



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN VE BİR
YILLIK SÜREÇTE SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİ
BAŞARISIZLIKLA SONUÇLANAN HASTALARDA RELAPS
NEDENLERİ**

Dr. Yasemin GÖREN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN VE BİR
YILLIK SÜREÇTE SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİ
BAŞARISIZLIKLA SONUÇLANAN HASTALARDA RELAPS
NEDENLERİ**

Dr. Yasemin GÖREN

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

ANKARA/2019

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle iyi bir aile hekimi olarak yetişmemiz için elinden geleni yapan ve kliniğimizin en iyiye doğru ilerlemesi için büyük bir özveri ile çalışan sayın hocam, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Prof. Dr. Adem ÖZKARA' ya,

Eğitim sürecim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bizlere her zaman yol gösteren ve çalışkanlığıyla örnek olan, desteğini ve içtenliğini her zaman hissettiğim, tez çalışma sürecinde de birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli Tez Danışmanım Doç.Dr. Tijen ŞENGZER' e,

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini her zaman bizimle paylaşan, kliniğimize ve eğitim sürecimize önemli katkıları olan değerli Başasistanlarımız Uzm. Dr. İrfan ŞENCAN, Uzm. Dr. İsmail KASIM ve Dr. Öğr. Üyesi Tarık Eren YILMAZ' a,

Asistanlık sürecine birlikte başladığımız, desteklerini hep yanımda hissettiğim çok değerli arkadaşlarım Dr. Alican BAHADIR, Dr. Esra HÜNDÜR DOĞAN, Dr. Seren KELEŞ ve Dr. Şeyma GÜNGÖR'e, tez çalışma sürecinde yakından tanıma fırsatı bulduğum, desteği ve pozitif enerjisiyle tez yazma sürecini kolaylaştıran değerli arkadaşım Dr. Özgür Ertürk GÖK'e, değerli arkadaşlarım Dr. Neval Neda UYAR ve Dr. Tuba FENERCİOĞLU EKEN' e, birlikte çalışmaktan ve bir aile olmaktan büyük mutluluk duyduğum tüm değerli asistan arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca sevgileriyle güç bulduğum, bugünlere gelmemde büyük emek ve fedakarlıklar gösteren, hayatım boyunca her zaman en büyük destekçim olan canım aileme,

Varlığı ve sevgisiyle her zaman olduğu gibi tez çalışma sürecimde de desteğini hep yanımda hissettiğim, canım eşim İsmail GÖREN ve değerli ailesine,

Sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Dr. Yasemin GÖREN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
BULGULAR.....	24
TARTIŞMA	52
SONUÇ VE ÖNERİLER	66
KAYNAKLAR	73
ÖZGEÇMİŞ	78
EKLER.....	80

KISALTMALAR

BDT:	Bilişsel Davranışçı Terapi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
FDA:	Food and Drug Administration
FNBT:	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
KYTA:	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
MAO:	Monoamin oksidaz
NRT:	Nikotin Replasman Tedavisi
TAPDK:	Tütün ve Alkol Piyasası Denetleme Kurulu
TKÇS:	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

TABLO LİSTESİ

Tablo	Sayfa
2.1.	5A ve 5R Kısa Müdahale Yaklaşımları 10
4.1.	Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile diğer (sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakmayan) gruba göre olguların demografik özellikleri 25
4.2.	Tüm olgular içerisinde ilk sigara yaşı, sigaraya başlama nedenleri, bırakmak isteme nedenleri, karşılaşılan güçlükler yönünden katılıcımların frekans dağılımları 26
4.3.	Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile diğer (sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakmayan) gruba göre olguların klinik özellikleri .. 27
4.4.	Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile diğer (sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakmayan) gruba göre olguların bağımlılık, depresyon ve anksiyete dereceleri 28
4.5.	Tedavi sonrası sigarayı bırakmayan, bırakıp yeniden başlayan ve bırakan gruplara göre olguların başvuru sayısı, tedavi yöntemi, tedavi süresi ve davranış değişikliklerini uygulama durumları 29
4.6.	Tüm olgular içerisinde zorlanılan davranış önerilerine göre olguların frekans dağılımları 32
4.7.	Çoklu değişkenli lojistik regresyon analizi ile tedavinin başarısızlık ile sonuçlanması üzerinde etkili olabileceği düşünülen olası tüm faktörlerin birlikte etkilerinin incelenmesi 32
4.8.	Çoklu terimli lojistik regresyon analizi ile tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile sırasıyla; tedavi sonrası sigarayı bırakmayan ve bırakıp yeniden başlayan grupları ayırt etmede etkili olabileceği düşünülen olası tüm faktörlerin birlikte etkilerinin incelenmesi 34
4.9.	Tedavi sonrası sigarayı bırakmayan, bırakıp yeniden başlayan ve bırakan gruplara göre olguların yan etkiler yönünden frekans dağılımı 36
4.10.	Tedavi sonrası sigarayı bırakıp yeniden başlayan grupta yeniden başlama nedenlerine göre olguların frekans dağılımları 36

4.11.	Olguların relaps zamanı ve güncel sigara tüketim miktarlarına ilişkin frekans dağılımları	37
4.12.	Tedavi sonrası sigarayı bırakmayan ve bırakıp yeniden başlayan gruplara göre olguların diğer bulguları	38
4.13.	Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile sigarayı bırakıp yeniden başlayan gruba göre başarı etkeni yönünden olguların frekans dağılımları	40
4.14.	Tedavi sonrası sigarayı bırakan ve sigarayı bırakıp yeniden başlayan gruplara göre tedavi öncesi ve tedavi sonrası sigarayı bırakmanın zorluk dereceleri	40
4.15.	Tedavi sonrası sigarayı bırakan grupta sigara içme isteği ve akla gelme sebepleri yönünden olguların frekans dağılımları	41
4.16.	Tedavi sonrası sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakan gruplara göre olguların bırakma sonrası yaşadığı olumsuz ve olumlu değişiklikler	42
4.17.	Odak Grup Katılımcıları Sosyo- Demografik Özellikleri.....	43

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil	Sayfa
2.1.	Dünyada Sigara Kullanımının En Çok Olduğu Ülkeler 3
2.2.	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Verileri 5
2.3.	Türkiye Hane Halkı Araştırması 2017- Tütün Ürünü Kullanımı 6
4.1.	Güncel Sigara Kullanım Durumu 24
4.2.	Tedavi Yöntemlerine Göre Başarı Oranları 31
4.3.	Sigarayı Bırakan Grup İle Sigarayı Bırakıp Yeniden Başlayan Grup Arasında Sigarayı Bırakma Zamanlarının Dağılımı 35
4.4.	İrade Problemi Olduğunu Düşünme 39

ÖZET

Amaç: Bir yıl içinde Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastaların genel özelliklerinin ve sigara bırakma durumlarına etki eden faktörlerin değerlendirildiği çalışmamızda, tedavide temel bir engel teşkil eden relapsların nedenlerini belirlemek ve potansiyel relapsları önlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız karma tiptedir. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne 2016 Mayıs- 2017 Mayıs tarihleri arasında başvuran hastaların dosyaları taranmış, 236 hastadan 179'u çalışmaya katılmış ve araştırmaya özel olarak hazırlanmış anket formuyla hastaların sigara bırakma durumları değerlendirilmiştir. Sigaraya yeniden başlayan hastalar arasından seçilen 28 katılımcıyla, 5 odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıl sonunda başarı oranı %26'dır. Gruplar arasında sosyo-demografik özellikler ve tedavi başarısı yönünden anlamlı fark yoktu. Sigarayı bırakan grupta günlük sigara adedi ve Fagerström bağımlılık derecesi istatistiksel olarak anlamlı düşüktü. Beck depresyon ve anksiyete skorları açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Başvuru sayısı sigarayı bırakan grupta istatistiksel anlamlı olarak daha fazlaydı. Davranış önerilerini uygulayan grupta tedavi başarısı daha yüksek bulundu. Yeniden sigara kullanmaya başlayan hastalarla gerçekleştirilen odak grup görüşmelerinde ise en sık relaps nedenleri, stresli olaylar, özellikle iş yeri sıkıntıları ve yakınlarının yaşadığı ciddi sağlık problemleri olarak belirtildi. Yakın çevrede sigara içenlerin olmasının relaps riskini artırdığı saptandı. Katılımcıların relaps anında en çok işe yarayacağını düşündükleri çözümler ise, ortamdan uzaklaşmak, sigara içmeyen birinden ya da bir profesyonelden destek almaktı. Sigarayı bırakan grupta sigara bırakmayı irade problemi olarak görenlerin oranı istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü.

Tartışma/Sonuç: Sigara bırakma hizmetleri özveri gerektiren uzun soluklu bir hizmettir. Çalışmamızda tedavinin başarıya ulaşmasında tedaviyi önerilen sürede kullanmak, kontrol görüşmelerinde süreklilik, çevre desteği, farmakoterapinin bilişsel davranışçı terapi ile desteklenmesinin önemli olduğu görülmüştür. Ayrıca sigara kullanan kişiler, sigara kullanımının bir hastalık olduğunu kabul ediyor olsalar da irade problemi olduğu şeklindeki yaygın düşünceleri nedeniyle kendilerini suçlu

hissetmekte ve bu da hastaların bırakma konusunda öz yeterliliklerini azaltmaktadır. Relapsların bağımlılığın doğal seyri olduğu hastalara anlatılarak kendilerini suçlamamalarını sağlamak, yeniden bırakmak istediklerinde profesyonel yardım almak konusunda hastaları cesaretlendirecektir. Sigara, katılımcılar tarafından stresle baş etme yöntemi olarak görülmekteydi. Relapsların da önemli bir kısmı stres oluşturan durumlar sırasında yaşanmıştı. Hastalara stresle baş etme becerilerinin kazandırılmasının oldukça önemli olduğu görülmüştür. Ayrıca sigarayı bırakan kişinin çevresinde sigara içenlerin olması, sigara paketinin açıkta bırakılması ve ikram edilmesi gibi durumlar süreci zorlaştıran faktörlerdir. Sigarayı bırakan hastaların yakınlarını, sigarayı bırakma sürecindeki bireylere nasıl destek olabilecekleri konusunda bilgilendirmek sağlık profesyonellerinin önemsemeleri gereken bir konudur. Birinci basamak hekimi olarak sağlığa ilk erişim noktası olan, hastaya sürekli ve biyopsikososyal yaklaşımla kapsamlı bakım veren aile hekimlerine sigarayla mücadelede büyük görevler düşmektedir.

Anahtar kelimeler: Relaps, relaps önleme, sigara bırakma.



ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to determine the causes of relapses and to prevent potential relapses.

Methods: Our research is of the mixed type. The files of the patients who applied to the Smoking Cessation outpatient clinic of Ankara Numune Training and Research Hospital between May 2016 and May 2017 were screened. 179 out of 236 patients participated in the study and the patients' smoking cessation status was evaluated with a questionnaire prepared specifically for the study. 5 focus group interviews were conducted with 28 participants who were selected among the patients who started smoking again.

Findings: The success rate of our smoking cessation clinic at the end of one year is 26%. There was no significant difference between the groups in terms of socio-demographic characteristics and treatment success. The number of daily cigarettes and Fagerström dependence were significantly lower in the group who quit smoking. There was no statistically significant difference between the groups in terms of Beck depression and anxiety scores. The number of applications to our clinic was significantly higher in the group who quit smoking. Treatment success was found to be higher in the group that applied behavioral recommendations. In focus group interviews with patients who started smoking again, the most common causes of relapse were found to be stressful events, especially workplace problems and serious health problems experienced by relatives. The presence of smokers in the immediate vicinity increased the risk of relapse. The solutions that the participants thought would work best during the relapse were to get away from the environment and get support from a non-smoker or a professional. The rate of people who considers stopping smoking is a problem of willpower was significantly lower in group quit smoking.

Conclusion: Smoking cessation services are long-term services that require dedication. In our study, it was found that not stopping treatment before recommended time period, continuity in control interviews, support of environment, support of pharmacotherapy with cognitive behavioral therapy were important. In addition, although smokers accept that smoking is a disease, they feel guilty because

of their common belief that there is a problem of willpower, and this reduces their self-efficacy in quitting patients. Helping the patients with the guilt by telling them relapses are natural course of the disease would encourage them to seek for professional help again when they want to quit again. Smoking was a method of coping with stress to participants. A significant number of relapses occurred during stressful situations. It was observed that it was very important to improve patients' coping skills. In addition, cigarette smokers around the person who quit smoking, cigarette packages left exposed and cigarettes offered are factors that make the process more difficult. It is important for health professionals to inform the patients' relatives about how they can support the patient. Family physicians, who are the first access point to health and who give continuous and biopsychosocial comprehensive care to the patient, have great duties in the fight against smoking.

Key words: Relapse, relapse prevention, smoking cessation.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada önlenebilir mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenlerinden biri olan sigara kullanımı, daha anne karnından başlayarak, yaşamın bütün evrelerinde bir çok sağlık sorununa neden olan önemli bir halk sağlığı tehditidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada her yıl, 7 milyondan fazla insan tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde de her yıl yaklaşık 100.000 ölümün nedeni tütün kullanımına bağlı ortaya çıkan hastalıklardır (1, 2).

Sigara kullanıcılarının % 80' i tütün kaynaklı hastalık ve ölüm yükünün en ağır olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Sigara kullanımı, özellikle sınırlı kaynakları olan bu ülkelerde, büyük bir ekonomik yüküdür (3, 4). Tütün kullanımı sonucunda, hem tütünün kişinin aile bütçesindeki maliyeti hem de tütün kullanımına bağlı morbiditelere bağlı olarak sağlık bakım maliyetleri yükselmektedir, bu da gelişmekte olan ülkelerde ekonomik gelişmeyi engelleyen önemli bir faktördür (5).

Sigarayı bırakmak her yaşta, sigarayla ilişkili risklerde önemli azalmalara yol açar (6). Yapılan araştırmalara göre sigara kullanıcılarının %70'i sigarayı bırakmak istemekte, %44'ü geçen bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş, %35,4' ü de gelecekteki bir yıl içinde sigara bırakmayı düşünmektedir (7, 8). Bu bulgu sigara içenlerin önemli bir bölümünün sigara bırakma konusunda istekli olduğunu göstermektedir. Bu kişilere sigara bırakmaları yönünde destek sağlanması sigarayla mücadele bakımından önem taşımaktadır.

Sigarayı bırakmak için mevcut birinci basamak farmakolojik tedaviler (Nikotin replasman tedavisi (NRT), Bupropion ve Vareniklin) sigara bırakma şansını 2-3 kat artırmaktadır (9). Ancak en iyi sigarayı bırakma tedavilerinin ardından bile, bir yıl sonunda, sigara bağımlılarının %40' ının sigara kullanmaya yeniden başladığı, sigarayı kendileri bırakmayı deneyen bağımlılarda ise yeniden başlama oranının %97 olduğu görülmektedir (10).

Ülkemizde Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 raporunda tütün ürünlerine olan talebin azaltılmasına yönelik önlemler başlığı altındaki amaçlardan biri de sigarayı bırakmanın yaygınlaştırılması, tütün bağımlılığı tedavisinde ve tekrar başlamayı önlemede başarı yüzdesinin yükseltilmesidir (11).

Bu nedenle sigara bırakma polikliniklerinde verilen bırakma hizmetinin yanı sıra, sigarayı bırakan hastaların da yeniden başlamasını önlemek tütünle mücadelede önemli bir basamaktır. Tütün kontrol politikaları, kardiyovasküler hastalıklar da dahil olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölümlerin önlenmesi konusunda da oldukça uygun maliyetli yöntemlerdir (12).

Bu bağlamda araştırmamız, relaps riskini artıran etkilerin netleştirilmesi; tedavi başarı oranlarının artırılması ve relaps oranlarının azaltılması gibi önem arz eden konuları ele almaktadır.

Bir yıl içinde Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastaların genel özelliklerinin ve sigara bırakma durumlarına etki eden faktörlerin değerlendirildiği çalışmamızda, relaps nedenlerini belirlemek ve potansiyel relapsları önlemek amaçlanmıştır.

