	0	0,0
Aşırı derecede içme isteği	8	10,8	2	14,3	0	0,0
Sosyal çevre etkisi	7	9,5	0	0,0	0	0,0
Sinirlilik	4	5,4	0	0,0	1	14,3
Diğer	6	8,1	3	21,4	1	14,3
Toplam	74	100,0	14	100,0	7	100,0

5. TARTIŞMA

5.1. Tütün Kullanma Davranışı ile İlgili Özellikler

Araştırmada katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalaması tüm katılımcılarda 16,4 (ss=4,2), erkeklerde 15,9 (ss=3,9), kadınlarda 17,8 (ss=4,5) olarak bulunmuştur. Konu üzerine daha önce ülkemizde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar görülmüş bu araştırmalardaki ortalama başlangıç yaşları erkekler için 15,9-18,0 kadınlar için 16,6-20,0 arasındaki değerlerde bulunmuştur (39-41). Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise başlangıç yaşının biraz daha geç olduğu görülmüştür (42,43). Bu araştırmada da sigara başlangıç yaş ortalamasının 18 yaşından küçük olması ülkemizde çocuk ve gençlerin tütün ürünlerinden uzaklaştırılması konusuna öncelik verilmesi gerekliliğini göstermiştir.

Bu araştırmanın sonucuna göre erkekler kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erken yaşlarda sigara içmeye başlamaktadırlar. Benzer bir sonuç daha önce yapılan bir araştırmada da bulunmuştur (44).

Katılımcılara sigaraya başlangıç nedenleri sorulduğunda 'arkadaş/çevre etkisi', 'özenme' ve 'merak' sırasıyla en çok belirtilen 3 neden olmuştur. 'Stres' bir başlangıç nedeni olarak daha geride kalmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda 'özenme' hemen her zaman ilk sırada yer alan neden olmuştur. Merak, arkadaş/çevre etkisi ve stres ise ilk dört neden içinde farklı sıralarda yerlerini almıştır (40,45-49). Gerek 'özenme', 'arkadaş/çevre etkisi' gerekse 'merak' sigara içmeye başlamada sosyal çevrenin önemini vurgulayan nedenlerdir. Tütün kontrolüne yönelik müdahalelerde bu durumu dikkatle değerlendirmek gerekmektedir. 'Rol model' ve 'akran etkisi' kavramları öne

çıkarmakta, tütün kontrolünde bireye yönelik önlemlerden çok toplumsal müdahalelerin önemi görülmektedir. Çünkü insan, çevresiyle sosyal bir etkileşim içindedir ve bu etkileşim tütün bağımlılığına başlangıçtaki temel faktör olarak görünmektedir.

Tütün bağımlılığının nedenlerini araştırmak için Şimşek ve ark. tarafından yapılan kalitatif araştırmada (50) kişilerin neden sigara içtikleri sigara içen ve içmeyen katılımcılara sorulmuş, içmeyen katılımcılar 'özenme' nedeni üzerinde dururken; sigara içen katılımcılar çarpıcı bir biçimde sigaranın onlar için bir 'arkadaş' olduğunu belirtmiş ve söz konusu araştırmanın teması *sigaranın arkadaşlığı* olarak ortaya çıkmıştır. İlginçtir ki arkadaş etkisiyle başlayan sigara kullanıcılığı yine sigara bir arkadaş olarak algılandığı için devam etmektedir. Tütün bağımlılığına yönelik tedavilerde ve müdahalelerde sigaranın arkadaş değil 'düşman' olduğu vurgusunu yapmak önem taşımaktadır.

Bu araştırmada katılımcılara sigara içme isteklerini artıran nedenler sorulduğunda en sık verilen yanıtlar sırasıyla 'yemek sonrası', 'stres', 'sigara içilen ortamda bulunma', 'çay içme' ve 'kahve içme' olmuştur. Benzer sonuçlar diğer araştırmalarda da elde edilmiştir (46-48). En önemli neden sorulduğunda ise 'yemek sonrası'nın sigara içme isteğini artıran en önemli neden olduğu bulunmuştur. Fidan ve ark. ve Sağlam tarafından yapılan araştırmalarda da (46,47) en önemli neden 'yemek sonrası' olarak görülmüştür.

5.2. Tütün Kullanmayı Bırakma Konusundaki Düşünceler ve Özellikler

Bu araştırmada katılımcılara sigara bırakma konusundaki deneyimleriyle ilgili sorular sorulmuştur.

Katılımcıların %87,7'si daha önce sigara bırakmayı düşünmüş; %78,9'u ise bırakmayı denemiştir. Katılımcılar daha önce ortalama olarak 3,1 defa bırakma girişiminde bulunmuşlardır. Bu konuda daha önce yapılan araştırmalarda sigara kullanıcılarının büyük çoğunluğunun sigarayı bırakmayı düşündüğünü ve denediğini göstermektedir. Yapılan araştırmalarda daha önce sigarayı bırakmayı deneme sıklıkları %67,7 ve %78,3 arasında değişmektedir (41,44-46).

Katılımcılara sigara bırakmayı neden istedikleri sorulduğunda en sık 3 neden sırasıyla 'sağlığının bozulması korkusu', 'iyi örnek olma isteği' ve 'çevreye zarar vermemek' olmuştur. Araştırmada katılımcılara ayrıca sigara içmeyi bırakmak istemelerindeki 'en önemli' neden sorulmuş 'sağlığının bozulması korkusu' büyük farkla en önemli neden olarak belirtilmiştir. Bu konuda literatürde de benzer sonuçlar görölmektedir. Sigara kullanıcılarının büyük çoğunlukla sağlıklarının bozulmasını istemedikleri için sigara bırakmak istemektedirler diğer nedenler ise daha ikincil planda kalmaktadır (40,45,46). Bu araştırmada katılımcıların sigara bırakmak isteme nedenleri arasında 'doktor önerisi' seçeneği geri planda kalmıştır ve hiçbir katılımcı sigara içmeyi bırakmak istemesindeki en önemli nedenin doktor önerisi olduğunu söylememiştir. Oysaki Sağlam tarafından yapılan araştırmada (47) doktor önerisiyle sigara içmeyi bırakmaya karar veren kişilerin sigara bırakma başarılarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum doktorların hastaların başvuru sebebi ne olursa olsun tütün kullanma durumlarını sorgulamaları ve tedavi için yönlendirici olmaları gerekliliğini göstermiştir.