İkincil olarak ise; sağlık kaynaklarının maliyet-etkin kullanımını sağlamak, sigara bırakma tedavisi başarı oranlarını artırmaya yönelik ipuçları elde etmek ve sigara bırakma tedavisi sonrası bir yıl içinde oldukça yüksek olan yeniden sigaraya başlama oranlarının azaltılması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

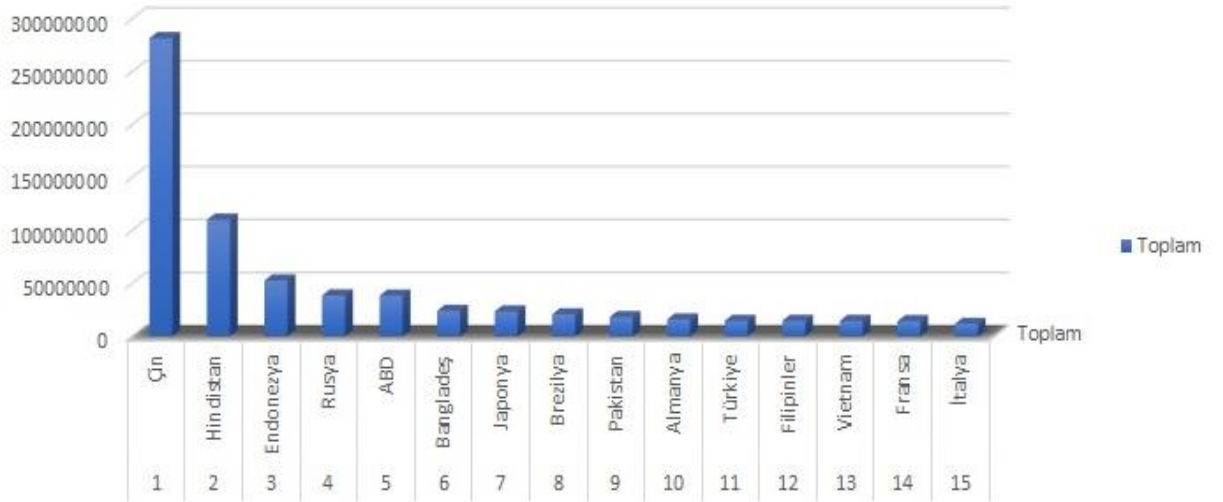
2.1. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE TÜTÜN KULLANIMI EPİDEMİYOLOJİSİ

2.1.1. Dünyada Tütün Ürünü Kullanımı

Her 10 erişkinden birinin ölüm nedeni olan sigaraya karşı eğer mevcut önlemler dışında önlem alınmazsa, 2030 yılında sigaraya bağlı tüm dünyada yaklaşık 8 milyon ölüm beklenmektedir (3,13).

Dünyada 15 yaş üstü nüfus genelinde 942 milyon erkek ve 175 milyon kadın sigara kullanmaktadır, bunların da %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunmaktadır (14,15). Orta gelirli ülkelerde yaşayan erkekler, dünyada sigara kullanan en büyük grubu oluşturmaktayken, kadın sigara kullanıcılarının ise neredeyse yarısı yüksek gelirli ülkelerde yaşamaktadır (14).

Tütün kullanan kişi sayısının en fazla olduğu ülkeler sıralamasında Çin, Hindistan, Endonezya başta gelmektedir. Türkiye ise bu ilkeler arasında 11. Sırada yer almaktadır (16). (Şekil 2.1)



Şekil 2.1. Dünyada sigara kullanımının en çok olduğu ülkeler

Yukarıdaki verilerde görüldüğü gibi gelişmiş olan ülkelerde tütün ürünü kullanım sıklığı gelişmekte olan ülkelere göre daha düşük seviyede, kadın sigara kullanıcılarının sayısı gelişmiş olan ülkelere göre daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelere, sigara kullanımı açısından erkekler kadınlara göre oldukça yüksek sayıda iken, gelişmiş olan ülkelere kadın ve erkek sigara kullanıcılarının sayısı birbirine yakındır. Tütün kullanımı konusunda dünyada son yüzyılda 4 evre yaşandığı belirtilmektedir (17).

1. Evre: Tütün kullanımının düşük olduğu ve artmasının beklendiği evredir, bu evrede sigara kullanıcı sayısındaki artma ilk olarak erkek cinsiyette olur, kadınlarda sigara kullanımı henüz düşük seviyelerdedir. Sahraaltı Afrika ülkeleri bu evreden geçmekte olan ülkelerdir.

2.Evre: Tütün kullanım sıklığındaki artışın hızlı olduğu, erkeklerle birlikte kadınlarda da sigara kullanımının yaygınlaştığı ve sigara kaynaklı sağlık problemlerinin yaşandığı evredir. Bu evredeki ülkelere ise örnek olarak Çin, Güney-Doğu Asya gösterilebilir.

3.Evre: Sigara kullanımına bağlı ölümlerin hızla arttığı, sigara kullanımının ise azaldığı evredir, sigara kullanımı öncelikle erkekler arasında azalmaya başlar. Güney Avrupa, Latin Amerika örnek olarak gösterilebilecek ülkelerdir.

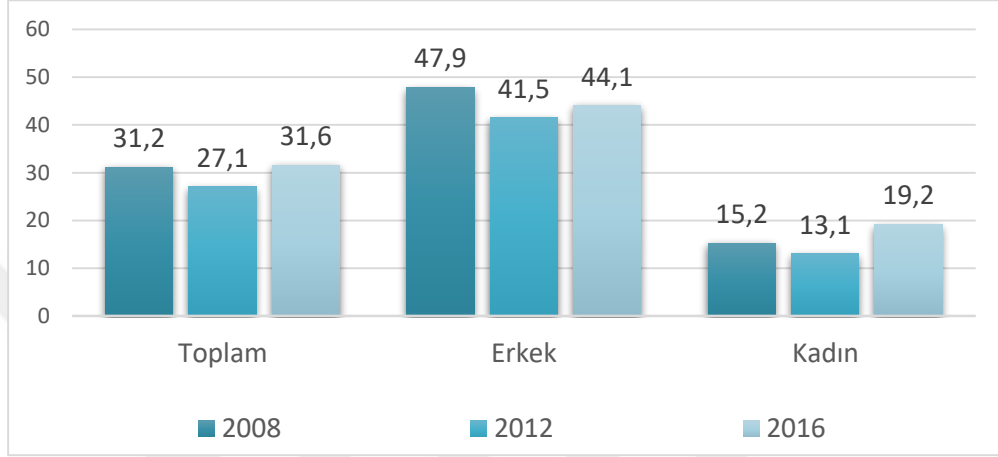
4.Evre: Erkek ve kadınların her ikisinde de tütün kullanımının azaldığı ancak kadınlarda sigaraya bağlı ölümlerin arttığı, erkeklerde sigaraya bağlı ölümlerin azaldığı son evredir. Bugün Batı Avrupa ülkeleri, İngiltere ve ABD gibi gelişmiş ülkeler 4. Evreyi yaşamaktadırlar.

2.1.2. Türkiye’de Tütün Ürünü Kullanımı

Ülkemizde, son yirmi yıl içinde azalmış olsa da, hala tütün üretimi devam etmektedir. Bu durum ülkemizde tütüne erişim kolaylığı sağlamak ve tütünle mücadele çabalarını zorlaştırmaktadır (18).

Ülkemizde tütün ve tütün ürünleri üretimi ile satış ve pazarlaması, 1984 yılında yabancı tütün firmalarına açılmış ve yabancı sigara ithalat yasağının kalkmasıyla birlikte sigara kullanımı hızlı artış göstermiştir. Bu artış 2000’li yıllara kadar sürmüştü, 2000’li yılların ortalarından itibaren ise sigara kullanımı azalmaya başlamıştır (8).

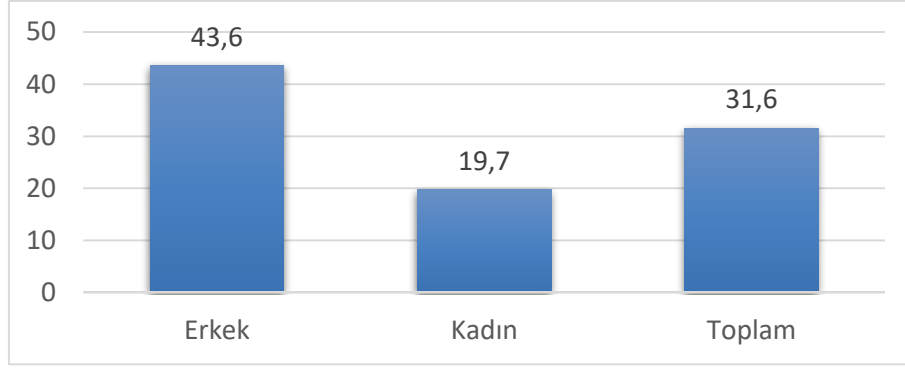
Türkiye 2004 yılında ise, DSÖ'nün hazırladığı ilk uluslararası sağlık anlaşması olan Tütün Kontrolü Çerçevesi Sözleşmesi'ni(TKÇS) imzalayan ülkeler arasında yer almıştır. Bu kapsamda ilk kez 2008 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA), 2012 yılında da tekrarlanmış ve tütün kullanımında ciddi bir düşme sağlandığı görülmüştür (19).



Şekil 2.2. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Verileri (%)

Türkiye’ de tütün kullanımına ilişkin 2012 yılında yapılan KYTA sonuçlarına göre; genel popülasyonda tütün ürünü kullanım sıklığı %27,1 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %41,5, kadınlarda ise %13,1’dir. 15 yaşından önce sigaraya başlayanların oranı %16,1 iken, sigara satın almak için yasal sınır olan 18 yaş altında başlama oranı ise %58,7 olarak bulunmuştur (19). 2008 yılında yapılan araştırma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, 2008 ile 2012 yılları arasındaki 4 yıllık süreçte, genel popülasyondaki tütün kullanım oranının %31,2’den %27,1’e, erkeklerde tütün kullanım oranının %47,9’dan %41,5’e, kadınlarda ise %15,2’den %13,1’e düştüğü görülmektedir (16, 20). 2016 yılı verilerine göre ise tütün kullanım oranlarında yükselme görülmüş, 2012 yılı verilerine göre genel popülasyonda %27,1 oranında olan tütün ürünü kullanım sıklığı, 2016 yılında %31,6’ya yükselmiştir (21). (Şekil 2.2)

2017 yılında yapılan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ise tütün ürünü kullanımı erkeklerde %43,6 iken kadınlarda %19,7, genel popülasyonda ise %31,6 dır (22). (Şekil 2.3)



Şekil 2.3. Türkiye Hane Halkı Araştırması 2017- Tütün Ürünü Kullanımı (%)

2.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE TÜTÜN KONTROL POLİTİKALARI

2.2.1. Dünyada Tütün Kontrol Politikaları

Dünyada her 10 kişiden birinin ölüm nedeni olan ve küresel bir problem haline gelen sigaraya karşı DSÖ’nün 2005 yılında hazırladığı ilk uluslararası sağlık anlaşması olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi(TKÇS) bu küresel salgına bir yanıt niteliğinde olmuştur. 2003 yılında kabul edilen, 2005 yılında ise yürürlüğe giren bu sözleşme, halk sağlığının teşviki için bir kilometre taşıdır (23). Yayınlandığı günden beri ülkeler tarafından hızla imzalanmakta olan bu anlaşma, insanlara sigarayı bırakmaları için uygun hizmetler sunulmasına ve sigara kullanmayan kişilerin de ikinci el sigara etkilenimini azaltmaya yönelik politikalar oluşturmaktadır.

2008 yılında ise DSÖ, ülkelere TKÇS’nin gereklerini uygulamalarına yardımcı olmak için, kanıtlanmış, pratik ve uygun maliyetli, önlem paketi önerisi getirmiştir. MPOWER olarak bilinen önlemler, her bir ülkenin ihtiyaçlarına göre uyarlanabilen, tütün kontrolünde talep azaltma müdahalelerini içermektedir. MPOWER, özellikle tütün endüstrisinin aktif olarak yeni pazarlar aradığı gelişmekte olan ülkelerdeki tütün kontrol politikalarına yardımcı olmaktadır (24).

MPOWER aşağıda açıklanan 6 uygulamanın ilk harflerinden oluşan bir kısaltmadır (25).

M (Monitor) Tütün kullanımı ve önleme politikalarının izlenmesi.

İyi bir izleme, ülkedeki salgının kapsamının yanı sıra politikaları ülke ihtiyaçlarına göre nasıl düzenlenmesi gerektiği konusunda bilgi sağlar.

P (Protect) İnsanları tütün dumanından korumak.

Temiz hava solumak tüm insanların temel hakkıdır.. Sigara içilmeyen yerler, sigara içmeyenleri korumak, sigara içenleri de bırakmaya teşvik etmesi açısından çok önemlidir. Gelir seviyesinden bağımsız olarak, her ülke dumansız hava yasalarını etkili bir şekilde uygulayabilir.

O (Offer) Tütün kullanımını bırakmak için yardım önermek.

Sigara kullanıcılarının çoğu sigarayı bırakmak istiyor, ancak çok az ihtiyaç duyduğu yardımı alıyor. Tütün bağımlılığını tedavi etmeye yönelik hizmetler, dünya nüfusunun % 5'i olan, sadece dokuz ülkede tam olarak mevcuttur. Ülkeler, bağımlılıklarından isteyen kişiler için düşük maliyetli, etkili müdahaleler sağlayan programlar oluşturmalıdır.

W (Warn) Tütün kullanımının zararları hakkında uyarmak.

Tütünün tehlikeleri hakkında yapılan kapsamlı uyarılar, özellikle ergenler ve genç yetişkinler arasında tütün imajını değiştirebilir.

E (Enforce) Tütün tanıtımı, reklam ve sponsorluklarını yasaklama.

Tütün endüstrisi, reklam ve tanıtımı için her yıl dünya genelinde on milyarlarca dolar harcıyor. Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili kısmi yasalar işe yaramıyor, çünkü tütün endüstrisi bunlara ayırdığı kaynağı yasal düzenleme yapılmamış olan diğer pazarlama kanallarına yönlendiriyor. İnsanları, özellikle gençleri endüstrinin pazarlama taktiklerinden yalnızca topyekün yasaklar koruyabilir ve tütün tüketimini azaltabilir.

R (Raise) Tütün vergilerini artırmak

Vergileri ve dolayısıyla fiyatları artırmak, tütün kullanımını azaltmanın ve özellikle gençleri tütün kullanmaya teşvik etmenin en etkili yoludur. Aynı zamanda tütün kullanıcılarının bırakmalarına ikna edilmesine yardımcı olur. Tütün fiyatındaki % 70'lik bir artış, dünya genelinde tütünle ilişkili tüm ölümlerin dörtte birini engelleyebilir, % 10'luk bir fiyat artışı ise yüksek gelirli ülkelerde tütün tüketiminde % 4'lük bir düşüşe ve düşük ve orta gelirli ülkelerde % 8'lik bir düşüşe sebep olabilir.

2.2.2. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları

Türkiye’de 1996 yılında yürürlüğe giren Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun (No.4207) tütünle mücadele konusunda bir dönüm noktasıdır. Bu yasa ile ülkede ilk defa bazı kamu binaları, toplu taşıma araçları gibi kapalı yerlerde sigara içilmesi, 18 yaşından küçüklere sigara satışı ve tütün ürünleriyle ilgili her türlü reklam ve tanıtım yasaklanmıştır (26).

2002 yılında Tütün ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuştur. TAPDK’nın ilgili mevzuat çerçevesinde tütün endüstrisini denetleme yetkisi ve görevi de bulunmaktadır. TAPDK aynı zamanda tütün ürünleri içindeki karbonmonoksit, nikotin ve katran miktarlarını belirleme yetkisine de sahiptir (19,27).

Türkiye 2004 yılında DSÖ’nün hazırladığı TKÇS’ni imzalamıştır. Bunu takiben Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ulusal Tütün Kontrol Komitesi kurulmuş, “Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planı” hazırlanmış ve 2006 yılında Başbakanlık Genelgesi olarak yayınlanmıştır. 2008-2012 yıllarını kapsayan eylem planı içinde; tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları konularında halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, sigaranın bırakılmasının sağlanması, fiyat ve vergilendirmenin artırılması, sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi, reklam, promosyon ve sponsorluğun yasaklanması, ürün kontrolü ve tüketicinin bilgilendirilmesi, yasa dışı ticaretin önlenmesi, gençlerin ulaşılabilirliğinin önlenmesi, tütün üretiminin azaltılması ve alternatif politikaların üretilmesi, tütün kullanımı ve kontrol yöntemlerinin izleme ve değerlendirmesi başlıkları yer almıştır (19). Eylem planındaki temel amaç ise; gençler ve yetişkinlerde tütün kullanımını azaltmaktır.

TAPDK kararıyla 2010 yılında sigara paketleri üzerine resimli uyarılar basılmıştır ve yapılan düzenlemelerle, illerde kamu ve sivil toplum temsilcilerinin katılımı ile oluşan İl Tütün Kontrol Kurulu adlı bir yapı tanımlanmıştır. İllerde sağlık müdürlüğünde ve emniyetten en az birer kişinin katılımı ile oluşan denetim ekipleri oluşturulmuştur (19).

2008 yılından önce Türkiye’de yetişkinlerin üçte biri tütün ürünü kullanmakta ve bu oran Avrupa’daki en yüksek kullanım oranı iken, MPOWER önlemlerinin hayata geçirilmesi sigara kullanımında azalmaya yol açmıştır, aynı zamanda ikinci el sigara dumanına maruz kalma oranının da düşüş görülmüştür. Türkiye kapalı

mekanlarda %100 sigara yasağını uygulayan üçüncü, MPOWER önlemlerini en yüksek seviyede uygulayan ilk ülke olmuştur (24).

2.3. SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

2.3.1. Sigara İçen Hastaya Yaklaşım ve Psikososyal Tedaviler

Tüm bağımlılıklarda olduğu gibi tolerans ve yoksunluk belirtilerinin yaşanması nikotin kullanım bozukluğunda da en sık saptanan tanı ölçütlerindendir.

Sigara içme davranışı kompleks bir yapıdadır ve her başvuran hastanın bağımlılık derecesi, sigara içme özelliği, bırakma konusundaki niyeti farklıdır. Bu nedenle tedaviye başlamadan önce hastalar ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Bu gibi nedenlerle, sigara bırakma hizmetleri tüm doktorların yer ve zaman gözetmeksizin sürdürmeleri gereken bir durum olsa bile; uygulamanın bir sistem dahilinde sigara bırakma polikliniklerinde yürütülmesi başarıyı artırmaktadır (28,29).

Tedavi öncesi Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile hastanın bağımlılık derecesinin tespit edilmesi, uygulanacak tedavinin seçimi açısından önem taşımaktadır. Bu teste göre nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde, 0-2 puan “çok düşük düzey”, 3-4 puan “düşük düzey”, 5 puan “orta düzey”, 6-7 puan “yüksek düzey”, 8-10 puan “çok yüksek düzey” bağımlılık olarak kabul edilmektedir.

Sigara bağımlılığı; başlama, bırakma, sürdürme, aralıklı içme ve nüks gibi farklı davranış komponentleri içermektedir (29). Bu nedenle başvuran hastaların bırakma niyetini değerlendirmek de hastaya uygun bir müdahalenin seçimi açısından kritiktir. Prochaska ve DiClemente’nin oluşturdukları transteorik model, bağımlılık yapan davranışların sonlandırılması sürecini inceleyen bir modeldir. Ancak sağlığın geliştirilmesini ilgilendiren her konuda bu model kullanılabilmektedir. Bu modele göre, sigara içen bireyler davranışsal olarak 5 evre arasında geçiş yaparlar (30,31).

1. **Niyet Öncesi:** Bırakmanın henüz düşünülmendiği dönem
2. **Niyet:** Bırakma ile ilgili bazı düşüncelerin olduğu dönem
3. **Hazırlık:** Bırakmayı düşünme
4. **Eylem:** İlk davranış değişimi
5. **Koruma:** Oluşan davranış değişimini belirli bir süre devam ettirme dönemi

Sigara kullanımında ve bağımlılık yapıcı diğer maddeleri sonlandırma sürecinde yukarıdaki aşamalar her zaman doğrusal şekilde veya belirli bir sırada ilerlemez. Örneğin, bir kişi eylem aşamasına geçmeden önce defalarca hazırlık aşamasına geçebilir ve sonra tekrar niyet aşamasına dönebilir. Ayrıca kişi sürdürme aşamasına geçtiğinde de zaman içerisinde niyet aşamasına tekrar geri dönebilir, önemli olan döngünün sürekli devam etmesidir (31).

Niyet öncesi dönemdeki bir hastayla eylem aşamasındaki hastaya uygulanacak müdahale farklı olacağından hastanın hangi değişim aşamasında olduğunun tespit edilmesi, bırakma motivasyonunu değerlendirmek açısından oldukça önemlidir. Eğer sigara içen kişi sigarayı bırakmaya motive değilse, tüm bu yaklaşımlar etkisiz kalacaktır.

Sigarayı bırakma konusunda kişinin sigarayı bırakmayı isteyip istememe durumuna göre, özel olarak yapılan kısa girişimlerin de bırakma oranlarını artırdığı bilinmektedir. 3 dakikadan kısa süren bu kısa girişimler, sigara bırakma konusunda istekli bireylere bırakma konusunda destek olmak amacıyla uygulanacak 5A yaklaşımı ve henüz sigarayı bırakmak isteyemeyen hastaları bırakmaya cesaretlendirmek için uygulanacak 5R yaklaşımı şeklinde kısaltılmıştır. Tablo 2.1’ de bu kısa girişimler açıklanmıştır (7,30). Kısa girişimlerin genel özelliği farkındalığın yükseltilmesi ve değişim adına tavsiyelere odaklanmasıdır.

Tablo 2.1. 5A ve 5R Kısa Müdahale Yaklaşımları

5A	5R
Ask (ÖĞREN)	Relevance (İLGİLEN)
Advice (ÖNER)	Risks (RİSKLER)
Assess (ÖLÇ)	Rewards (KAZANÇLAR)
Assist (ÖNDERLİK ET)	Roadblocks (ENGELLER)
Arrange (ÖRGÜTLE)	Repetition (TEKRARLA)

Polikliniğe başvuran her hastanın tütün kullanımının sorularak not alınması, kullanan hastaların ise kısa girişimlerle sigara bırakma konusunda motive edilmesi önemli bir basamaktır. Bırakma konusunda isteksiz olan hastalara da yukarıda belirtilen 5R yaklaşımı ile mutlaka motivasyonel destek sağlanmalıdır (32).

Bağımlılık tedavi sürecinde psikososyal yaklaşımlardan biri olan ve bırakmanın tüm aşamalarında uygulanabilen motivasyonel görüşme, davranış değişikliği konusundaki ambivalansı gidermek ve değişim amacıyla hastaların eyleme geçmelerini sağlamak için özel olarak tasarlanmış hasta merkezli bir iletişim modelidir (33).

Motivasyonel görüşme sigara içen kişinin davranış değişikliği ile ilgili bakış açılarına ve endişelerine odaklanır. Otoriter değil, değişimin sorumluluğu kişiye bırakılarak, tartışmacı değil destekleyici bir iletişim yöntemiyle kişinin değişim konusunda içsel motivasyonunu artırmak amaçlanır (33).

Motivasyonel görüşmede temel kurallar; empati gösterilmesi, çelişkilerin ortaya çıkarılması, dirençle çalışma ve öz yeterliliği desteklemektir. Bu hasta hekim iletişimi modelinde açık uçlu sorular, onaylama/kabullenme, yansıtıcı dinleme ve özetleme yöntemi kullanılır (34).

Motivasyonel görüşme başında öncelikle hastanın bırakma kararlılığı araştırılmalıdır. Hastanın karar düzeyine göre uygun müdahalede bulunulmalıdır. Hastanın kararı ne olursa olsun, yargılamadan, tercihine saygı gösterilmeli, hasta sigarayı bırakmanın ortaya çıkaracağı olumlu ve olumsuz durumlar konusunda konuşmaya cesaretlendirilmeli ve her görüşmede bulunduğu basamaktan bir üst basamağa çıkması için destek verilmelidir (28).

Nikotin bağımlılığında kullanılan psikososyal tedavilerden bir diğeri, bilişsel davranışçı terapidir. Davranışsal ve bilişsel yöntemlerle, tütün bağımlılığının davranış ve psikolojik boyutuna müdahale edilir. Kişinin duygu, davranış ve düşünceleri arasındaki bağlantıları saptamaya çalışarak, kişinin yaşantılarını daha gerçeğe uygun yorumlaması sağlanır. Kişiye sigarayla ilgili hatalı düşüncelerini farketmesi sağlanarak, yeni düşünceler geliştirme becerisi öğretilir (35). Kişinin hangi durumlarda sigara içtiği tespit edilerek, kişiye bu konuda farkındalık kazandırmak ve bu otomatikleşmiş davranışları değiştirmesini sağlamak amaçlanır. Aynı zamanda yoksunluk ve stresle baş etme yöntemleri öğretilir. Farmakolojik tedaviyle bir arada kullanılarak nikotin yoksunluğu belirtilerinin azaltılıp sürecin kolaylaştırılması sağlanır. Bireysel davranışçı ve farmakolojik tedavinin bir arada kullanılması sigara içme davranışının kompleks yapısından dolayı (psikolojik, davranış ve nörobiyolojik komponent) tedavide başarı şansını artırmaktadır (29).

2.3.2. Farmakolojik Tedaviler

2.3.2.1. Nikotin Replasman Tedavileri

Nikotin replasman tedavisi (NRT), beyindeki nikotinik reseptör sayısını azaltarak etki gösterir ve tedavi sürecinde nikotin dozu yavaş yavaş azaltılır.

Sigara içildiğinde nikotin, sigara içen kişinin beynine 7 saniye içinde ulaşır ve nikotinik reseptörleri satüre ederek beklenenden çok daha yüksek bir pik etkisi yapar. Beyin bölgesindeki ilgili hücreler, reseptörleri duyarsız hale getirerek, reseptör sayısını artırır ve bu da zamanla daha fazla nikotin ihtiyacına neden olur (30).

NRT ise, sigaraya kıyasla nikotinin beyne çok daha yavaş ulaşmasına sebep olur ve kandaki nikotin miktarında pik oluşturmaz. Böylece nikotin reseptörlerinin satürasyonunu sağlayarak, nikotin reseptörlerini stimüle etmeden nikotin ihtiyacını ortadan kaldırır. Bu sayede üretilen reseptör sayısının sürekli azalmasıyla 12 haftalık NRT' den sonra reseptör sayıları normale döner. Bununla birlikte, bu hücreler nikotini hafızalarında tutarlar ve yeniden sigara içildiği takdirde hücre zarı üzerinde çok hızlı bir şekilde çoğalabilirler bu nedenle tütün bağımlılığı bu nedenle kronik nüks eden bir hastalıktır (30).

Günümüzde NRT için kullanılan nikotin formları; sakız, nazal sprey, oral inhaler ve nikotin bandıdır. Ülkemizde ise yalnızca bant ve sakız bulunmaktadır (28).

2.3.2.1.1. Nikotin Bantı

Nikotin bantı ile, nikotinin transdermal olarak vücuda kontrollü olarak verilmesi sağlanır. 16 saat ve 24 saatlik iki formu bulunmaktadır. Bant ile vücuda saatte 1 mg nikotin sağlanır. Nikotin bantıyla vücuda sigara içimi ile alınan nikotin miktarının %50'si geçmektedir. Ülkemizde bulunan 24 saatlik bantlar üç farklı boyutta olup, 30cm² lik bantla 21 mg, 20 cm² lik bantla 14 mg, 10 cm² lik bantla ise 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır.

Sigaranın bırakılması aşamalarında 2-4 haftada bir doz azaltımı yapılarak, daha düşük dozda nikotin içeren banta geçilir ve tedavi hastanın durumuna göre 8-12 haftada sonlandırılır. 10-15 adet/gün ve daha az miktarda sigara içen, bağımlılığı daha düşük hastalarda düşük dozlarda nikotin bantlarıyla tedaviye başlanabilir (36).

Nikotin Bantının kullanımı kolaydır. Sabah uyanıldığında, gövde ya da üst kol derisinin kılısız, kuru ve temiz bir bölgesine yapıştırılır, yüksek basınçlı yerlere yapıştırmaktan kaçınılmalıdır. Bant gün içinde kendi kendine çıkarsa aynı bandı, yapıştırıcı kullanarak tekrar kullanmak mümkündür (29).

En sık karşılaşılan yan etki lokal cilt reaksiyonlarıdır. Lokal cilt reaksiyonu riskini azaltmak için, uygulama bölgesi günlük olarak değiştirilmelidir. Kol, omuz ve göğüs bölgelerinde kullanılabilir. Ayrıca bant kullanmında baş ağrısı, bulantı, grip benzeri semptomlar, kas ağrıları ve uykusuzluk görülebilir. Gebelik kategorisi D'dir (36).

2.3.2.1.2. Nikotin Sakızı

Nikotin sakızının 2 ve 4 mg'lık iki formu mevcuttur. Ancak sakızda bulunan nikotinin tamamı emilemez, 2 mg'lık sakız ile vücuda 0,9 mg nikotin alınırken, 4 mg'lık sakız ile vücuda 1,2 mg nikotin alınmaktadır. Emilimin iyi olabilmesi için ağız PH'ı ve çiğneme tekniği çok önemlidir. Çiğneme esnasında herhangi bir yiyecek-içecek tüketilememelidir. Yaklaşık 30 dakika öncesinden de özellikle asitli gıda tüketiminden kaçınılması gerekmektedir (30).

Sakızın etkisini gösterebilmesi özellikli bir çiğneme tekniği mevcuttur. Bu nedenle sakız başlanacak her hastaya mutlaka nasıl kullanması gerektiği iyi anlatılmalıdır. Sakız ağıza alındıktan sonra tadı çıkana kadar bir veya iki kez çiğnenir, daha sonra yanakla diş eti arasında nikotinin emilmesi için bekletilmelidir. Tadı azaldığında kısa bir süre çiğnenip yeniden yanakla diş eti arasında bekletilmelidir. Ağız mukozasının başka bir bölgesinde aynı işlemi tekrarlayarak kullanmaya devam edilir. Bu yöntemle "çiğne park et" tekniği denilmektedir (36).

Sakızdan emilen nikotin, yaklaşık 20- 30 dakika sonra plazma pik değerine ulaşır. Kullanım sıklığını hastanın kendisi belirlemekle birlikte genellikle günde 10-15 adet sakız yeterlidir ve iki sakız arasında en az yarım saat ara bırakılmalıdır (28,29,36). FNBT skoruna göre, düşük ve orta bağımlılığı olanlar için 2mg, yüksek bağımlılığı olanlar için 4 mg'lık sakız ile tedaviye başlamak uygundur(28). Maksimum günlük kullanım adeti ise 24'tür (36).

Tedavinin 8-12 hafta kullanılması önerilmektedir, gerekli durumlarda süre uzatılabilir. Sakız tedavisi diğer bırakma yöntemleriyle kombine olarak da kullanılabilir (37).

Sakız, yavaş çiğnenmelidir. Hızlı çiğnendiğinde veya doğru kullanılmadığında aşırı tükürük salgısı; tahrişe, hıçkırığa ve gastrointestinal sistem yan etkilerine yol açabilmektedir. Gebelik kategorisi C'dir (29,30).

2.3.2.2. Bupropion

Bupropion, dopamin ve noradrenalinin sinaptik geri alımını inhibe ederek etki göstermektedir. Böylece nikotin etkisini taklit eder ve nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına neden olur (28,30). Hem depresyon tedavisinde hem de sigara bırakma tedavilerinde FDA onaylı bir ajandır (36).

Bupropion'un 150 mg'lık tabletleri bulunmaktadır. İlk 3 gün günde 1 kez 150 mg, 4.günden itibaren günde 2 kez 150 mg alınarak toplam 300 mg tedavi dozuna çıkılır. Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilacın 7-14 günleri arasında sigara bırakma günü belirlenir. Tedavi toplam 12-24 hafta arasında devam eder. Bupropion'un ileri yaşlarda tavsiye edilen günlük doz miktarı 150 mg'dır (28,36).

Tedavide bupropion kullanmaya başlamadan önce hastanın antipsikotik ilaç, antidepresan, tramadolum, metilksantin, sistemik steroid, antihistaminik, kinolon gibi antibiyotik kullanımı ve anoreksik maddeler mutlaka sorgulanmalıdır. Alkol kullanım durumu ve son alkol alım tarihi, diyabetes mellitus veya kafa travması öyküsü de mutlaka sorgulanmalıdır (30).

Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ile kombine edilerek kullanılabilir (28). Bupropion ve NRT ile yapılan kombinasyon tedavisi, tek başına Bupropion'dan ve yalnızca NRT'den daha etkili bulunmuştur(36). Bupropion, NRT ile karşılaştırıldığında ise NRT'den daha etkili olduğu kesin değildir (38).

En sık yan görülen yan etki; baş ağrısı, uykusuzluk ve ağız kuruluğudur (28,29,36). Hastaların yaklaşık %0,1'inde konvülsiyon görülebilir. Bu risk epilepsi öyküsü olanlarda, anoreksiya nervoza ve bulimia gibi yeme bozukluğu durumlarında artmaktadır, ayrıca bipolar bozukluk, kronik alkol tüketimine bağlı ciddi karaciğer

yetmezliği ve son iki hafta içinde MAO inhibitörlerinin ve benzodiazepin kullanımı da nöbet eşığını düşüren faktörlerdendir. Gebelik kategorisi C'dir (24,30).