Daha önce sigarayı bırakmayı deneyen katılımcılara onları en çok zorlayan nedenlerin neler olduğu sorulmuştur. Birden fazla seçenek belirtilebilen bu soruya en yüksek cevap 'stres' olmuştur. Bunu 'aşırı derecede içme isteği' ve 'sinirlilik' izlemiştir. Araştırmada katılımcılara ayrıca sigara bırakma konusunda zorlayan 'en önemli' neden sorulmuş sırasıyla en çok 'sinirlilik', 'stres' ve 'aşırı derecede içme isteği' yanıtları alınmıştır. Daha önceki araştırmalarda da sıralamaları farklı olsa da ilk üç neden aynıdır (46,47). Yaşar ve ark. tarafından yapılan araştırmada ise konsantrasyon güçlüğü ön plana çıkmıştır (48).

Araştırmanın çarpıcı bulgularından biri katılımcılara topluma yönelik tütün bırakma yöntemlerinden hangisinin en etkin olduğunu düşündükleri sorulduğunda ortaya çıkmıştır. Katılımcıların çoğunluğu hiçbir yöntemi etkin bulmadığını belirtmiştir. En etkin bulunan yöntem ise 'sigara paketlerinin üstündeki resimler ve uyarılar' olmuştur. Örneğin tütüne yapılan zamlar çok az katılımcı tarafından etkin bir yöntem olarak belirtilmiştir. Bu araştırmanın katılımcıları genellikle gelir düzeylerinin yüksek olmadığını belirten ve ilkökul mezunu katılımcılardır. Tütün bağımlılığı literatüründe daha önce yapılan araştırmalar göstermiştir ki düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip kişiler sigara paketlerinin üstündeki resimler ve uyarılardan daha çok etkilenmektedirler (51,52). Bu araştırmada sigara paketlerinin üstündeki resimler ve uyarıların ilk sırada etkili olarak bulunmasının nedeni bu olabilir. Bu araştırmaya benzer biçimde yurtiçinde ve yurtdışında yapılan pek çok araştırmada resimli ve yazılı uyarıların etkili bir yöntem olduğu gösterilmiş ve bu konu üzerinde çok sayıda çalışma yapılmıştır. Türkiye'de yapılan bir araştırmada (53) katılanların %36,3'ü uyarı yazıları sonrasında sigarayı bırakmayı düşündüğünü, %23,5'i sigarayı azalttığını, %24,5'i etkilenmediğini ancak diğer insanlar için çok yararlı bir mesaj olduğunu belirtmiştir. Bir diğer araştırmada katılımcılara farklı uyarı resimleri gösterilmiş ve katılımcıların sadece %7'si hiçbir resimden etkilenmediğini ifade etmiştir (54). Daha önce yapılan iki farklı araştırmada üniversite öğrencilerine hangi uyarı resimlerinin onları en çok etkilediği sorulmuş, Mazlum ve ark. tarafından meslek yüksek okullarında öğrenim gören öğrencilerle yapılan araştırmada (55) öğrencilerin

en çok etkilendikleri uyarılar 'hamile iken sigara içmek bebeğe zarar verir' ve 'sigara içmek damarları tıkar, kalp krizine ve felçlere neden olur' olarak bulunmuştur. Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan araştırmada ise (56) 'sigara içme kan akışını yavaşlatır ve cinsel iktidarsızlığa neden olur' ve 'sigara içenler genç yaşta ölür' uyarıları en etkileyici uyarılar olarak belirlenmiştir. Ülkemizdeki tütün kullanıcılarının sigara paketleri üzerindeki resimler ve uyarılardan etkilenme düzeylerini ve şekillerini, hangi uyarılardan hangi bireylerin daha çok etkilendiğini, sigara bırakma başarılarını hangi uyarıların daha çok artıracağını bulmaya yönelik daha fazla sayıda ve toplum tabanlı araştırmalar yapılması tütün kontrolü konusuna ışık tutacaktır. Konuyla ilgili yurtdışında yapılan araştırmalara bakılacak olursa: Kanada'da 2000 yılından bu yana sigara paketleri üzerinde resimli uyarılar bulunmaktadır. Yapılan bir araştırma (57) bu uygulamadan sonra Kanada'da sigara içme hızının %2,87-%4,68 kadar azaldığını, sigara içme oranlarının %12,1-%19,6 kadar gerilediğini göstermiştir. Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yürütülen ve iki ülke içinde ulusal bir kapsayıcılık taşıyan International Tobacco Control Survey (ITC) araştırmasının (58) sonuçlarına göre ise Kanada'da uygulanan resimli uyarılar ABD'de uygulanan ve sadece yazılı olan uyarılardan daha etkili bulunmuştur. Yine ITC araştırmasının verileriyle yapılan Kanada, ABD, Avustralya ve İngiltere'yi kapsayan araştırmada (59) çok değişkenli analizlerde sigara paketlerindeki uyarıların tek başına sigara bırakmayı denemeyi olumlu biçimde etkilediği ortaya çıkmıştır. Yine ABD'de yapılan bir araştırmada katılımcıların %53'ü resimli uyarıların sigara bırakmayı düşünmelerini sağlayacağını belirtmiştir (60). İki araştırmada ise kadınların ve gençlerin resimli uyarılardan daha çok etkilendiği gösterilmiştir (60,61).

5.3. Tütün Kullanımı Değişimleri

Bu araştırmada sigara bırakma başarısı değerlendirilirken *relapse* yerine *kayma* durumlarının dikkate alınması gerekçeleriyle birlikte daha önceki bölümlerde anlatılmıştı. Araştırmada izlem süresince -bir nefes olsa bile- sigara içmeyenler 6 aylık süreç sonunda sigarayı içmeyi bırakmış olarak kabul edilmiştir. Beklendiği üzere bu durum bu araştırmada sigara bırakma başarısının literatürdeki araştırmalardan daha düşük görünmesine neden olmuştur. Çünkü konu ile ilgili daha önce yapılan çalışmaların hemen hepsi sigara bırakma başarısını *relapse* durumuna göre değerlendirmiş, kimi araştırmalar 1 hafta boyunca sigara içmeyi *relapse* saymış daha kısa süre içenlerin sigaraya başlamadığını kabul etmiş, kimi araştırmalar son bir ayda sigara içmeyi değerlendirmiş, 1 aydan daha önce sigara içilmişse dahi sigara içmeye başlanmadığını varsaymıştır. Ayrıca konu ile ilgili literatürdeki araştırmaların bir bölümü retrospektif tasarlanmıştır. Retrospektif bir araştırmada katılımcılardan sigara kullanmaya başlamamış olanlara ulaşma olasılığı ya da başlamamış katılımcıların araştırmaya katılmayı kabul etmesi olasılığının daha yüksek olması da sonuçların daha olumlu görünmesine neden olabilir. Sonuç olarak değerlendirme kriterinin farklı olması bu araştırmada sigara bırakma başarısının diğer araştırmalardan düşük olmasına neden olmuştur. Ancak buna rağmen bu araştırmada 100 katılımcıdan sadece 5'inin izlem süresince sigara içmekten tamamen uzak kalabilmesi çarpıcı olmuştur. Daha ilk ay sonundaki izlemde katılımcıların %71,8'i başarısız olmuştur. Tüm katılımcıların ilk ayda sigara içmedikleri süre ortalamasının sadece 12,8 gün oluşu da sigara bırakma sürecinde erken dönemin ne kadar kritik olduğunu gözler önüne sermiştir. Daha önce yapılan araştırmalarda ilk 1 hafta ya da 15 gün sigara içilmesi durumunun sigara bırakma başarısını olumsuz etkilediği gözlenmiştir (30,65). Bu kritik dönemde hastaların yakın izlemi önem taşımaktadır.