2.3.2.3. Vareniklin

Vareniklin, dopamin salınımına aracılık eden $\alpha 4 \beta 2$ nikotinik kolinerjik reseptörlerinin parsiyel agonistidir. $\alpha 4 \beta 2$ reseptörleri uyarak nikotinik agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar, böylece nikotin yoksunluk semptomlarının yoğunluğunu azaltır. Aynı zamanda, nikotin reseptörlerine sıkıca bağlanarak, sigara dumanı kaynaklı nikotinin reseptörlere bağlanmasını engeller ve sigaranın ödüllendirici etkisini azaltır (24,39).

Vareniklin ile tedaviye, sigara içmeye devam ederken ilk 3 gün 0,5 mg günde bir sefer kullanılarak başlanır, 4-7. günler arası sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez 0,5 mg, 8.günden itibaren ise günde 2 kez 1 mg gün dozda devam edilir. İlaça başlandığında sigara içmeye devam eden olguların 8-14. gün arası, hedef bir sigara bırakma günü belirleyip sigarayı bırakması amaçlanır. Tedavi toplamda 12 hafta, günde 2 kez 1 mg dozunda kullanılarak tamamlanır. Ortalama tedavi süresi 12 haftadır, ancak 24 haftalık tedavinin 6 ay ve 1 yıl içinde sigaraya yeniden başlama oranlarını azalttığı görülmüştür. Nüks eğilimi olan olgular için tedavi süresinin uzatılması düşünülebilir (28,36).

İlacın en sık yan etkisi bulantıdır (%35,8). Diğer yan etkileri ise uykusuzluk (% 22), anormal rüya (% 14,4), baş ağrısı (% 16,8) ve gastrointestinal sistem yakınmalarıdır (% 22,5). Yan etki görülme ihtimalini düşürmek için, ilaç önce düşük dozda başlanır, 1 hafta sonra tam doza geçilir. Bulantıyı önlemek için ilacın yemek arasında alınması önerilir, buna rağmen bulantı sorun oluştursa, günlük alınan doz 1 mg'a düşürölür ve bulantı kontrol altına alındıktan sonra yeniden doz artırılması denir. Vareniklinin % 80 oranında renal yolla atılmaktadır, bu nedenle hepatik fonksiyon bozukluklarında dozun azaltılmasına gerek yoktur. Ciddi böbrek yetmezliği olanlarda günlük doz düşürölerek, 0,5 mg alması önerilir. Diğer farmakoterapilerle bildirilen bir ilaç etkileşimi bulunmadığı için, polifarmasinin sık olduğu yaşlı hastalarda ve ek hastalıkları olanlarda da doz değiştirilmeden kullanılabilir (28).

Vareniklin psikiyatrik olarak stabil durumda olan sigara bağımlılarında güvenle kullanılabilir. Vareniklin, bupropion ve nikotin bandının kardiyovasküler hastalık ve psikiyatrik hastalıklarla ilgili güvenilirliğinin araştırıldığı çok merkezli CATS ve EAGLES çalışmalarının sonuçlarına göre, plaseboyla karşılaştırıldığında bu hastalıklar açısından riski artırmadığı gösterilmiştir. Gebelik kategorisi C'dir (40,41).

2.4. NÜKS

Sigarayı bıraktıktan sonra tek bir sigara içimi veya birkaç nefes çekilmesine kayma(slip), birkaç gün birer tane sigara içimi hata(laps), tekrar eskisi gibi içilmeye başlanmasına ise nüks (relaps) denir (42). Sigara bırakma sonrası hata yaşayan kişilerin uzun dönem takiplerinde %95 oranında yeniden düzenli sigara içmeye başladıkları gösterilmiştir (43).

Sigara bağımlılığı diğer tüm bağımlılık yapıcı maddelerde olduğu gibi nükslerle seyreden kronik bir hastalıktır ve sigarayı bırakmanın önünde temel bir engel teşkil eden relapslar, aslında hastalığın doğal seyrinin bir sonucudur (43,44). Yapılan araştırmalarda tedavisiz sigarayı bırakan olguların neredeyse yarısı ilk birkaç gün içinde, diğer yarısı ise ilk iki hafta içinde yeniden sigara içmeye başlamaktadır. Tedavi kullanarak sigarayı bırakan hastaların ise yarısının ilk 1 yıl içinde nüks yaşadığı bildirilmektedir(44). Bu nedenle sigarayı yeni bırakmış olgularda en önemli hedef nüksü önlemektir ve sigara bırakma sonrası takiplerde, hastanın sigara bırakma durumu, motivasyonu, nükse eğilimi mutlaka değerlendirilmelidir.

Hastalarla belli aralıklarla görüşmek nüksü önlemede önemli fayda sağlamaktadır. Nikotin yoksunluğunun en yoğun yaşandığı ve nüks riskinin en fazla olduğu ilk iki hafta içinde mutlaka bir kez görüşme, sonraki dönemlerde ise en az dört görüşme yaparak 1 yıl boyunca aralıklı olarak kontrol görüşmelerinin yapılması önerilmektedir. Yapılan araştırmalarla 10 dakikadan daha uzun yapılan görüşmelerin 3-10 dakika arasında yapılan görüşmelere göre, 8 kez ve daha fazla yapılan görüşmelerin de 3 kez ve daha az yapılanlara göre bırakma başarısını artırdığı ortaya konmuştur(43).

Nüksler konusunda hastayı bilgilendirmek önemlidir. Hastaya bu konuda, sadece bir nefes sigara içmenin bile nüks ihtimalini artıracak, sigarayı bıraktıktan sonraki ilk 1-2 haftanın yoksunluk belirtilerinin en yoğun hissedileceği dönem olduğu, bu yoksunluk belirtilerinin; depresif ruh hali, aşırı sigara içme isteği, konsantrasyon güçlüğü gibi durumlardan oluşabileceği anlatılmalı ve yoksunluk belirtileriyle nasıl baş edeceği konusunda öneriler verilmelidir. Örneğin, uykusuzluk yaşayan bir kişiye ılık duş alması ve geç saatlerde çay, kahve gibi uykusuzluk yapabilen içecekleri tüketmemesi, iştah artışı sorunu varsa bol su içmesi, yediği gıdalarda düşük kalorili olanları tercih etmesi, konsantre olmakta güçlük yaşıyorsa daha sık ara vermesi gibi davranışsal teknikleri kullanması konusunda yol gösterilebilir (29).

Nükslerin önlenmesinde sosyal ve psikolojik değişikliklerin de önemi büyüktür. Sigarayı bırakma aşamasındaki bireylere destek verilirken uygulanabilecek etkili bazı davranış teknikleri şu şekildedir; risk faktörlerini önceden kestirmek ve kaçınmayı öğrenmek, olumsuz ruh halini azaltacak bilişsel strateji bilgisi geliştirmek, yaşam kalitesini artırmak ve stresi azaltmak için yaşam biçimini değiştirmeye teşvik etmek, sigara içme isteğinin üstesinden gelmek için davranış stratejileri geliştirmek. Örneğin yaşam tarzı değişikliği ve stres azaltma konusunda hastaya önerilen egzersiz, hem bireyin stresle başetmesini kolaylaştırıp yoksunluk belirtilerinin hafiflemesini sağlarken kilo alma eğilimine karşı da koruyucu olabilir ya da sigara için koşullu uyaran niteliğinde olan kahvehaneye gitmek, aşırı çay-kahve tüketimi gibi eski alışkanlıkları varsa, onun yerine sigara için koşullu uyaran olmayan, el becerisi isteyen yeni hobiler edinilmesine teşvik edilebilir. Sigara içme istekleriyle baş edebilme konusunda ise daha çok erken dönemde daha sık tekrarlayan ve 3-5 dakika süren sigara içme isteklerinin geçici bir durum olduğu, birazdan geçeceği akla getirilebilir ya da istek geldiğinde nefes egzersizi uygulamak, ortamı değiştirmek, duş almak, yürüyüşe çıkmak gibi davranışsal ve bilişsel savuşturma teknikleri hastaya önerilebilir (29).

Nükslerin önlenmesinde yeni bir yöntem olan farkındalık temelli nüks önlemenin amacı ise, kişinin düşünce ve duyumlarını farkındalık uygulayarak fark etmesi ve kabullenmesini ve farkındalık becerilerini aynı zamanda yüksek riskli durumlarda etkin bir baş etme mekanizması olarak kullanmasını sağlamaktır. Relaps

için yüksek risk oluşturan durumsal ipuçlarını farkındalık becerileri ile kişilerin saptayabilmeleri sağlanır. Kişi yüksek riskli durumlara maruz kalmasına rağmen farkındalık sayesinde dürtüsel bir şekilde bağımlılık yapan maddeyi kullanmadığında öz yeterliliğinde artış olacaktır (45).

Nüks olgular tedavi edilirken öncelikle nüksün ortaya çıkma sebepleri tespit edilmeli ve bu sebeplere yönelik bilişsel teknikler kullanılmalıdır. Çünkü relaps için yüksek riskli durumlar kişiden kişiye değişebilirken, aynı bireyde de farklı zamanlarda farklı bir durum nükse sebep olabilmektedir (46).

Sigara bırakmanın kişide nasıl bir duygulanım oluşturduğunun saptanması da önemlidir. Hazırlık dönemini yeterince iyi geçirmeden sigara bırakıldığında mutsuzluk, sevdiği birşeyin kaybı duygusu yaşanabilir. İyi bir hazırlık dönemi geçirildiğinde ve kişi hazır olarak sigarayı bıraktığında sağlığı için zararlı olan birşeyden kurtulduğu için mutluluk, sigara içen kişiler için üzüntü duyulabilir. Böylece kişi relapsa yol açabilecek durumlardan kaçınır ve kalıcı bırakmaya aday bir birey olur (28).

2.5. AİLE HEKİMLERİNİN TÜTÜN İLE MÜCADELEDE ROLÜ

Aile hekimi; yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin bireysel, kapsamlı, sürekli ve bütüncül sağlık hizmeti veren birinci basamak hekimidir (47). Tütün kullanımı gibi, sağlık problemlerine yol açabilecek mevcut risk faktörlerini ortadan kaldırmak amacıyla yapılan her türlü girişim olarak tanımlanan birincil koruma, aile hekimliğinde sunulan periyodik sağlık muayenesinin önemli bir bileşenidir. Aile hekimlerinin takip ettiği diğer tüm kronik hastalıklar gibi tütün bağımlılığı da uzun süreli izlem gerektiren, nüks ve iyileşmelerle seyreden bir hastalıktır (48).

Tütün bağımlılığıyla mücadele için geniş bir potansiyele sahip olan Aile Hekimliği Avrupa Tanımı'nda yer alan çekirdek yeterlikler ve özellikler kapsamında incelendiğinde; sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktası olma ve kolay ulaşılabilirlik özelliği sayesinde daha fazla sigara içen bireye ulaşma olanağına sahiptir. Sağlık hizmetlerinde ilk temas noktası olan aile hekimliğinin, tütün veya diğer alışkanlıklarının sorgulanması için ilk durak olması ve bu aşamada tutulan kayıtlar sigaraya müdahale oranlarını artırmaktadır (49).

Biyopsikososyal olarak bütüncül yaklaşım, sigara içen bireyin çok yönlü değerlendirilebilmesine olanak sağlamaktadır (47). Her bireyi sigara içme özelliği, bağımlılık derecesi, bırakma niyeti gibi durumlar yönünden birey merkezli değerlendirerek, kişinin bulunduğu evreye uygun müdahale ve kısa girişimlerle hastayı sağlığı için faydalı seçimler yapmaya motive edebilme olanağına sahiptir (35). Entegre ve koordine edici özelliğiyle de benzer şekilde sigara içen bireyleri bilme ve koruma, bırakmak isteyenlere tedavi, bırakan kişilere ise izleme hizmeti sunulmasına olanak sağlamaktadır. Kapsamlı değerlendirme özelliği ile bireyi çok yönlü değerlendirirken, aile ve toplum yönelimli olma özelliği ile toplumsal yapıyı da göz önüne alarak değerlendirebilmekte ve sigara içen bireyin yakın çevresindeki kişileri sigaranın zararlı etkilenimlerinden koruyabilmektedir (49).

Süreklilik özelliği ile kişiyle uzun süreli bir ilişki kurulabilmesi mümkün olmakta ve yıllar içinde hastayla ilgili özel bir bilgi birikimi oluşmaktadır. Hasta – hekim iletişimindeki süreklilik karşılıklı bir bağlılık oluşturmakta, bu bağın oluşmasında temas sıklığı da katkıda bulunmaktadır (50). Aile hekimi hastayla olan her temasını sağlığın geliştirilmesi ve hastalıktan koruma için bir fırsat olarak görmektedir (50). Bu durum gizlilik ve yakınlık özelliği ile birleşerek sigara içen bireyin hekimine güvenmesini sağlamaktadır. Tüm bu özelliklerin sonucu olarak aile hekimliğinde yapılacak izlem ve tedaviler, başarılı tedavi sonuçlarına ulaşmak için büyük bir avantajdır.

Ülkemizde 17 milyon sigara kullanıcısının olduğu göz önünde bulundurulduğunda sigara içen kişilere destek verecek poliklinik sayılarının yetersiz kalacağı açıktır. Bu nedenle, başta birinci basamak hekimleri olmak üzere tüm hekimlerin ilgilendiği bir konu olduğunda sigarayla mücadelede başarıya ulaşılması mümkün olacaktır (51).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Tez çalışması, karma tiptedir. Nicel kısmı tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır, nitel kısmı ise odak grup görüşmelerinden oluşmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Araştırma için Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.08.2018 tarihinde E-18/2198 nolu karar ile onay alınmıştır (Ek 1). Hasta dosyalarından verilerin toplanması ve hastaların güncel sigara kullanım durumlarının değerlendirilmesinin ardından, sigaraya yeniden başlamış olan hastalarla odak grup görüşmelerinin yapılması süreçleri toplam 6 ay sürmüştür.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne 2016 Mayıs – 2017 Mayıs tarihleri arasında başvuran 236 hasta çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmamızda 236 hastanın hepsine ulaşmak hedeflenmiştir. 196 hastaya ulaşılmış, 17 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. 179 hastaya anket uygulanmıştır. Ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 179 hasta çalışmanın örneklemi oluşturmaktadır.

Yeniden sigaraya başlayanlarla yapılacak olan odak grup görüşmelerinin 30 katılımcıyla yapılması hedeflenmiştir. Sigaraya yeniden başlayan 93 hastanın tamamı aranmış ve odak grup görüşmelerine davet edilmiştir. 28 hasta odak grup görüşmelerine katılmak için gönüllü olmuştur. Toplam 28 katılımcıyla 4-7 kişiden oluşan 5 odak grup görüşmesi yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA AŞAMALARI

Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastaların ilk başvuruları sırasında oluşturulan hasta dosyaları taranarak; ad-soyad, doğum tarihi, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sigaraya başlama yaşı, sigaraya başlama nedeni, günlük sigara

tüketimi(adet), sigarayı bırakmak isteme nedeni, daha önce sigarayı bırakma deneme sayısı, daha önce sigarayı bırakmayı denediğinde karşılaştığı güçlükler, evde ve iş yerinde sigara içilip içilmediği, alkol kullanım durumu, eşlik eden hastalık varlığı, Fagerström nikotin bağımlılık testi(FNBT), Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği puanlarına ulaşılmıştır. Hastaların nikotin bağımlılık derecelerini belirlemede kullanılan FNBT ile bağımlılık düzeyleri tespit edilmiştir (Ek 2). Depresyon riskini belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ölçmek için kullanılan, Beck Depresyon Ölçeği Ek 3'te gösterilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği puanlarına göre 10-16 puan arası “hafif düzeyde depresif belirtiler”, 17-29 puan arası “orta düzeyde depresif belirtiler”, 30-63 puan arası ise “şiddetli depresif belirtiler” olarak değerlendirilmiştir. Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan 21 değerlendirme cümlesinden oluşan Ek 4'te gösterilmiş olan Beck Anksiyete Ölçeği puanlaması yapılırken “hiç” yanıtı 0 puan, “hafif düzeyde” yanıtı 1 puan, “orta düzeyde” yanıtı 2 puan ve “ciddi düzeyde” yanıtı için ise 3 puan olarak hesaplanmış, alınan toplam puanlara göre ise 8-15 puan arası “hafif düzeyde anksiyete”, 16-25 puan arası “orta düzeyde anksiyete”, 26-63 puan arası ise “şiddetli düzeyde anksiyete” olarak değerlendirilmiştir.

Hastaların dosyalarında bulunan iletişim bilgileri kullanılarak ulaşılan hastalara çalışmanın içeriği hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır (Ek 5). Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışmaya özel oluşturulan anket formundaki sorular yöneltilmiştir (Ek 6). Tüm hastalara; güncel sigara kullanım durumları, sigara polikliniğine başvuru sayıları, kullanılan tedavi yöntemi, tedavinin kaçınıcı gününde sigaranın bırakıldığı, tedavinin ne kadar süre kullanıldığı, tedavi sırasında önerilen davranış değişikliklerini uygulama durumları, zorlanılan davranış önerileri, tedavi sırasında yan etki görülüp görülmediği ve sigara bırakmanın bir irade problemi olup olmadığı sorulmuştur. Yeniden başlayan hastalara; ilk sigarayı sigara bırakma gününden ne kadar süre sonra içtikleri, yeniden sigara içmeye sebep olan olay, güncel günlük sigara tüketim miktarları, sigarayı yeniden bırakmak isteyip istemedikleri, bırakmanın önünde gördükleri engeller sorulmuştur. Sigarayı bırakan hastalara ise; tedavinin başarıya ulaşmasında etkili olduğunu düşündükleri durum, sigara bırakma sonrası yaşanan olumsuz değişiklikler, sigara içme isteği sıklıkları ve

sigarayı akla getiren sebeplerin neler olduğu ve sigarayı bırakmadan önce ve sonra katılımcıların sigarayı bırakma konusunda algıladıkları zorluk derecesi sorulmuştur.

Yeniden sigaraya başlayan hastalar, odak grup görüşmelerine davet edilmiştir. Görüşme öncesi yeniden odak grup görüşmesi hakkında bilgilendirilip onamları alınmıştır (Ek 7). Gönüllülük esasına dayanarak, odak grup görüşmesine katılmayı kabul eden katılımcılara odak grup görüşmelerinde aşağıdaki sorular yöneltilmiştir (Ek 8):

- İnsanlar neden sigara içe? Sigara içmek bir hastalık mıdır? Nasıl bir hastalıktır?
- Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almak konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Sigara içmeye tekrar başlamanın, hastalığın nüks etmesinin nedenleri nelerdir?
- Sigarayı bıraktıktan sonra tekrar ilk sigaranızı içtiğiniz ana geri dönelim, lütfen gözlerinizi kapatın ve o anı yaşayın. Neler hatırlıyorsunuz, ne hissediyorsunuz?
- O ilk sigarayı içtiğinizde sigara içmeye devam edeceğinizi düşündünüz mü?
- Ne olsaydı “o ilk sigarayı” içmezsiniz?
- Tedavi alırken nüksler konusunda bilgilendirildiniz mi? Bilgilendirilmenin işe yaradığını ya da yarayacağını düşünüyor musunuz?
- Sigara içmemeyi sürdürmenizde önünüzdeki engeller neydi?
- Sigara içme isteğiniz ne sıklıkta, hangi durumlarda ve ortamlarda geldi? Nasıl baş ettiniz? (ya da baş edemediniz?)
- Sigarayı tekrar bırakmak istiyormusunuz? Bunun için herhangi bir planınız var mı? (1 ay, 6 ay...)

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için olgu sayısı ve (%) şeklinde ifade edilirken sıralanabilir değişkenler medyan (minimum - maksimum) ya da olgu sayısı ve (%) biçiminde gösterildi.

Gruplar arasında sıralanabilir değişkenler yönünden farkın önemliliği bağımsız grup sayısı iki olduğunda Mann Whitney U testiyle ikiden fazla bağımsız

grup arasındaki farkın önemliliği ise Kruskal Wallis testiyle değerlendirildi. Kruskal Wallis test istatistiği sonuçlarının önemli bulunması durumunda Conover'in çoklu karşılaştırma testi kullanılarak farka neden olan durum(lar) tespit edildi.

2x2'lik çapraz tablolarda gözelerin en az birinde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda söz konusu kategorik veriler Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testiyle değerlendirilirken beklenen frekansın 5-25 arasında olduğu durumlarda Süreklilik Düzeltmeli Ki-Kare testi kullanılırken aksi taktirde Pearson'un Ki-Kare testiyle inceleme yapıldı. RxC (satır ya da kolondaki kategorik değişkenlerden en az birinin ikiden fazla sonuçlu olması durumunda) çapraz tablolarda ise gözelerin en az birinde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda söz konusu kategorik veriler Olabilirlik Oran testiyle incelenirken aksi durumlarda Pearson'un Ki-Kare testiyle değerlendirme yapıldı.

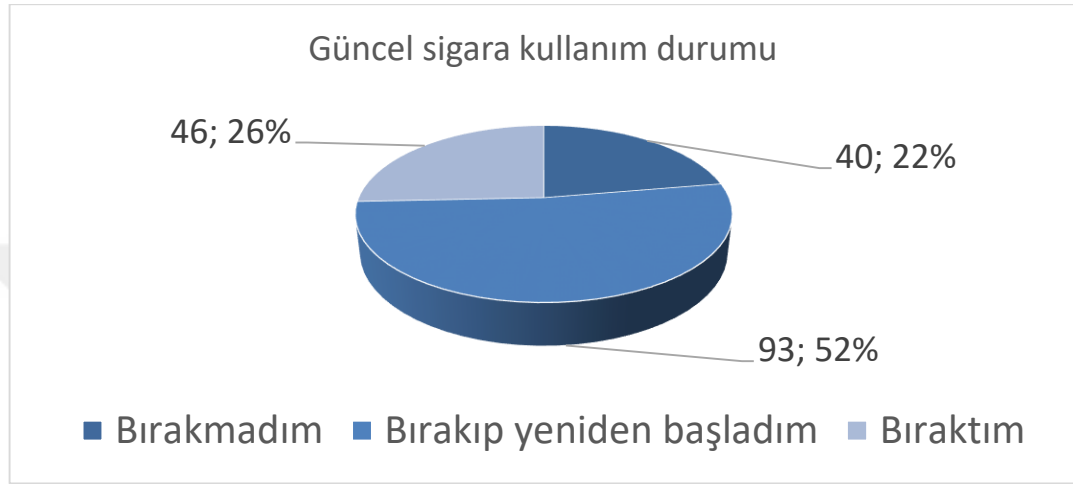
Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile bırakıp yeniden başlayan grup içerisinde tedavi öncesi ve tedavi sonrası sigarayı bırakma zorluk dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı Wilcoxon İşaret testiyle incelendi.

Tedavi sonucunun başarısızlık ile sonlanmasını ön görmede belirleyici olabileceği düşünülen olası tüm faktörlerin birlikte etkileri çoklu değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenirken tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile sırasıyla; tedavi sonrası sigarayı bırakmayan ve bırakıp yeniden başlayan grupları ayırt etmede etkili olabileceği düşünülen olası tüm faktörlerin birlikte etkileri çoklu terimli lojistik regresyon analizi ile incelendi. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda $p < 0,10$ olarak saptanan tüm değişkenler aday risk faktörleri olarak lojistik regresyon modellerine dahil edildiler. Ayrıca her bir değişkene ait odds oranı, %95 güven aralığı ve Wald istatistikleri hesaplandı.

Aksi belirtilmedikçe $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Ancak olası tüm çoklu karşılaştırmalarda Tip I hatayı kontrol edebilmek için Bonferroni Düzeltmesi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamızdaki olguların 40'ı (%22,3) tedavi sonrası sigarayı bırakmazken, 93'ü (%52,0) bırakıp yeniden başlamıştı. 46 olgu (%25,7) ise tedavi sonrası sigarayı bırakmıştı Böylece tedavi sonrası başarı oranı %26 olarak tespit edildi. (Şekil 4.1)



Şekil 4.1. Güncel Sigara Kullanım Durumu

Çalışmamızdaki olguların yaş ortalaması $43,2 \pm 11,9$ 'ydi (min:18 max:77). 41-65 yaş arası katılımcılar %53,6'lık bir oranla en büyük grubu oluşturmaktaydı. Cinsiyet dağılımları %58,7 oranında erkek, %41,3 oranında kadındı. Katılımcılardan büyük çoğunluğunun evli (%70,6) ve üniversite eğitim düzeyinde(%48,3) olduğu izlendi.

Tablo 4.1'de tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile diğer (sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakmayan) gruba göre olguların demografik özellikleri yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Gruplar arasında sırasıyla; yaş aralığı, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, eşlik eden hastalık (solunum yolları hariç) ve alkol öyküsü yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p > 0,05$). Tedavi sonrası sigarayı bırakıp yeniden başlayan veya sigarayı bırakmayan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakan grupta solunum yolları hastalığına sahip olanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p = 0,035$). (Tablo 4.1)

Tablo 4.1. Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile diğer (sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakmayan) gruba göre olguların demografik özellikleri

	Toplam	Bırakan	Diğer	p-değeri
Yaş aralığı				0,957†
<i>18-25 yıl</i>	6 (%3,4)	2 (%4,3)	4 (%3,0)	
<i>26-40 yıl</i>	70 (%39,1)	17 (%37,0)	53 (%39,9)	
<i>41-65 yıl</i>	96 (%53,6)	26 (%56,5)	70 (%52,6)	
<i>>65 yıl</i>	7 (%3,9)	1 (%2,2)	6 (%4,5)	
Cinsiyet				0,606‡
<i>Erkek</i>	105 (%58,7)	25 (%54,3)	80 (%60,2)	
<i>Kadın</i>	74 (%41,3)	21 (%45,7)	53 (%39,8)	
Medeni durum				0,449‡
<i>Bekar</i>	52 (%29,4)	11 (%23,9)	41 (%31,3)	
<i>Evli</i>	125 (%70,6)	35 (%76,1)	90 (%68,7)	
Öğrenim durumu				0,335†
<i>İlköğretim ve altı</i>	19 (%10,7)	4 (%8,7)	15 (%11,4)	
<i>Ortaöğretim</i>	73 (%41,0)	17 (%37,0)	56 (%42,4)	
<i>Üniversite</i>	86 (%48,3)	25 (%54,3)	61 (%46,2)	
Eşlik eden hastalık	<i>n=176</i>	<i>n=46</i>	<i>n=130</i>	
<i>Yok</i>	78 (%44,3)	16 (%34,8)	62 (%47,7)	0,180‡
<i>KVS</i>	30 (%17,0)	10 (%21,7)	20 (%15,4)	0,449‡
<i>Solunum</i>	24 (%13,6)	11 (%23,9)	13 (%10,0)	0,035‡
<i>Psikiyatrik</i>	16 (%9,1)	4 (%8,7)	12 (%9,2)	>0,999¶
<i>Malignite</i>	2 (%1,1)	1 (%2,2)	1 (%0,8)	0,456¶
<i>Diğer</i>	55 (%31,3)	14 (%30,4)	41 (%31,5)	>0,999‡
Alkol öyküsü				0,512‡
<i>Yok</i>	109 (%62,3)	31 (%67,4)	78 (%60,5)	
<i>Var</i>	56 (%37,7)	15 (%32,6)	51 (%39,5)	

† Mann Whitney U testi, ‡ Süreklilik düzeltilmeli Ki-Kare testi, ¶ Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testi.

Tablo 4.2. Tüm olgular içerisinde ilk sigara yaşı, sigaraya başlama nedenleri, bırakmak isteme nedenleri, karşılaşılan güçlükler yönünden katılımcıların frekans dağılımları

	n=179
İlk sigara yaşı	
<12 yaş	7 (%3,9)
12-17 yaş	83 (%46,4)
18-25 yaş	75 (%41,9)
>25 yaş	6 (%3,4)
Başlama nedeni	
Özenti	87 (%48,6)
Merak	71 (%39,7)
Çevrenin baskısı	28 (%15,6)
Stres, üzüntü	24 (%13,4)
Diğer	10 (%5,6)
Bırakmak isteme nedeni	
İleride hastalanma korkusu	105 (%58,7)
Sosyal nedenler	82 (%45,8)
Ekonomik nedenler	50 (%27,9)
Şu anki hastalık	34 (%19,0)
Doktor önerisi	27 (%15,1)
Diğer	16 (%8,9)
Karşılaşılan güçlükler	
Aşırı sigara içme isteği	89 (%49,7)
Sinirlilik	85 (%47,5)
Konsantrasyon bozukluğu	36 (%20,1)
İştah artışı	34 (%19,0)
Baş ağrısı	18 (%10,1)
Uyku bozukluğu	18 (%10,1)
Ağız yaraları	12 (%6,7)
Yok	8 (%4,5)

Tablo 4.2’de tüm olgular içerisinde sigaraya başlama yaşı, sigaraya başlama nedenleri, sigarayı bırakmak isteme nedenleri, eski sigarayı bırakma denemelerinde karşılaşılan güçlükler yönünden frekans dağılımları verilmiştir.

İlk sigara yaşı %46,4 oranında, en çok 12-17 yaşlar arasındaydı. Olguların sigaraya sebepleri ise birinci sırada özenti(%48,6), ikinci sırada ise merak(%39,7) olduğu bulundu. Sigarayı bırakmak isteme nedenleri en sık ileride hastalanma korkusu(%58,7), sosyal nedenler(çevreme zarar veriyor, çevreye iyi örnek olmak

için, utandığım için vb.)(%45,8) ve ekonomik nedenlerle(%27,9). Eski sigara bırakma denemelerinde karşılaştıkları güçlüklerden ilk üçü sırasıyla, aşırı sigara içme isteği (%49,7), sinirlilik (%47,5) ve konsantrasyon bozukluğu(%20,1) olarak tespit edildi. (Tablo 4.2)

Tablo 4.3. Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile diğer (sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakmayan) gruba göre olguların klinik özellikleri

	Toplam	Bırakan	Diğer	p-değeri
İlk sigaraya başlama yaşı				0,656†
<12 yıl	7 (%4,1)	0 (%0,0)	7 (%5,6)	
12-17 yıl	83 (%48,5)	23 (%51,1)	60 (%47,6)	
18-25 yıl	75 (%43,9)	21 (%46,7)	54 (%42,9)	
>25 yıl	6 (%3,5)	1 (%2,2)	5 (%3,9)	
Günlük sigara tüketimi				<0,001†
1-5 adet	4 (%2,3)	2 (%4,4)	2 (%1,5)	
6-10 adet	25 (%14,1)	12 (%26,7)	13 (%9,8)	
11-20 adet	82 (%46,3)	22 (%48,9)	60 (%45,5)	
21-30 adet	41 (%23,2)	5 (%11,1)	36 (%27,3)	
>30 adet	25 (%14,1)	4 (%8,9)	21 (%15,9)	
Sigarayı bırakma deneme sayısı				0,335†
Hiç	34 (%19,6)	10 (%22,2)	24 (%18,7)	
1 kez	75 (%43,4)	14 (%31,1)	61 (%47,7)	
2 kez	29 (%16,8)	9 (%20,0)	20 (%15,6)	
3 kez	19 (%11,0)	6 (%13,3)	13 (%10,2)	
4 ve üzeri	16 (%9,2)	6 (%13,3)	10 (%7,8)	
Evinde sigara içilen				0,042‡
Evet	63 (%35,2)	10 (%21,7)	53 (%39,8)	
Hayır	116 (%64,8)	36 (%78,3)	80 (%60,2)	
İşyerinde sigara içilen				0,026‡
Evet	128 (%74,4)	26 (%60,5)	102 (%79,1)	
Hayır	44 (%25,6)	17 (%39,5)	27 (%20,9)	

† Mann Whitney U testi, ‡ Süreklilik düzeltilmeli Ki-Kare testi.

Tablo 4.3'te tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile diğer (sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakmayan) gruba göre olguların klinik özellikleri yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Gruplar arasında sırasıyla; ilk sigara başlama yaşı, sigarayı bırakma deneme sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Buna karşın tedavi sonrası sigarayı bırakan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakmayan veya yeniden başlayan grupta günlük tüketilen sigara sayısı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek ($p<0,001$), evinde ve iş yerinde sigara içilenlerin oranları da istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,042$ ve $p=0,026$). (Tablo4.3)

Tablo 4.4. Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile diğer (sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakmayan) gruba göre olguların bağımlılık, depresyon ve anksiyete dereceleri

	Toplam	Bırakan	Diğer	p-değeri †
Fagerström bağımlılık skoru				<0,001
<i>Çok hafif</i>	17 (%9,8)	10 (%22,7)	7 (%5,4)	
<i>Hafif</i>	38 (%22,0)	14 (%31,8)	24 (%18,6)	
<i>Orta</i>	25 (%14,4)	7 (%15,9)	18 (%14,0)	
<i>İleri</i>	34 (%19,7)	7 (%15,9)	27 (%20,9)	
<i>Çok ileri</i>	59 (%34,1)	6 (%13,7)	53 (%41,1)	
Beck depresyon düzeyi				0,088
<i>Yok</i>	73 (%50,3)	23 (%60,5)	50 (%46,7)	
<i>Hafif</i>	43 (%29,7)	11 (%29,0)	32 (%29,9)	
<i>Orta</i>	25 (%17,2)	3 (%7,9)	22 (%20,6)	
<i>Şiddetli</i>	4 (%2,8)	1 (%2,6)	3 (%2,8)	
Beck anksiyete düzeyi				0,337
<i>Yok</i>	70 (%47,9)	22 (%56,4)	48 (%44,9)	
<i>Hafif</i>	44 (%30,1)	9 (%23,1)	35 (%32,7)	
<i>Orta</i>	22 (%15,1)	5 (%12,8)	17 (%15,9)	
<i>Şiddetli</i>	10 (%6,9)	3 (%7,7)	7 (%6,5)	

† Mann Whitney U testi.