Daha önce de vurgulandığı gibi sigara bırakma başarısını değerlendiren, yurtiçinde ve yurtdışında yapılan çok sayıda çalışma *relapse* değerlendirmesi yapmıştır. Bu araştırmada kayma durumlarıyla beraber *relapse* durumlarının da değerlendirilmemesi araştırma için bir kısıtlılık oluşturmuştur.

Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı katılımcıların tümünün sigara bırakmak için farmakoterapi almış olmasıdır. Ancak bu durum araştırmacının kontrolü dışında gelişmiştir. Araştırma için veri toplanan süreçte Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı sigara bırakma ilaçlarının ücretsiz olarak reğetelenmesi uygulamasını başlatmıştır. Bu durum neredeyse tüm hastalara ilaç reçete edilmesine yol açmıştır. Araştırma kriterlerine uygun ve farmakoterapi almayan hasta kalmamış, sonuçta bu araştırmada ilaç almayan bir kontrol grubu söz konusu olamamıştır.

Alınan tedaviye göre sigara bırakma başarısı değerlendirildiğinde sigara içmeyi bırakan 5 katılımcıdan 4'ünün vareniklin kullanan gruptan olduğu görölmektedir. Literatürdeki araştırmaların çoğunda da en yüksek başarı sonuçları vareniklin ile elde edilmiştir (Tablo 45). Nikotin replasman tedavisi (NRT) ve bupropion karşılaştırıldığında bazı çalışmalarda NRT bazı çalışmalarda bupropionun üstün olduğu görölmektedir. Bu araştırmada NRT ile daha olumlu sonuçlar alınmıştır.

Aşağıdaki tabloda yurtiçi ve yurtdışında yapılan pek çok araştırmaya ait sigara bırakma başarıları, izlem süresi ve alınan tedavilerle birlikte verilmiştir (Tablo 45).

Tablo 45. Bu araştırmada ve daha önce yapılan bazı araştırmalarda izlem süresine ve tedavilere göre sigara bırakma başarıları.

Araştırma	İzlemin yapıldığı süre (ay) ve sigara bırakma başarıları (%)								
	1	3	6	12	18	24	26	36	52
Teker (bu araştırma)									
DT*+nikotin sakızı	28,5	11,1	11,1						
DT+nikotin bandı	17,9	7,1	0,0						
DT+bupropion	8,3	0,0	0,0						
DT+vareniklin	35,8	19,2	7,6						
Pekel (28)									
DT				22,5					
DT+NRT				31,0					
DT+bupropion				24,0					
DT+vareniklin				72,7					
Fidan ve ark. (46)									
Tedavisiz				18,8					
NRT**				30,9					
Bupropion				6,7					
NRT+bupropion				0,0					
Sağlam (47)									
Tedavisiz			51,7	40,4	30,9				
Yaşar ve ark. (48)									
DT				15,2					
DT+NRT				43,7					
DT+bupropion				52,2					
DT+vareniklin				66,7					
DT+NRT+bupropion				45,5					
*Davranış tedavisi									
**Nikotin replasman tedavisi									

Tablo 45. (Devam) Bu araştırmada ve daha önce yapılan bazı araştırmalarda izlem süresine ve tedavilere göre sigara bırakma başarıları.

Araştırma	İzlemin yapıldığı süre (ay) ve sigara bırakma başarıları (%)									
	1	3	6	12	18	24	26	36	52	
Önen ve ark. (62)										
DT				41						
DT+NRT				44,8						
DT+bupropion				62,8						
DT+NRT+bupropion				64,3						
Çan ve ark. (63)										
Tedavisiz				47,8			40,9			
Argüder ve ark. (64)***										
DT		30,5								
DT+NRT		14,5								
DT+bupropion		21,0								
DT+vareniklin		34,0								
Demir ve ark. (65)***										
Tedavisiz				10,9						
NRT				33,6						
Yılmaz ve ark. (66)***										
Tedavisiz		34,0		23,8						
Uçar ve ark. (67)***										
NRT				52,8						
Bupropion				23,0						
Vareniklin				32,5						
Cinciripini ve ark.(42)										
Tedavisiz		31,1	23,6							
Bupropion		43,1	28,4							
Vareniklin		58,1	37,2							

***Retrospektif

Tablo 45. (Devam) Bu araştırmada ve daha önce yapılan bazı araştırmalarda izlem süresine ve tedavilere göre sigara bırakma başarıları.

Araştırma	İzlemin yapıldığı süre (ay) ve sigara bırakma başarıları (%)								
	1	3	6	12	18	24	26	36	52
Jiang ve ark. (43)									
DT	18,6	38,0	23,1						
DT+vareniklin	40,1	22,6	37,0						
Stolz ve ark. (68)									
DT						45,5			
DT+NRT						38,3			
DT+bupropion						37,5			
DT+NRT+bupropion						34,3			
Raich ve ark. (69)									
Tedavisiz	2,9	1,4	1,4	1,4					
DT	27,2	23,5	16,0	16,0					
DT+NRT	83,3	61,9	50,0	44,0					
DT+bupropion	83,3	70,0	50,0	36,7					
DT+vareniklin	78,0	56,0	40,0	26,0					
Hsueh ve ark. (70)									
NRT		30,6	30,6						
Vareniklin		47,1	41,3						
Kasza ve ark. (71)									
Nikotin sakızı			8,0						
Nikotin bandı			16,0						
Bupropion			15,0						
Vareniklin			19,0						
Baker ve ark. (72)									
Nikotin bandı						23,0		21,0	
NRT kombinasyonu						27,0		19,0	
Vareniklin						24,0		20,0	

Tablo 45. (Devam) Bu araştırmada ve daha önce yapılan bazı araştırmalarda izlem süresine ve tedavilere göre sigara bırakma başarıları.