Tablo 4.4'te tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile diğer (sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakmayan) gruba göre olguların bağımlılık, depresyon ve anksiyete dereceleri yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Tedavi sonrası sigarayı bırakan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakmayan veya yeniden başlayan grupta Fagerström bağımlılık derecesi istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Tedavi sonrası sigarayı bırakan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakmayan veya yeniden başlayan grupta Beck depresyon ve anksiyete derecesi daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,088$ ve $p=0,337$). (Tablo 4.4)

Tablo 4.5. Tedavi sonrası sigarayı bırakmayan, bırakıp yeniden başlayan ve bırakan gruplara göre olguların başvuru sayısı, tedavi yöntemi, tedavi süresi ve davranış değişikliklerini uygulama durumları

	Bırakmayan	Yeniden başlayan	Bırakan	p-değeri
Başvuru sayısı *				<0,001†
1 kez	24 (%60,0) ^a	58 (%62,4) ^b	9 (%19,6)	
2-5 kez	16 (%40,0)	32 (%34,4)	29 (%63,0) ^{a,b}	
6 ve üzeri	0 (%0,0)	3 (%3,2)	8 (%17,4)	
Tedavi yöntemi				
Sadece psikoterapi	7 (%17,5) ^{a,c}	3 (%3,2) ^c	0 (%0,0) ^a	<0,001‡
Vareniklin	13 (%32,5) ^{a,c}	60 (%64,5) ^c	31 (%67,4) ^a	<0,001¶
Bupropion	18 (%45,0) ^{a,c}	24 (%25,8) ^c	10 (%21,7) ^a	0,037¶
Bant – sakız	1 (%2,5)	3 (%3,2)	4 (%8,7)	0,313‡
Kombine tedavi	1 (%2,5)	3 (%3,2)	1 (%2,2)	0,930‡
Tedavi süresi				<0,001†
<4 hafta	26 (%74,3) ^{a,c}	28 (%30,4)	9 (%19,6)	
4-7 hafta	5 (%14,3)	31 (%33,7) ^{b,c}	7 (%15,2)	
8-11 hafta	3 (%8,6)	19 (%20,7)	11 (%23,9) ^{a,b}	
12 hafta ve üstü	1 (%2,8)	14 (%15,2)	19 (%41,3)	
Önerilen davranış değişikliği				<0,001‡
Her zaman uygulayan	9 (%23,1) ^{a,c}	48 (%51,6) ^c	27 (%60,0) ^a	
Bazen uygulayan	23 (%59,0)	43 (%46,2)	17 (%37,8)	
Hiç uygulamayan	7 (%17,9) ^{a,c}	2 (%2,2) ^c	1 (%2,2) ^a	

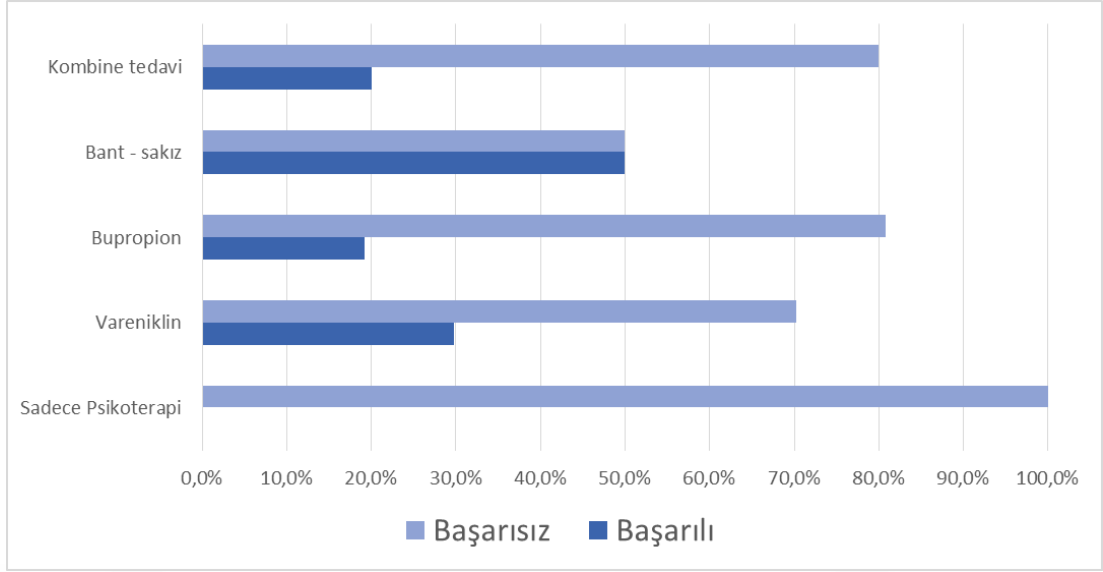
* Sigarayı bırakma polikliniği, † Kruskal Wallis testi, ‡ Olabilirlik Oran testi, ¶ Pearson'un Ki-Kare testi, a: Bırakmayan grup ile bırakan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$), b: Bırakıp yeniden başlayan grup ile bırakan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$), c: Bırakmayan grup ile bırakıp yeniden başlayan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$).

Tablo 4.5'te tedavi sonrası sigarayı bırakmayan, bırakıp yeniden başlayan ve bırakan gruplara göre olguların diğer bulguları yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Gruplar arasında sigarayı bırakma polikliniğine daha önce yapılan başvuru sayısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0,001$), tedavi sonrası sigarayı bırakan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakmayan ve yeniden başlayan grupta başvuru sayıları daha azdı ($p<0,001$ ve $p<0,001$). Sigarayı bırakmayan grup ile yeniden başlayan grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,948$). (Tablo 4.5)

Gruplar arasında sadece psikoterapi tedavisi alanların oranı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0,001$), tedavi sonrası sigarayı bırakan ve yeniden başlayan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakmayan grupta sadece psikoterapi alanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,003$ ve $p=0,008$). Gruplar arasında Vareniklin tedavisi alanların oranı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0,001$), tedavi sonrası sigarayı bırakmayan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakan ve yeniden başlayan grupta Vareniklin tedavisi alanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,003$ ve $p<0,001$). Gruplar arasında Bupropion tedavisi alanların oranı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0,037$), tedavi sonrası sigarayı bırakan ve yeniden başlayan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakmayan grupta Bupropion tedavisi alanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,039$ ve $p=0,048$). (Tablo 4.5)

Bazı tedavi türlerini alanların sayıları göreceli olarak çok az olmakla birlikte Şekil 4.2'de tedavi yöntemlerine göre başarı oranları gösterilmiştir.



Şekil 4.2. Tedavi Yöntemlerine Göre Başarı Oranları (%)

Gruplar arasında tedavi sürelerinin dağılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0,001$), tedavi sonrası sigarayı bırakan ve yeniden başlayan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakmayan grupta tedavi daha kısa sürmekteydi ($p<0,001$ ve $p<0,001$). Ayrıca, tedavi sonrası sigarayı bırakan gruba göre yeniden başlayan grupta da tedavi daha kısa sürmüştü ($p=0,003$). (Tablo 4.5)

Gruplar arasında önerilen davranış değişikliği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0,001$), söz konusu farka neden olan durum tedavi sonrası sigarayı bırakmayan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakan ve bırakıp yeniden başlayan gruplarda önerilen davranış değişikliklerini her zaman uygulayanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek, hiç uygulamayanların oranı ise istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$). (Tablo 4.5)

Tablo 4.6. Tüm olgular içerisinde zorlanılan davranış önerilerine göre olguların frekans dağılımları

	n=112
Çay-kahve	51 (%45,5)
Zorlanmayan	36 (%32,1)
Sadece sigara içme	22 (%19,6)
Kapalı alan	12 (%10,7)
İkram reddi	6 (%5,4)
Diğer	5 (%4,5)

Tablo 4.6’da zorlanılan davranış önerileri sorusunu yanıtlayan olgular içerisinde zorlanılan davranış önerilerine göre olguların frekans dağılımları verildi. En sık zorlanılan davranış değişikliğinin çay-kahveyle sigara içmemek olduğu görüldü.

Tablo 4.7. Çoklu değişkenli lojistik regresyon analizi ile tedavinin başarısızlık ile sonuçlanması üzerinde etkili olabileceği düşünülen olası tüm faktörlerin birlikte etkilerinin incelenmesi

	Odds oranı	%95 Güven Aralığı	Wald	p-değeri
Solunum yolları hastalığı	0,428	0,123 – 1,494	1,771	0,183
Günlük sigara tüketimi	1,314	0,703 – 2,457	0,732	0,392
Evinde sigara içilen	1,647	0,596 – 4,555	0,926	0,336
İşyerinde sigara içilen	1,234	0,399 – 3,819	0,133	0,716
Fagerström bağımlılık skoru	1,786	1,148 – 2,776	6,626	0,010
Beck depresyon düzeyi	0,917	0,481 – 1,748	0,069	0,792
Polikliniğine başvuru sayısı	0,159	0,064 – 0,391	15,986	<0,001

Tablo 4.7’de çoklu değişkenli lojistik regresyon analizi ile tedavinin başarısızlık ile sonuçlanması üzerinde etkili olabileceği düşünölen olası tüm faktörlerin birlikte etkileri incelendi.

Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda $p<0,10$ olarak saptanan değişkenler aday risk faktörleri olarak çoklu değişkenli lojistik regresyon modeline dahil edildiler. Tedavi başarısını ön görmede en fazla belirleyici olan etkenler sırasıyla; sigara bırakma polikliniğine daha önce yapılan başvuru sayısı ve Fagerström bağımlılık derecesi idi. (Tablo 4.7)

Diğer faktörlerden bağımsız olarak sigara bırakma polikliniğine daha önce yapılan başvuru sayısı arttıkça tedavinin başarısızlıkla sonuçlanma ihtimali istatistiksel anlamlı olarak azalmaktaydı [Odds oranı=0,159 (%95 Güven Aralığı: 0,064 – 0,391) ve $p<0,001$]. Diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında Fagerström bağımlılık derecesindeki her bir basamaklık artış tedavi sonucunun başarısız olma ihtimalini istatistiksel anlamlı olarak 1,786 kat (%95 Güven Aralığı: 1,148 – 2,776) artırmaktaydı ($p=0,010$). (Tablo 4.7)

Tablo 4.8’de çoklu terimli lojistik regresyon analizi ile tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile sırasıyla; tedavi sonrası sigarayı bırakmayan ve bırakıp yeniden başlayan grupları ayırt etmede etkili olabileceği düşünölen olası tüm faktörlerin birlikte etkileri incelendi. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda $p<0,10$ olarak saptanan değişkenler aday risk faktörleri olarak çoklu terimli lojistik regresyon modeline dahil edildiler.

Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile sigarayı bırakmayan grubu ayırt etmede en fazla belirleyici olan etkenler sırasıyla; sigara bırakma polikliniğine daha önce yapılan başvuru sayısı ve Vareniklin tedavisi almak idi. (Tablo 4.8)

Tablo 4.8. Çoklu terimli lojistik regresyon analizi ile tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile sırasıyla; tedavi sonrası sigarayı bırakmayan ve bırakıp yeniden başlayan grupları ayırt etmede etkili olabileceği düşünülen olası tüm faktörlerin birlikte etkilerinin incelenmesi

	Odds oranı	%95 Güven Aralığı	Wald	p-değeri
Bırakmamak				
<i>Öğrenim durumu</i>	0,602	0,264 – 1,371	1,459	0,227
<i>Günlük sigara tüketimi</i>	1,951	0,936 – 4,068	3,179	0,075
<i>Fagerström bağımlılık skoru</i>	1,500	0,913 – 2,465	2,559	0,110
<i>Polikliniğine başvuru sayısı</i>	0,128	0,045 – 0,363	14,905	<0,001
<i>Evinde sigara içilen</i>	1,732	0,533 – 5,632	0,834	0,361
<i>İşyerinde sigara içilen</i>	0,680	0,190 – 2,438	0,351	0,554
<i>Vareniklin tedavisi almak</i>	0,127	0,022 – 0,721	5,421	0,020
<i>Bupropion tedavisi almak</i>	0,460	0,077 – 2,749	0,725	0,395
<i>Solunum yolları hastalığı</i>	0,219	0,041 – 1,160	3,190	0,074
Bırakıp yeniden başlamak				
<i>Öğrenim durumu</i>	0,929	0,452 – 1,907	0,041	0,840
<i>Günlük sigara tüketimi</i>	1,019	0,550 – 1,888	0,003	0,953
<i>Fagerström bağımlılık skoru</i>	1,954	1,296 – 2,947	10,225	<0,001
<i>Polikliniğine başvuru sayısı</i>	0,151	0,062 – 0,372	16,924	<0,001
<i>Evinde sigara içilen</i>	2,415	0,897 – 6,505	3,042	0,081
<i>İşyerinde sigara içilen</i>	1,228	0,414 – 3,637	0,137	0,711
<i>Vareniklin tedavisi almak</i>	0,501	0,103 – 2,432	0,735	0,391
<i>Bupropion tedavisi almak</i>	0,536	0,098 – 2,940	0,516	0,473
<i>Solunum yolları hastalığı</i>	0,252	0,064 – 1,002	3,830	0,050

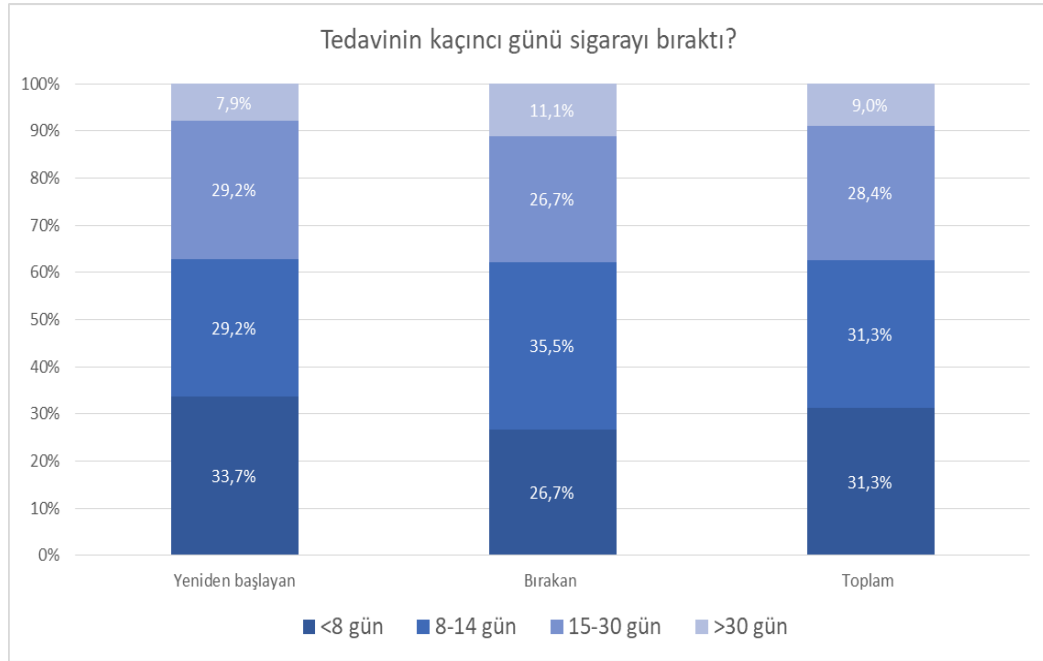
Diğer faktörlerden bağımsız olarak sigara bırakma polikliniğine daha önce yapılan başvuru sayısı arttıkça sigarayı bırakmama ihtimali istatistiksel anlamlı olarak azalmaktaydı [Odds oranı=0,128 (%95 Güven Aralığı: 0,045 – 0,363) ve $p<0,001$]. Diğer faktörlere göre düzeltme yapıldığında Vareniklin tedavisi

almayanlara göre Vareniklin tedavisi alanlarda sigarayı bırakmama ihtimali istatistiksel anlamlı olarak azalmaktaydı [Odds oranı=0,127 (%95 Güven Aralığı: 0,022 – 0,721) ve p=0,020]. (Tablo 4.8)

Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile sigarayı bırakıp yeniden başlayan grubu ayırt etmede en fazla belirleyici olan etkenler sırasıyla; sigara bırakma polikliniğine daha önce yapılan başvuru sayısı ve Fagerström bağımlılık derecesi idi. (Tablo 4.8)

Diğer faktörlerden bağımsız olarak sigara bırakma polikliniğine daha önce yapılan başvuru sayısı arttıkça sigarayı bırakıp yeniden başlama ihtimali istatistiksel anlamlı olarak azalmaktaydı [Odds oranı=0,151 (%95 Güven Aralığı: 0,062 – 0,372) ve p<0,001]. Diğer faktörlerin etkileri sabit tutulduğunda Fagerström bağımlılık derecesindeki her bir basamaklık artış sigarayı bırakıp yeniden başlama ihtimalini istatistiksel anlamlı olarak 1,954 kat (%95 Güven Aralığı: 1,296 – 2,947) artırmaktaydı (p<0,001). (Tablo 4.8)

Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile tedavi sırasında sigarayı bırakıp yeniden başlayan grup arasında sigarayı bırakma zamanlarının dağılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,735). (Şekil 4.3)



Şekil 4.3. Sigarayı Bırakan Grup İle Sigarayı Bırakıp Yeniden Başlayan Grup Arasında Sigarayı Bırakma Zamanlarının Dağılımı (%)

Tablo 4.9. Tedavi sonrası sigarayı bırakmayan, bırakıp yeniden başlayan ve bırakan gruplara göre olguların yan etkiler yönünden frekans dağılımı

	Bırakmayan (n=32)	Yeniden başlayan (n=89)	Bırakan (n=46)	p-değeri	Toplam (n=167)
Yan etki	15 (%46,9)	35 (%39,3)	20 (%43,5)	0,735†	70 (%41,9)
Bulantı	5 (%15,6)	13 (%14,6)	5 (%10,9)	0,790†	23 (%13,8)
Uyku bozukluğu	3 (%9,4)	3 (%3,4)	3 (%6,5)	0,417‡	9 (%5,4)
Gastrointestinal	2 (%6,3)	7 (%7,9)	3 (%6,5)	0,935‡	12 (%7,2)
Anormal rüya	1 (%3,1)	3 (%3,4)	2 (%4,3)	0,949‡	6 (%3,6)
Baş ağrısı	0 (%0,0)	1 (%1,1)	3 (%6,5)	0,100‡	4 (%2,4)
Diğer	9 (%28,1)	17 (%19,1)	10 (%21,7)	0,567†	36 (%21,6)

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi.