Araştırma	<u>İzlemin yapıldığı süre (ay) ve sigara bırakma başarısı (%)</u>									
	1	3	6	12	18	24	26	36	52	
Stapleton ve ark.										
(73)										
NRT			24,2							
Bupropion			27,9							
NRT+bupropion			24,2							
Buller ve ark. (74)										
Tedavisiz				8,0				18,4		
NRT				19,4				22,0		
Marino ve ark.										
(75)***										
DT		58,0	47,0	39,0						

Sigara bırakma başarısını sağkalım analizleri ile değerlendirdiğimizde en yüksek sigarayı bırakmayı sürdürme başarısı vareniklin kullanıcılarında elde edilmiştir. İkili sağkalım karşılaştırmalarında vareniklin, nikotin bandı ve bupropiona üstünlük gösterirken, bupropion kullanıcıları diğer tüm tedavi şekillerini kullananlara göre daha az sigara bırakmayı sürdürme başarısı göstermişlerdir. Çoklu analizlerde de vareniklin kullanımı bupropion kullanımına belirgin bir üstünlük sağlamıştır. Bupropion ilk olarak bir antidepresan olarak üretilmiştir ve sigara bırakmadaki etki şekli tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu sebeple bazı kaynaklarda tütün kontrolünde ikinci basamak ilaç olarak değerlendirilmektedir (76). Cochrane Kütüphanesi'nde yer alan bir derlemede (77) sigara bırakma etkililiği bakımından vareniklin en etkili; NRT ve bupropion ise benzer bulunmuş ancak vareniklin bupropiona göre anlamlı olarak daha başarılı sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Randomize kontrollü çalışmaların yeniden değerlendirildiği bir meta analizde de vareniklin hem tedavisiz gruba hem de bupropion alan gruba göre başarılı olmuştur (78).

Bu araştırmaya göre tedavi şekli ne olursa olsun daha uzun süre tedavilerine devam eden katılımcılar sigara içmeye daha uzun süre başlamamaktadırlar. Schnoll ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da (79) tedavilerine 24 hafta devam eden katılımcıların 8 hafta devam eden katılımcılara göre sigara bırakmada daha başarılı olduğu görülmüştür. Bu durum hastaya doğru tedavinin sunumu kadar hastanın bu tedaviyi yeterli süre kullanmasını sağlamanın da önemli olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmanın belki de en çarpıcı bulgusu hem ikili sağkalım analizinde hem de çoklu analizlerde eşli sigara içen katılımcıların içmeyen katılımcılara göre sigara içmeye yeniden başlama bakımından daha riskli bulunmalarıdır. Falba ve ark. tarafından yapılan araştırmada da (80) partneri sigara içmeyi bırakan katılımcıların sigarayı bırakmada daha başarılı olduğu bulunmuştur. Homish ve ark. tarafından yapılan iki yıllık izlem araştırmasında ise (81) eşleri sigara içen kadınlarda *relapse* görülme riskinin 5,5 kat fazla olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar partnerlerin birlikte tedavisinin ya da sigara

içmeyen partnerin eşinin tedavi sürecine aktif olarak katılmasının önemini göstermektedir. Klinik pratikte gelen hastalara eşleriyle birlikte ziyaretlere gelmeleri önerilebilir.

Bu araştırmada kadınların sigara bırakmadaki başarısı erkeklerden düşük bulunmuş ancak farklılık istatistiksel anlamlılığın altında kalmıştır. Kadın katılımcı sayısının azlığı bu sonucu doğrulamış olabilir. Daha önce yapılan pek çok araştırma kadın cinsiyetin sigaraya yeniden başlama konusunda risk oluşturduğunu göstermiştir (28,47,67,82,83). Yapılan bir araştırma kadınların sigara bırakmayı daha zor bulduğunu göstermiştir (83). Kadınlara sigara bırakmanın neden zor geldiği ve kadınlarda neden daha sık *relapse* yaşandığını inceleyen bir araştırmada ise (84) kadınlarda nikotin yoksunluğunun daha fazla duygusal çökkünlük oluşturduğu ve kadınlarda sigarayı yeniden içmenin duygu durumunu daha pozitif etkilediği bulunmuştur.

Daha önce yapılan araştırmalarda bağımlılık düzeyinin yani FTNB skorunun sigara bırakma başarısı ile ters ilişkili olduğu gösterilmiş (28,48,85) ancak bu araştırmada anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Son olarak daha önceki çalışmalar gençlerde sigara bırakma başarısının daha düşük olduğunu göstermektedir (28,75). Bu araştırmada ise sosyo-demografik özelliklerin hiç biri sigara içilmeyen süre ile ilişkili bulunmamıştır. Sigara bırakma durumu ile sosyo-demografik değişkenler ise gruplardaki sayıların yetersizliği nedeniyle istatistiksel olarak analiz edilememiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırma tütün bırakma sürecinde kayma durumlarının değerlendirildiği bir araştırma olarak yenilikçi olmuştur. Katılımcıların %87,7'si araştırma sürecinin tümünde izlenmiştir. Araştırma ileriye dönük biçimde tasarlanmış; sigara bırakma sürecinin öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Bu güçlü yanlarının yanı sıra araştırmada kayma durumlarının yanında *relapse* durumlarının da değerlendirilmemiş olması, farmakoterapi almayan bir kontrol grubunun bulunmaması, bazı değişkenlerin karşılaştırılması için katılımcı sayısının az olması araştırmanın kısıtlılıklarını oluşturmuştur. Bu araştırmada elde edilen bilgiler ışığında tütün kontrolü konusunda fayda sağlayacağı düşünülen öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Çocuk ve gençlerin tütün ürünlerine erişimini önleyecek tedbirler alınması.
- Doktorların başvuru sebebi ne olursa olsun hastaların tütün kullanma durumlarını sorgulamaları ve tedavi için yönlendirici olmaları.
- Sigara paketleri üzerindeki resim ve uyarı yazılarının etki biçimi üzerine daha çok araştırma yapılması ve bu uyarılardan daha etkin bulunanların daha fazla kullanılması.
- Tütün bırakma sürecinde kritik olan erken dönemde hastaların yakından izlenmesi.
- Hastalara doğru tedavinin sunumunun yanında hastanın bu tedaviyi yeterli süre kullanmasının da sağlanması.
- Tütün kullanan partnerlerin birlikte tedavi edilmesi ya da tütün kullanmayan partnerin eşinin tedavi sürecine aktif olarak katılmaya teşvik edilmesi.