Tablo4. 9'da tedavi sonrası sigarayı bırakmayan, bırakıp yeniden başlayan ve bırakan gruplara göre olguların yan etkiler yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Tedavi sonrası sigarayı bırakmayan, bırakıp yeniden başlayan ve bırakan grup arasında yan etkilerin görülme sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0,05$). (Tablo 4.9)

Tablo 4.10. Tedavi sonrası sigarayı bırakıp yeniden başlayan grupta yeniden başlama nedenlerine göre olguların frekans dağılımları

	n=93
Stres	35 (%37,6)
İçilen ortamda bulunmak	26 (%28,0)
Üzüntü	21 (%22,6)
Şiddetli yoksunluk	16 (%17,2)
Öfke	7 (%7,5)
Otomatikleşmiş davranış	5 (%5,4)
Kilo	2 (%2,2)

Tablo 4.10’da ise tedavi sonrası sigarayı bırakıp yeniden başlayan grupta yeniden başlama nedenlerine göre olguların frekans dağılımları gösterildi. En sık belirtilen sebeplerin stres (%37,6), içilen ortamlarda bulunmak (%28) ve üzüntü (%22,6) olduğu görüldü. (Tablo 4.10)

Tablo 4.11. Olguların relaps zamanı ve güncel sigara tüketim miktarlarına ilişkin frekans dağılımları

	n	%
İlk sigaranızı sigara bırakma gününden ne kadar süre sonra içtiniz?		
<1 ay	24	26,7
1-3 ay	27	30,0
4-6 ay	20	22,2
7-12 ay	12	13,3
>12 ay	7	7,8
Şu an tükettiğiniz günlük sigara adedi nedir?		
<5	10	7,6
5-10	27	20,6
11-20	71	54,2
21-30	15	11,5
>30	8	6,1

Tablo 4.11’ de sigaraya yeniden başlayan hastaların sigarayı bıraktıktan ne kadar süre sonra yeniden sigara içmeye başladıkları ve güncel sigara kullanım miktarları yer almaktadır.

Relapsların en sık 1-3 ay arasında(%30) olduğu görüldü. Yeniden sigaraya başlayan güncel sigara miktarları, bırakmadan önceki günlük sigara miktarlarıyla karşılaştırıldığında, güncel sigara kullanım miktarlarının daha düşük olduğu tespit edildi. (Tablo 4.11)

Tablo 4.12. Tedavi sonrası sigarayı bırakmayan ve bırakıp yeniden başlayan gruplara göre olguların diğer bulguları

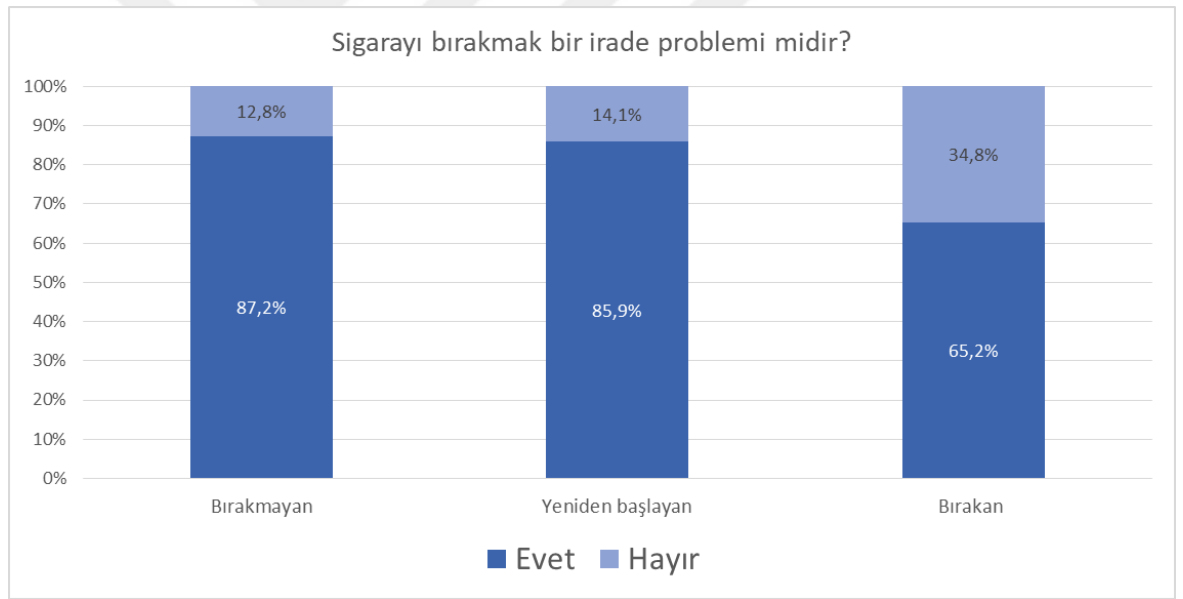
	Toplam	Bırakmayan	Yeniden başlayan	p-değeri
Sigarayı yeniden				0,006†
<i>Bırakmak istiyor</i>	113 (%86,3)	29 (%72,5)	84 (%92,3)	
<i>Bırakmak istemiyor</i>	18 (%13,7)	11 (%27,5)	7 (%7,7)	
Bırakmanın önündeki engel				
<i>Yok</i>	16 (%12,4)	2 (%5,1)	14 (%15,6)	0,146‡
<i>Üzüntü</i>	6 (%4,7)	4 (%10,3)	2 (%2,2)	0,068‡
<i>Stres</i>	55 (%42,6)	16 (%41,0)	39 (%43,3)	0,960†
<i>İrade</i>	16 (%12,4)	5 (%12,8)	11 (%12,2)	>0,999‡
<i>Alışkanlık</i>	23 (%17,8)	8 (%20,5)	15 (%16,7)	0,784†
<i>Tedavinin faydasız olduğunu düşünme</i>	9 (%7,0)	6 (%15,4)	3 (%3,3)	0,022‡
<i>Hazır hissetmeme</i>	4 (%3,1)	1 (%2,6)	3 (%3,3)	>0,999‡
<i>Arkadaş olarak görme</i>	4 (%3,1)	0 (%0,0)	4 (%4,4)	0,314‡
<i>Keyif alma</i>	7 (%5,4)	3 (%7,7)	4 (%4,4)	0,431‡
<i>Diğer</i>	6 (%4,7)	0 (%0,0)	6 (%6,7)	0,177‡
Ne zaman bırakmayı düşünüyor?				0,139¶
<i>Hemen</i>	44 (%38,3)	18 (%60,0)	26 (%30,6)	
<i><1 ay</i>	27 (%23,5)	2 (%6,7)	25 (%29,4)	
<i>1-3 ay</i>	18 (%15,7)	1 (%3,3)	17 (%20,0)	
<i>4-12 ay</i>	10 (%8,7)	4 (%13,3)	6 (%7,1)	
<i>>12 ay</i>	16 (%13,9)	5 (%16,7)	11 (%12,9)	

† Süreklilik düzeltilmeli Ki-Kare testi, ‡ Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testi, ¶ Mann Whitney U testi.

Tablo 4.12’de tedavi sonrası sigarayı bırakmayan ve bırakıp yeniden başlayan gruplara göre olguların diğer bulguları yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Tedavi sonrası sigarayı bırakmayan gruba göre bırakıp yeniden başlayan grupta sigarayı yeniden bırakma isteği istatistiksel anlamı olarak daha yüksek (p=0,006). Buna karşın gruplar arasında bırakmanın önündeki engellerin dağılımı ile bırakmayı düşündükleri zamanların dağılımı açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,05). (Tablo 4.12)

Güncel sigara içme durumuna göre gruplar arasında sigarayı bırakmanın irade sorunu olduğunu düşünme oranları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup (p=0,008), tedavi sonrası sigarayı bırakmayan ve sigarayı bırakıp yeniden başlayan gruplara göre sigarayı bırakan grupta irade problemi olduğunu düşünenlerin oranı istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,037 ve p=0,010). Sigarayı bırakmayan grup ile sigarayı bırakıp yeniden başlayan grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,999) (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. İrade Problemi Olduğunu Düşünme (%)

Tablo 4.13. Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile sigarayı bırakıp yeniden başlayan gruba göre başarı etkeni yönünden olguların frekans dağılımları

	Toplam (n=133)	Yeniden başlayan (n=88)	Bırakan (n=45)	p-değeri
İlaç desteği	61 (%45,9)	41 (%46,6)	20 (%44,4)	0,959†
Bireysel motivasyon	79 (%59,4)	49 (%55,7)	30 (%66,7)	0,301†
Sağlık kaygısı	26 (%19,5)	11 (%12,5)	15 (%33,3)	0,008†
Sosyal motivasyon	16 (%12,0)	8 (%9,1)	8 (%17,8)	0,240†
Diğer	4 (%3,0)	2 (%2,3)	2 (%4,4)	0,604‡

† Süreklilik düzeltilmeli Ki-Kare testi, ‡ Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testi.

Tablo 4.13'te tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile sigarayı bırakıp yeniden başlayan gruba göre başarı etkeni yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Tedavi sonrası sigarayı bırakan gruba göre sigarayı bırakıp yeniden başlayan grupta başarı etkeni olarak sağlık kaygısını düşünenlerin oranı istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0,008$). Gruplar arasında diğer başarı etkenlerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). (Tablo 4.13)

Tablo 4.14. Tedavi sonrası sigarayı bırakan ve sigarayı bırakıp yeniden başlayan gruplara göre tedavi öncesi ve tedavi sonrası sigarayı bırakmanın zorluk dereceleri

	Önce	Sonra	p-değeri †	Değişim
Bırakıp yeniden başlayan	10 (5-10)	3,5 (0-10)	<0,001	-5 (-10 – 1)
Bırakan	9,5 (3-10)	3 (0-10)	<0,001	-5,5 (-10 – 1)
p-değeri ‡	0,427	0,496	-	0,928

Veriler; medyan (minimum - maksimum) biçiminde gösterildi, † Gruplar içerisinde tedavi öncesi ile tedavi sonrası arasında yapılan karşılaştırmalar, Wilcoxon İşaret testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,025$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi, ‡ Tedavi sonrası sigarayı bırakan grup ile sigarayı bırakıp yeniden başlayan grup arasında yapılan karşılaştırmalar, Mann Whitney U testi, tedavi öncesinde ve tedavi sonrasında gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,025$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilirken değişim skorları açısından yapılan karşılaştırmada $p<0,05$ için sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 4.14’te tedavi sonrası sigarayı bırakan ve sigarayı bırakıp yeniden başlayan gruplara göre tedavi öncesi ve tedavi sonrası sigarayı bırakmanın zorluk dereceleri verilmiştir.

Tedavi sonrası sigarayı bırakan ve sigarayı bırakıp yeniden başlayan grup arasında tedavi öncesi sigarayı bırakmanın zorluk derecesi yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,427$). Tedavi sonrası sigarayı bırakan grupta tedavi öncesine göre tedavi sonrası sigarayı bırakmanın zorluk derecesi istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$). Sigarayı bırakıp yeniden başlayan grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrası sigarayı bırakmanın zorluk derecesi istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$). Tedavi sonrası sigarayı bırakan ve sigarayı bırakıp yeniden başlayan grup arasında tedavi sonrası sigarayı bırakmanın zorluk derecesi yönünden de istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,496$). Sigarayı bırakmanın zorluk derecesinde meydana gelen azalma miktarları gruplar arasında istatistiksel olarak benzerdi ($p=0,928$). (Tablo 4.14)

Tablo 4.15. Tedavi sonrası sigarayı bırakan grupta sigara içme isteği ve akla gelme sebepleri yönünden olguların frekans dağılımları

	n=46
Sigara içme isteği	
<i>Yok</i>	11 (%23,9)
<i>Her gün</i>	3 (%6,5)
<i>Haftada birkaç kez</i>	4 (%8,7)
<i>Haftada bir kez</i>	3 (%6,5)
<i>Ayda bir kez</i>	12 (%26,1)
<i>>1 ay</i>	9 (%19,6)
Akla gelme nedeni	
<i>Sosyal ortam</i>	19 (%41,3)
<i>Stres</i>	14 (%30,4)
<i>Akla gelmiyor</i>	10 (%21,7)
<i>Yemek sonrası</i>	7 (%15,2)
<i>Öfke</i>	7 (%15,2)
<i>Çay kahve</i>	4 (%8,7)
<i>Alkol</i>	3 (%6,5)
<i>Diğer</i>	3 (%6,5)

Tablo 4.15’te tedavi sonrası sigarayı bırakan grupta sigara içme isteği ve akla gelme sebepleri yönünden olguların frekans dağılımları verildi.

Tablo 4.16. Tedavi sonrası sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakan gruplara göre olguların bırakma sonrası yaşadığı olumsuz ve olumlu değişiklikler

	Toplam	Yeniden başlayan	Bırakan	p-değeri
Olumsuz değişiklik	<i>n=133</i>	<i>n=88</i>	<i>n=45</i>	
<i>Yok</i>	54 (%40,6)	36 (%40,9)	18 (%40,0)	>0,999†
<i>Kilo artışı</i>	32 (%24,1)	16 (%18,2)	16 (%35,6)	0,045†
<i>Ağız içi yara</i>	14 (%10,5)	9 (%10,2)	5 (%11,1)	>0,999‡
<i>Sinirlilik</i>	29 (%21,8)	22 (%25,0)	7 (%15,6)	0,305†
<i>Üzüntü</i>	21 (%15,8)	12 (%13,6)	9 (%20,0)	0,483†
<i>Diğer</i>	5 (%3,8)	4 (%4,5)	1 (%2,2)	0,662‡
Olumlu değişiklik	<i>n=130</i>	<i>n=85</i>	<i>n=45</i>	
<i>Yok</i>	13 (%10,0)	10 (%11,8)	3 (%6,7)	0,541‡
<i>Fiziksel performans</i>	80 (%61,5)	48 (%56,5)	32 (%71,1)	0,149†
<i>Tat, koku</i>	44 (%33,8)	27 (%31,8)	17 (%37,8)	0,621†
<i>Uyku kalitesi</i>	18 (%13,8)	12 (%14,1)	6 (%13,3)	>0,999†
<i>Kozmetik sebepler</i>	26 (%20,0)	13 (%15,3)	13 (%28,9)	0,107†
<i>Diğer</i>	31 (%23,8)	18 (%21,2)	13 (%28,9)	0,444†

† Süreklilik düzeltilmeli Ki-Kare testi, ‡ Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testi.