7. KAYNAKLAR

1. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikalar. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ve ark. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Yayını 2010. p. 3-20.
2. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M. Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi 2006;7(1):51-64.
3. Dilektasli AG. Pharmacological Treatment for Smoking Cessation. Türkiye Klinikler J Pulm Med-Special Topics 2012;5(2).
4. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Geneva: 2008.
5. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu; 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> Erişim Tarihi: 19 Şubat 2016.
6. Jarvis MJ. Why people smoke. BMJ 2004;(328):277-279.
7. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, et al. The Tobacco Atlas. American Cancer Society; 2015.
8. Elbek O, Kilinc O, Aytemur ZA, et al. Tobacco Control In Turkey. Turk Toraks Derg 2015;16:141-50.
9. Ash UK. Smoking Statistics: Illness and Death. http://ash.org.uk/files/documents/ASH_107.pdf Erişim Tarihi: 13.02.2016
10. Can G. Pasif İçicilik ve Yetişkinlerdeki Etkileri. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ve ark. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Yayını 2010. p. 379-393.
11. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Gürsoy Ş. Çevresel Tütün Dumanının Önlenmesinde Etkili Tek Strateji: %100 Dumansız Ortamlar. Pamukkale Tıp Dergisi 2009;2(1):45-53.
12. Karadağ B. Pasif İçicilik ve Prenatal-Çocukluk Dönemi Etkileri. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ve ark. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Yayını 2010. p. 372-378.

13. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
14. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet 2011;377:139-46.
15. T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara: 2004.
16. Asma S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, et al. The GATS Atlas. Atlanta, GA: CDC Foundation; 2015.
17. Global Adult Tobacco Survey. Comparison Fact Sheet Turkey 2008&2012.
http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_turkey_2008v2012_comparison_fact_sheet.pdf Erişim Tarihi: 20 Şubat 2016
18. Ergüder T. Dünyada Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri (MPOWER). In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ve ark. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Yayını 2010. p. 81-92.
19. Altuntaş Ö, Daha Önce Psikiyatrik Bir Hastalık Tanısı Almış Olan Kişilerde Sigara Bıraktırma Programıyla Kısa ve Orta Vadede Sigara Bırakmadaki Başarı Oranları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Samsun, 2014.
20. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), 5th ed. Washington, DC: APA.
21. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction 1991;86:1119–1127.
22. Uysal A, Kadakal A, Karşıdağ Ç, ve ark. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testinin Türkçe Versiyonunun Güvenirliği ve Faktör Analizi Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004;52(2):115-121
23. Özge C, Aytemur ZA, Bilir N. ve ark. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu. Ankara: Türk Toraks Derneği; 2014.

24. Bilir N. Sigarayı Bırakma Metodları, Önemi Ve Ülkemizdeki Durum http://www.ssuk.org.tr/file_upload/savefiles/sigarayi.pdf Erişim Tarihi: 25.02.2016
25. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav* 1982;7(2):133-42.
26. Pazarlı P. Sigara Bırakma Süreci ve Bu Süreçteki Olguların Tanımı. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ve ark. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Yayını 2010. p. 445-450.
27. Piasecki TM. Relapse to smoking. *Clin Psychol Rev* 2006;26(2): p. 196-215.
28. Pekel Ö. Balçova'da Sigara Bırakma Merkezinde Bir Yıllık Bırakma Hızı ve Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yeniden Başlamaya Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2012.
29. Gümüş S, Özkan M. Nüks ve Nüks Tedavisi. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ve ark. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Yayını 2010. p. 525-534.
30. Ashare RL, Wileyto EP, Perkins KA, et al. The First Seven Days of a Quit Attempt Predicts Relapse: Validation of a Measure for Screening Medications for Nicotine Dependence. *J Addict Med*. 2013;7(4):249–254.
31. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service: May 2008.
32. Demir T. Farmakolojik Tedavi I- Nikotin Yerine Koyma Tedavileri In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ve ark. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Yayını 2010. p. 460-466.
33. Uzaslan E. Farmakolojik Tedavi II- Nikotin İçermeyen Farmakoterapi In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ve ark. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Yayını 2010. p. 467-473.
34. Mutlu Eİ, Seydioğulları M. Tütün Kontrolü ve Hukuk Mücadelesi. *STED* 2014;23:12-17.

35. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=1.5.4207&sourceXmlSearch=&Mevzuatlliski=0> Erişim Tarihi: 02.03.2016
36. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2008. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t15.pdf> Erişim Tarihi: 02.03.2016
37. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2015. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-95528/h/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-plani.pdf> Erişim Tarihi: 02.03.2016
38. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989;7(23):8-13.
39. Öncel SY, Gebizlioğlu ÖL, Alioğlu FA. Risk Factors For Smoking Behavior Among University Students. Turk J Med Sci 2011;41(6):1071-1080.
40. Argüder E, Hasanoğlu HC, Karalezli A, ve ark. Sigara Bırakmaya Eğilimi Artıran Faktörler. Tuberk Toraks 2012;60(2):129-135.
41. Barış SA, Yıldız F, Başyigit İ, ve ark. Kocaeli’de Sigara İçme Prevalansı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2011;59(2):140-145.
42. Cinciripini PM, Robinson JD, Hage MK, et al. The Effects of Varenicline and Bupropion-SR plus Intensive Counseling on Prolonged Abstinence from Smoking, Depression, Negative Affect and Other Symptoms of Nicotine Withdrawal. JAMA Psychiatry. 2013;70(5):522–533.
43. Jiang B, He Y, Zuo F, et al. Effectiveness Of Varenicline And Counselling For Smoking Cessation In An Observational Cohort Study In China. BMJ Open 2016;6:1-9.
44. Turan PA, Ergör G, Turan O, ve ark. İzmir Halkının Tütün Kullanma Özelliklerinin Belirlenmesi. Tuberk Toraks 2014;62(2):137-146.
45. Eroğlu SA. İstanbul’da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. Istanbul Med J 2013;14:170-4.

46. Fidan F, Pala E, Ünlü M, ve ark. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. *The Medical Journal Of Kocatepe* 2015;6(3)27-34.
47. Sağlam L. Investigation Of The Results Of A Smoking Cessation Clinic And The Factors Associated With Success. *Turk J Med Sci* 2012;42(3):515-522.
48. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F. ve ark. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler. *Eurasian J Pulmonol* 2014;16:99-104.
49. Çapık C, Cingil D. Hemşirelik Öğrencilerinde Sigara Kullanımı, Nikotin Bağımlılık Düzeyi ve İlişkili Etmenler. *Kafkas J Med Sci* 2013;3(2):55–61.
50. Şimşek H, Akvardar Y, Doğanay S, ve ark. Sigara ve Sigara Bırakmaya İlişkin Görüşler: Kalitatif Bir Araştırma. *Turk Toraks Derg* 2014;15:18-22.
51. Volchan E, David IA, Tavares G, et al. Implicit Motivational Impact of Pictorial Health Warning on Cigarette Packs. *PLoS ONE* 2013;8(8).
52. Hitchman SC, Mons U, Nagelhout GE, et al. Effectiveness Of The European Union Text-Only Cigarette Health Warnings: Findings From Four Countries. *European Journal of Public Health* 2011;22(5):693–699.
53. Önsüz MF, Topuzoğlu A, Algan A. ve ark. Sigara İçen Hastaların Sigara Paketlerinin Üzerindeki Uyarı Yazıları Hakkındaki Görüşlerinin ve Nikotin Bağımlılık Derecelerinin Değerlendirilmesi. *Marmara Medical Journal* 2009;22(2);111-122.
54. Acay A, Ulu MS, Ahsen A, ve ark. Hastaların, Sigara Bırakma Hizmetlerine Bakışı ve Etkinlikleri Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2013;28(3):133-139.
55. Mazlum FS, Mazlum Ö. Sigara Paketlerinin Üzerindeki Görsel Ve Sözel Uyarı Mesajlarının Üniversite Öğrencileri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi ve Yeni Öneriler. *NWSA-Fine Arts* 2014;9(1):12-32.
56. Türker T, Koçak N, Aydın İ, ve ark. Seçilmiş Bir Grup Tıp Fakültesi Öğrencisinde Sigara İçme Yaygınlığı ve Sigarayı Bırakmaya Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2013;55:207-213.

57. Huang J, Chaloupka FJ, Fong GT. Cigarette Graphic Warning Labels and Smoking Prevalence in Canada: A Critical Examination and Reformulation of the FDA Regulatory Impact Analysis. *Tob Control*. 2014;23(1):7–12.
58. Hitchman SC, Driezen P, Logel C, et al. Changes in Effectiveness of Cigarette Health Warnings Over Time in Canada and the United States, 2002–2011. *Nicotine & Tobacco Research* 2014;16(5):536–543.
59. Borland R, Yong HH, Wilson N, et al. How Reaction To Cigarette Packet Health Warnings Influence Quitting: Findings From The ITC Four Country Survey. *Addiction* 2009;104(4):669–675.
60. Vilanti AC, Cantrell J, Pearson JL, et al. Perceptions and Perceived Impact of Graphic Cigarette Health Warning Labels on Smoking Behavior Among U.S. Young Adults. *Nicotine & Tobacco Research* 2014;16(4):469–477.
61. Mannocci A, Colamesta V, Conti V, et al. Demographic Characteristics, Nicotine Dependence, and Motivation to Quit as Possible Determinants of Smoking Behaviors and Acceptability of Shocking Warnings in Italy. *BioMed Research International* 2014.
62. Önen ZP, Şen E, Gülbay BE, ve ark. Farklı Tedavi Yöntemlerinin Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkileri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2010;58(4):385-392.
63. Çan G, Öztuna F, Topbaş M. ve ark. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinin Üç Yıllık Başvuru Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006;25(2):22-26.
64. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, ve ark. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks DERG* 2013;14:81-87.
65. Demir T, Tutluoğlu B, Bilgin L. Sigara Bırakma Polikliniğimizin Bir Yıllık İzlem Sonuçları. *Tüberküloz Toraks Dergisi* 2004;52(1):63,68.
66. Yılmaz A, Turan A. Sigara Bırakma Tedavisindeki Hastalarımızın Genel Özellikleri ve Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörler. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2015;29(3):145-149.

67. Ucar E, Araz O, Yilmaz N, et al. Effectiveness Of Pharmacologic Therapies On Smoking Cessation Success: Three Years Results Of A Smoking Cessation Clinic. *Multidisciplinary Respiratory Medicine* 2014;9:9.
68. Stolz D, Scherr A, Seiffert B, et al. Predictors of Success for Smoking Cessation at the Workplace: A Longitudinal Study. *Respiration* 2014;87:18–25.
69. Raich A, Sanchez JMM, Marquilles E, et al. Smoking Cessation After 12 Months With Multi-Component Therapy. *Adicciones* 2015;27(1):37-46.
70. Huesh SC, Huesh KC, Chou MY, et al. A Comparison of the Effectiveness of Varenicline and Transdermal Nicotine Patch in Outpatients Following a Standardized Smoking Cessation Program in Southern Taiwan. *Evaluation & the Health Professions* 2015;38(1):115-125.
71. Kazsa KA, Hyland AJ, Borland R. Effectiveness of Stop-Smoking Medications: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction* 2013;108(1):193-202.
72. Baker T, Piper M, Stein J, et al. Effects of Nicotine Patch vs Varenicline VS Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks. *JAMA* 2016.
73. Stapleton J, West R, Hajek P, et al. Randomized Trial Of Nicotine Replacement Therapy (NRT), Bupropion And NRT Plus Bupropion For Smoking Cessation: Effectiveness In Clinical Practice. *Addiction* 2013;108:2193–2201.
74. Buller DB, Halperin A, Severson HH, et al. Effect of Nicotine Replacement Therapy on Quitting by Young Adults in a Trial Comparing Cessation Services. *J Public Health Manag Pract* 2014;20(2).
75. Marino MG, Fusconi E, Magnatta R, et al. Epidemiological Determinants Affecting Cigarette Smoking Cessation: A Retrospective Study in a National Health System (SSN) Treatment Service in Rome (Italy). *Journal of Environmental and Public Health* 2010.

76. McDonough M. Update on Medicines for Smoking Cessation. *Aust Prescr* 2015;38:106-111.
77. Aubin HJ, Luquiens A, Berlin I. Pharmacotherapy for Smoking Cessation: Pharmacological Principles and Clinical Practice. *Br J Clin Pharmacol* 2013;77(2):324-336.
78. Gibbons RD, Mann JJ. Varenicline, Smoking Cessation and Neuropsychiatric Adverse Events. *Am J Psychiatry* 2013;170(12):1460-1467.
79. Schnoll RA, Goelz PM, Wilkins AV, et al. Long-term Nicotine Replacement Therapy: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2015;175(4):504-511.
80. Falba TA, Sindelar JL. Spousal concordance in health behavior change. *Health Services Research* 2008;43:96–116.
81. Homish GG, Leonard KE. Spousal Influence on Smoking Behaviors in a US Community Sample of Newly Married Couples. *Soc Sci Med* 2005;61(12):2557–2567.
82. Vidal PM, Cerveira JM, Paccaud F, et al. Prevalence and Factors Associated with Difficulty and Quit Smoking in Switzerland. *BMC Public Health* 2011;11(227).
83. Smith PH, Kazsa KA, Hyland A, et al. Gender Differences in Medication Use and Cigarette Smoking Cessation: Results from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research* 2015;17(4):463-472.
84. Xu J, Azizan A, Monterosso J, et al. Gender Effects on Mood and Cigarette Craving During Early Abstinence and Resumption of Smoking. *Nicotine Tob Res* 2008;10(11):1653-1661.
85. Nordstrom BL, Kinnunen T, Utman CH, et al. Predictors of CONTINUED Smoking Over 25 Years of Follow-Up in the Normative Aging Study. *Am J Public Health* 2000;90(3):404-406.

8. EKLER

Ek 1. Araştırmada Kullanılan Anket

Değerli katılımcı, bu kısa ankete vereceğiniz cevaplarla, sigarayı bırakmayı engelleyen ya da sigarayı bırakmayı kolaylaştıran faktörleri bulup uygun müdahaleleri yapmamıza yardımcı olacaksınız. **Size ait kişisel bilgiler kesinlikle 3. kişiler ile paylaşılmayacaktır.** Araştırmamıza katkı sağladığınız için teşekkür ederiz.

İsim-Soyisim:

Telefon:

Tarih:

Soru1: Hangi yıl doğdunuz?

Cevap: 19.....

Soru2: Cinsiyetiniz nedir?

Cevap:

a. Kadın..

b. Erkek..

Soru3: şu anki medeni durumunuz nedir?

Cevap:

a. Hiç evlenmedim

b. Halen evliyim

c. Boşandım/Ayrı yaşıyorum/Eşimi kaybettim

Soru4: Mezun olduğunuz okul nedir?

Cevap:

a. Okur-yazar

b. İlkokul

- c. Ortaokul/İlköğretim
- d. Lise
- e. Üniversite ve üzeri

Soru5: Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Cevap:

- a. Gelirim giderimden fazla
- b. Gelirim giderime eşit
- c. Gelirim giderimi karşılamıyor

Soru6: Mesleğiniz nedir?

Cevap:

- a. Çalışmıyorum
- b. Mesleğim

Soru7: Şu an yapmakta olduğunuz iş/işler nedir?

Cevap:

- a. Çalışmıyorum
- b. Şu an yapmaktayım

Soru8: Yaşadığınız yerin özelliği nedir?

Cevap:

- a. Kent (nüfusu 20000'in üzerinde olan yerleşim yeri)
- b. Kır (nüfusu 20000'in altında olan yerleşim yeri)

Soru9: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

Cevap:

- a. 1-10
- b. 11-20
- c. 21-30
- d. 31 ve üzeri

Soru10: İçtiğiniz tütünün türü hangisidir?

Cevap:

- a. Filtreli
- b. Filtresiz
- c. Sarma
- d. Pipo
- e. Puro
- f. Sigar
- g. Çiğneme
- h. Nargile
- i. Enfiye

Soru11: Sigaraya kaç yaşında başladınız?

Cevap: ...

Soru12: Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

Cevap: ...

Soru13: Alkol kullanıyor musunuz?

Cevap:

- a. Hayır
- b. Evet. Ne kadar?....
Ne sıklıkla?

Soru14: Alkol ya da madde bağımlılığınız var mı?

Cevap:

- a. Hayır, yok
- b. Evet bağımlısıyım.

Soru15: Bilinen bir kronik hastalığınız var mı?

Cevap:

- a. Hayır, yok
- b. Evet hastalığım var

Soru16: Bilinen bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

Cevap:

- a. Hayır, yok
- b. Evethastalığım var

Soru17: Kullandığınız bir psikiyatrik ilaç var mı?

Cevap:

- a. Hayır, yok
- b. Evetkullanıyorum

Soru18: Sigaraya başlamanızdaki sebep/sebepler nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Cevap:

- a. Merak
- b. Özenme
- c. Stres
- d. Kendini ispat
- e. Arkadaş/çevre etkisi
- f. Diğer.....

Soru19: Sigaraya başlamanızdaki **en önemli** sebep nedir?

Cevap:

- a. Merak
- b. Özenme
- c. Stres
- d. Kendini ispat
- e. Arkadaş/çevre etkisi
- f. Diğer.....

Soru20: Sigara için aylık ne kadar harcama yapıyorsunuz?

Cevap: ...

Soru21:Toplumda sigara bıraktırmaya yönelik **en etkili** uygulama sizce hangisidir?

Cevap:

- a. Sigaraya yapılan zamlar
- b. Kapalı alanda sigara yasağı
- c. Tütüne karşı TV'de yayımlanan kamu spotları, afişler vb
- d. Sigara paketleri üzerindeki resimler, uyarılar
- e. Hiçbiri
- f. Bilmiyorum
- g. Diğer.....

Soru22: Şimdiye kadar sigarayı bırakmayı hiç düşündünüz mü?

Cevap:

- a. Evet
- b. Hayır

Soru23: Şimdiye kadar sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?

Cevap:

- a. Evet
- b. Hayır

Soru24: Yanıtınız evet ise kaç kez denediniz?

Cevap: ...

Soru25: Sigarayı bırakabildiğiniz en uzun süre nedir?

Cevap: ...

Soru26: Çevrenizde sigara içenler var mı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Cevap:

- a. Evde
- b. İşte
- c. Arkadaş çevrenizde

Soru27: Ailenizde/çevrenizde sigara içen bireyler kimler? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Cevap:

- a. Anne
- b. Baba
- c. Eş
- d. Kardeşler
- e. Nişanlı/Kız-Erkek arkadaş
- f. Çocuklar
- g. Sık görüşülen arkadaşlar
- h. İş arkadaşları

Soru28: Evinizde sigara içen bireyler var mı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Cevap:

- a. Hayır, yok
- b. Evet Anne
Baba
Eş
Çocuklar
Diğer.....

Soru29: İşyerinizde ya da okulunuzda sigara içebiliyor musunuz? (Çalışmıyor ya da okula gitmiyorsanız bu soruyu geçiniz.)

Cevap:

- a. Evet, çalıştığım ortamda içebiliyorum
- b. Evet, dışarıda açık havada ya da özel bir alanda içebiliyorum
- c. Hayır, hiçbir şekilde içemiyorum

Soru30: Sigarayı bırakmak istemenizdeki sebep/sebepler nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Cevap:

- a. Doktor önerisi
- b. Sağlığın bozulması korkusu
- c. Mevcut bir hastalık
- d. Aile/çevre baskısı
- e. Aileye/çevreye iyi örnek olma isteği
- f. Ekonomik sebepler
- g. Çevreye zarar vermemek
- h. Kendini ikinci sınıf vatandaş gibi hissetmek
- i. Diğer

Soru31: Sigarayı bırakmak istemenizdeki **en önemli** sebep nedir?

Cevap:

- a. Doktor önerisi
- b. Sağlığın bozulması korkusu
- c. Mevcut bir hastalık
- d. Aile/çevre baskısı
- e. Aileye/çevreye iyi örnek olma isteği
- f. Ekonomik sebepler
- g. Çevreye zarar vermemek
- h. Kendini ikinci sınıf vatandaş gibi hissetmek
- i. Diğer

Soru32: Sigara bırakma polikliniğine kendi isteğinizle mi başvurduunuz?

Cevap:

- a. Evet
- b. Hayır

Soru33: Sigara bırakma polikliniğine nasıl başvurduunuz?

Cevap:

- a. Doktor önerisi
- b. Aile ya da çevreden birinin önerisi
- c. TV, internet, afiş vb aracılığı ile öğrenme
- d. Diğer.....

Soru34: Sizce sigarayı bırakmayı zorlaştıran sebep/sebepler nelerdir?
(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Cevap:

- a. Stres
- b. Sinirlilik
- c. Titreme
- d. Aşırı derecede sigara içme isteği
- e. Ağız yarası
- f. Baş ağrısı
- g. Konsantrasyon eksikliği/unutkanlık
- h. Uyku bozukluğu
- i. İştah artışı/kilo alma
- j. Kabızlık
- k. Diğer.....
- l.

Soru35: Sizce sigarayı bırakmayı zorlaştıran **en önemli** sebep nedir?

Cevap:

- a. Stres
- b. Sinirlilik
- c. Titreme
- d. Aşırı derecede sigara içme isteği
- e. Ağız yarası
- f. Baş ağrısı
- g. Konsantrasyon eksikliği/unutkanlık
- h. Uyku bozukluğu
- i. İştah artışı/kilo alma
- j. Kabızlık
- k. Diğer.....
- l. Hiçbiri

Soru36: Sigara içme isteğini artıran sebep/sebepler nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Cevap:

- a. Stres
- b. Çalışma
- c. Sigara içilen ortamda bulunma/sigara içildiğini görme
- d. Sigarayı/sigara paketini görme
- e. Çay içme
- f. Kahve içme
- g. Alkol alma
- h. Yemek yeme
- i. Diğer

Soru37: Sigara içme isteğini artıran **en önemli** sebep nedir?

Cevap:

- a. Stres
- b. Çalışma
- c. Sigara içilen ortamda bulunma/sigara içildiğini görme
- d. Sigarayı/sigara paketini görme
- e. Çay içme
- f. Kahve içme
- g. Alkol alma
- h. Yemek yeme
- i. Diğer
- j. Hiçbiri

Soru38: İş yerinizdeki stres durumunuz ile ilgili duygunuz nedir?
(Çalışmıyorsanız bu soruyu geçiniz)

Cevap:

- Beni hiç zorlamıyor.
- Beni biraz zorluyor
- Beni zorluyor
- Beni çok zorluyor
- Beni aşırı zorluyor

Soru39: Evinizdeki stres durumunuz ile ilgili duygunuz nedir?

Cevap:

- Beni hiç zorlamıyor.
- Beni biraz zorluyor
- Beni zorluyor
- Beni çok zorluyor
- Beni aşırı zorluyor

Soru40: Bu poliklinikte size hangi tedavi önerildi?

Cevap:

- Davranış eğitimi
- Davranış eğitimi+Nikotin replasman tedavisi
- Davranış eğitimi+Bupropion
- Davranış eğitimi+Vareniklin
- Davranış eğitimi+Nikotin replasman tedavisi+Bupropion

Soru41: Sigarayı bırakma gününüzün tarihi nedir?

Cevap: ...

Soru42: Boyunuz ve kilonuz kaçtır?

Cevap: ...

Ek 2. İzlemlerde Kullanılan Anket

İsim-Soyad:

Takip sayısı:

Tarih:

Telefon:

Aldığı Tedavi:

Soru1: Sigarayı bıraktığınız günden beri hiç sigara içtiniz mi?

Cevap:

- a. Hayır
- b. Evet

Soru2: Sigarayı bıraktığınız günden beri ilk sigarayı kaçınıcı gün içtiniz?

Cevap:

Soru3: Sizce sigaraya yeniden başlamanızın sebebi nedir?

Cevap:

Soru4: Tedavinizi ne kadar süre aldınız?

Cevap:

Soru5: Tedavinize devam edememe sebebiniz nedir?

Cevap:

Ek 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a. İlk 5 dakika içinde (3 puan)
- b. 6-30 dakika içinde (2 puan)
- c. 31-60 dakika içinde (1 puan)
- d. 1 saatten sonra (0 puan)

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?

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

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

- a. Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
- b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

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

5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

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

6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?

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

Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği

1-

- (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2-

- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3-

- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4-

- (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5-

- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6-

- (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

7-

- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

8-

- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9-

- (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama Őimdi istesem de ağlayamıyorum.

10-

- (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her Şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın Şeylere bile artık kızamıyorum.

11-

- (0) Başkalarıyla görüşme, konuŐma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüŐüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12-

- (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13-

- (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaŐlanmış ve çirkinleŐmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14-

- (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler Őimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir iŐi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15-

- (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16-

- (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her Şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir Şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17-

- (0) İŐtahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iŐtahsızım.
- (2) İŐtahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir Şey yiyemiyorum.

18-

- (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.

19-

- (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20-

- (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21-

- (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Bir Göğüs Hastalıkları Hastanesinin Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların İzlem Sonuçları ve Bu Sonuçlara Etki Eden Faktörler
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç.Dr. Nimet Emel LÜLEÇİ
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Ayşe Gülsen TEKER
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 26.01.2015-14

Sayın Doç.Dr. Nimet Emel LÜLEÇİ

150 protokol nolu “Bir Göğüs Hastalıkları Hastanesinin Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların İzlem Sonuçları ve Bu Sonuçlara Etki Eden Faktörler” isimli projeniz Enstitümüzün Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu.
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

İnci Alıcan
Prof. Dr. İnci ALICAN

Betül Okuyan
Yrd. Doç. Dr. Betül OKUYAN

Nefise Bahçecik
Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK

Yrd. Doç. Dr. Ümit UĞURLU

Zübeyir Sarı
Doç. Dr. Zübeyir SARI

Serap Akyüz
Prof. Dr. Serap AKYÜZ
Aysel Pehlivan
Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

Hakkı Arıkan
Doç. Dr. Hakkı ARIKAN

Doç. Dr. Dilşad SAVE

Tolga Güven
Doç. Dr. Tolga GÜVEN

Urkund Analysis Result

Analysed Document: AYŞE GÜLSEN TEKER TEZ.docx (D20948844)
Submitted: 2016-06-27 09:56:00
Submitted By: nokcesiz@marmara.edu.tr
Significance: 6 %

Sources included in the report:

Berrak Köksal Yüksek lisans tez.doc (D19946011)
BÂ'LAL SON HAL.doc (D4097302)
http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf
http://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/KYTA_Kitap_Tr.pdf

Instances where selected sources appear:

18