Tablo 4.16'da ise tedavi sonrası sigarayı bırakıp yeniden başlayan ve sigarayı bırakan gruplara göre olguların bırakma sonrası yaşadığı olumsuz ve olumlu değişiklikler yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Gruplar arasında olguların bırakma sonrası yaşadığı olumsuz değişiklikler yönünden (kilo artışı) hariç istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Yeniden başlayan gruba göre sigarayı bırakmış olan grupta kilo artışı problemi istatistiksel anlamlı olarak daha fazla idi ($p=0,045$). Gruplar arasında olguların bırakma sonrası yaşadığı olumlu değişiklikler yönünden de istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). (Tablo 4.16)

Odak Grup Çözümlemesi

Toplam 28 katılımcıdan oluşan 5 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Odak grup görüşmelerine toplam 18 kadın, 10 erkek, 32-63 yaşlar arasında, ilköğretim ve altı eğitim düzeyi 7, lise eğitim düzeyi 12, üniversite eğitim düzeyi 10 katılımcı katılmıştır.

Tablo 4.17’de odak grup görüşmesi katılımcılarının demografik verileri ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Odak Grup Katılımcıları Sosyo- Demografik Özellikleri

Özellik	(n)
Erkek	10
Kadın	18
Yaş	
< 40	6
40 yaş ve üstü	22
Eğitim düzeyi	
İlköğretim ve altı	7
Lise	12
Üniversite	11

Sigara içme davranışı ile ilgili genel düşünceler (İnsanlar neden sigara içer? Bu bir hastalık mıdır? Nasıl bir hastalıktır?)

Odak grup görüşmelerine katılımcıların sigara içme davranışını nasıl algıladıklarını anlamak amacıyla, insanlar neden sigara içer sorusuyla başlandı. Katılımcılar soruya; “*stresten*” , “*boşluktan*”, “*mola vermek, dinlenmek için*”, “*sevindiğinde,...üzüldüğünde*” , “*bir görev gibi*”, “*iyi bir arkadaş*”, “*bir ihtiyaç*” ve bir kişi de “*beni yenen bir düşman*” olarak cevap verdi.

Sigara içmeyi bulduğu ruh haliyle bağdaştıran katılımcıların verdikleri yanıtlar aşağıda belirtilmiştir.

“Özellikle sıkıntılı zamanlarda içiyorum, ama öyle bir bağımlılık oluştu ki sevinçliyken de içiyorum” (K, 63, fg2)

“Sevindiğinde de, üzüldüğünde de içiyosun, en çok üzüldüğünde içiyorsun.” (K, 36, fg1)

“Canım sıkılıyor içiyorum, kızıyorum içiyorum, moralim bozuluyor içiyorum” (K, 51, fg4)

Alışkanlık nedeniyle sigara içildiğini düşünenler ise sigarayı daha çok yemek sonraları, çay ve kahve sonrası, mola vermek, dinlenmek için içtiklerini, sigarayı bir ihtiyaç olarak gördüklerini ifade ettiler. Bununla birlikte katılımcılar alışkanlığın zamanla bir göreve dönüştüğünü de belirttiler. Aşağıda katılımcıların konuyla ilgili yanıtları bulunmaktadır;

“ Yemek, ekmek gibi bir görevin sanki ” (K,46 , fg1)

“ Alışıyor insan, alışkanlıklar oluşuyor, yemek sonraları mesela, bıraktıktan sonra da yemek sonraları zorlandım ” (E, 52, fg2)

“ Yemeklerden sonra, kahvaltıdan sonra, çay ve kahveden sonra sanki bir ihtiyaç gibi” (K, 36, fg4)

“ Sabah kalktığımdaki ilk sigarayı aç karna, onu bi bağımlılıkla ihtiyaçla içiyorum ama ondan sonra bir çoğunu farkında olmayarak, ihtiyaç olup olmadığını bile hissetmeden içmiş olmak için içiyorum.” (E, 40, fg1)

“ İçmediğin zaman bir boşluk, sanki onun bir esiri olmuşsun.” (K, 41,fg3)

“Sigara zamanı geldiğinde sanki eksiklik var, evde bile sigara molası veriyorum.” (K, 40 , fg4)

“İlacımı almayı unutuyorum, ama sigarayı unutmuyorum, sabah kalkar kalkmaz 7 de içiyorum.” (K, 51, fg4)

“O kadar alışmışım ki, dışarıda yemek yemiyorum ama o parayı sigaraya veriyorum, nasıl olsa gider evde yerim. Özellikle sinirlendiğim zaman çok iyi geliyor bana.” (K,36 ,fg1)

“boşluktan” sigara içtiğini ifade eden katılımcı *“ ben boşluktan içiyorum, o anda boş bulunmamak, zamanı doldurmak” (E, 52, fg2)* şeklinde belirtirken, bir katılımcı da aşağıdaki ifadelerle sigara içme sebebini bulunduğu ortama bağladı: *“ Arkadaş ortamımda herkes içince, ben de bu ortamdayım, demekki benim de içmem gerekiyor diye başladım, ortamına göre birkaç saatte bir paket de içebilirim, tüm gün 4-5 tane sigara da içebilirim.” (E, 32, fg5)*

Katılımcıların çoğu sigarayı *“iyi bir arkadaş”* olarak tanımlarken, yalnızca 1 katılımcı sigarayı *“ beni yenen, nefret ettiğim bir düşman ” (K, 50, fg2)* olarak

tanımladı. Sigarayı arkadaş olarak gören katılımcılardan bazılarının yanıtları şu şekildeydi;

“ Benim için iyi bir arkadaş ” (E, 40, fg1)

“ Deşarjımı onunla oluyorum, özellikle sıkıntı sırasında daha içe kapanık oluyorum, sıkıntımı sigaramla gideriyorum ”(K,63, fg2)

“ O an ağlarken 40 dosttan iyi geldi. ” (K,40 , fg4)

Gruplar içerisinde katılımcılardan birçoğu sigara içmeyi hastalık olarak görürken, dört kişi alışkanlık olarak tanımladı. Nasıl bir hastalık olduğu sorusuna ise yalnızca üç katılımcı *“bağımlılık”* yanıtını verdi. Nasıl bir hastalık sorusuna verilen diğer yanıtlar ise aşağıda verilmiştir;

“ Sanki kurtulamayacağım bir hastalık gibi ”(K,46 ,fg1)

“ Karar veren, ben bırakacağım deyip bırakan insanlar biliyorum, demek ki bu kurtulunabilen bir hastalık yada dondurulabilen bi hastalık, ama hep tetikte olmak gerekiyor o bir sigara için ” (K, 48 ,fg4)

“ Herşeyden vazgeçebiliyoruz ama ondan vazgeçemiyoruz ” (K,41 , fg5)

“Herşeye irade gösteriyorum, sigara beni yeniyor” (E,44 ,fg5)

Relaps nedenleri

Katılımcılara hastalığın nüks etmesinin sebepleri ve kendilerinin nüks yaşadıkları anlar soruldu. Çoğu katılımcı, yaşadığı stresli bir olay sırasında sigaraya yeniden başladığını belirtti. Bunlardan iş yerinde sorun yaşayanlar o an ki düşüncelerini şöyle tariflediler;

Zabitanın tezgahını kapatmasının ardından *“Duygusal bir anımdaydım, bir arkadaşım bir taneden bir şey olmaz dedi, ben nasıl olsa bunu bıraktım, bi tane yakayım dedim, bırakabiliyorum diye kendime güven geldi.” “ Sonrasında bir tane iki taneyle kalmıyorsun, cebinde paket taşımadığın için, otlakçı durumuna düşmemek adına paket alıyorsun. ” (E,49 ,fg1)*

İş yerindeki amirinin sert sözlerinin etkisiyle *“o anki streten, aman bir taneden ne olur yani dedim,” “İş arkadaşımdan zorla bir sigara aldım, içtim. İçmeseydim birilerine çatacaktım, eşimin borcu harcı derken evde de bir tane içtim gerisi geldi. O an ağlarken 40 dosttan iyi geldi. Arkadaşım zorla verdiği halde,bir kurtuluş gibi geldi. ” (K,40 , fg4)*

Şantiyede çok kritik bir olay sonrası “Yanımda içen kişiden aldım, sigara içersem atlatırım dedim. Alkolün yanında da sürekli canım çekiyordu, eli kulağındaydı, bahane gibi oldu, canım istiyordu zaten.” (E, 35, fg5)

Katılımcılardan başlama nedeni üzüntü olanlar ise aşağıdaki ifadeleri kullandılar;

”Yeni boşanmıştım, annemi kaybettim, cenazede birisi ikram etti, acılar üst üste gelmişti.” “Sonra etrafımda içenlerin etkisiyle tekrar arttı.” (K,36 ,fg1)

“ Sigarayı bırakmamın nedeni, 2 kız kardeşime de akciğer kanseri teşhisi konmasıydı, 4.evre beyin metastazıyla tanı almışlardı, o korkuyla bırakmıştım, 7 ay içmedim. 7 ay boyunca o kadar kederli ve mutsuz bir hayatım vardı ki; ilk sigarayı da kız kardeşimin ameliyatı sırasında içtim. Ablamlar ve birçok kişi hastanenin bahçesinde sigara içiyorlardı. Bir nefes de ben çekeyim dedim, ne hissedeceğimi merak ettim, o nefes çok iğrenç geldi, mutlu oldum artık vücudum bunu istemiyor diye ama sonra içimde tüm hakimiyetimi ele geçiren bir canavar uyandı, onu kontrol edemiyorum.” (K,50 , fg2)

“Hastanede eşimi yoğun bakım kapısında beklerken yaktım, benzinlikten kendim satın aldım.” (K, 63, fg2)

“Ben normal hayatımda mantıklı bir insanım ancak sıkıntı, stres anlarında bilinç gidiyor.” (E,42 ,fg3)

Katılımcılar yaşadıkları stres anında, ben bunu bıraktım, bir tane içeyim, bana iyi gelir, nasıl olsa bırakabiliyorum düşüncesiyle, kendilerine bu konuda duydukları güven sonucu ilk sigarayı içtiklerini belirttiler. Ortak fikrin, ilk sigara içildiğinde, bir tane içileceği ve devam edilmeyeceği yönünde olduğu görüldü, “bir taneden bir şey olmaz dedim” ifadesi yaygın olarak kullanıldı. İlk sigarayı ne hissedeceklerini merak ettikleri için içtiklerini belirttiler. Genelde içilen ilk sigaraya, o an ortamdaki sigara içenlerin ikram etmesiyle ulaşıldığı görüldü. Yalnızca bir katılımcı ilk sigarasını kendisi satın aldığını belirtti.

Nükse sebep olan diğer durumlar ise şu şekildeydi; sigara bırakma motivasyonu olarak, sigaraya harcadığı parayı kendi için biriktirmeye karar veren katılımcı: “Eşim o ay ödemelerimiz var diye biriktirdiğim parayı benden istedi, kızdım. Tartıda da kilo aldığımı görünce motivasyonum kırıldı, yoksa canım sigara

istemiyordu. Hem parayı eşime verip hem de sıkıntıya gireceğime sigarayı içerim daha iyi dedim, zaten etrafımda sürekli içiliyordu.” (K, 51, fg4)

Kilo sebebiyle yeniden başlayan katılımcı: *“Kilo almıştım, öylede öleceğim böyle de öleceğim mutlu öleyim bari dedim” (K,46, fg1)*

“Eski alışkanlıklar yine hatırlatıyor, yemek yaparken bile akla geliyor, kendi kendine kavga etmene yol açıyor sonra kaybedecek neyim var ha üç gün önce ölmüşüm ha üç gün sonra”.(K, 36, fg1)

Başlama sebebi olarak, *“Yaz ayında balkonda çayla beraber yaktım bir anda.” (K, 41, fg2)* Bu katılımcının ise aslında otomatiklemiş bir davranışı nedeniyle yeniden başladığı görüldü.

“Anjiyo oldum, 1 hafta içmedim, bir hafta sonra başka sorunlar çıktı, üstesinden gelemiyorsun” (K, 56, fg4)

Verilen bu cevaplar neticesinde, relaps nedenleri; işyerindeki stres, ailevi sorunlar, yakınlarının kaybı, boşanma, evde ve yakın çevresinde sigara kullananların olması, sorunlarla başa çıkamamak, motivasyon kaybı, sigara bırakma sürecindeki sıkıntılar; örneğin kilo almak, mutsuzluk, keyifsizlik vb. olarak görüldü.

Relapsı önleme hakkındaki görüşler

İlk içme anında katılımcılara o an ne olsaydı sigara içmezsiniz sorusu soruldu. O an sigaraya ulaşamamak, ortamdan uzaklaşmak, su içmek, sigara içmeyen kişilerden destek almak ve profesyonel yardım almak olduğu şeklinde görüşler bildirildi. Katılımcıların büyük bir kısmı çevresinde sigara isteyebileceği birisinin olmaması halinde yeniden sigara kullanmaya başlamayacağı konusunda aynı fikirdeydi. Ayrıca, sigara ikram edildiğinde hayır diyebilmek, boş zamanlar için aktiviteler, kendilerini meşgul edecek uğraşlar bulmak, yeni hobiler edinmek hastaların belirttikleri çözümlerdi.

Etrafta sigara içen kişilerin bulunmasının yeniden başlamada oldukça önemli olduğu görüldü.

“Evde içen olmasaydı içmezdim.” (K,38 ,fg1)

“Evde benden saklanması yönünde destek alamadım, etrafımda sürekli içildi.” (K,51 , fg4)

“Erişim olmaması çok etkili, evde ortada sigara olmaması çok önemli” (E, 52 , fg2)

“Rica ediyorum, insanlar üzerime üzerime üflüyor, bu senin kararın senin iraden diye.”(K,44 ,fg3)

“İçenler olmasaydı belki farklı atlatırdım, bana göre her yerde yasaklamalılar, sigara kullanıyorum ama gerçekten her yerde yasaklanmalı, sokakta bile içilmemeli. Bir şekilde etkileniyorsunuz. Mesela bir arkadaşımla telefonla konuşurken, onun sigara içtiğini, nefesini hissediyorum, e aynısını yapmışım, özlem duyuyorum aklıma geliyor anılar.” (E,42 , fg3)

“Arkadaşım sigara içmeyen birisi olsaydı başka bir şey yapabilirdik.” “Ben o an sigara içen arkadaşıma değil de içmeyen birinden ya da bir profesyonelden destek almaya çalışsaydım farklı olurdu.” (K,40 , fg4)

“Evin içinde içenler de var, ortalıkta bırakanlar da var, ikram etmeseler de paket her an gözümün önünde, hayır denip geçilecek bir durum oluşmuyor. Paket ortada dururken, içen kişiyle birlikte içtiğin günleri hatırlıyorsun, kahvenin çayın yanında.” (K,46 ,fg1)

“Etrafta sürekli birileri içtiği zaman hiç mümkün olmuyor dayanmak.” (E,35,fg5)

“O an içmeyen ve destek olan birisi sen bıraktın içme diye destek olsaydı veya arkadaşım bana ikram etmeseydi başlamazdım.” (E,52 , fg2)

İkram edilmesinin ve çevrede içenlerin relapsta önemli bir risk faktörü olmasının yanı sıra ikramları geri çevirememek, hayır diyememek de önemli bir sorun olarak bildirildi;

“Ben vazgeçtim bundan, içmeyeceğim demeyi bilmiyoruz.”(K, 55, fg3)

“Bende daha çok arkadaşlarımın teklifini geri çeviremem var, eş dost ortamına girdiğin zaman bir anlık zaaf başka bişey değil yeniden başlamak.” “Beyin unutmuyor o ilk sigaraya bakıyor herşey, o ilk nefes çektiğin an herşey tekrar geri geliyor, sıfırlıyosun.”(K,41,fg5)

Relapsı önlemede tedavinin ve profesyonel yardımın önemli olduğu da genel kanıydı. Katılımcılar bu konudaki düşüncelerini aşağıdaki gibi belirttiler.

“Tedaviyi ve ilacı devam ettirmeliyiz.”(E, 49, fg1)

“Profesyonel destek özellikle zor anlarda çok kritik. İlaç yalnız başına olmuyor.”(K, 44, fg3)

Boş zamanlar için aktivite bulmak, içilen ortamdan uzaklaşmak ve sigarayı yeniden içmeme konusunda kararlı olmak da diğer belirtilen görüşler arasındaydı;

“Ben kendime bi c şıkkı türettim, örgüye başladım elimi meşgul etmek adına.” (K, 38, fg1)

“O an ortamdan uzaklaşıp su içeceksin yada kesin karar vereceksin, kati kural koyacaksın.”(K, 41, fg5)

Tedavi sırasında nöksler konusunda bilgilerindirilen katılımcılar vardı ancak bu konuda bilgilendirilmediğini beyan eden katılımcılar da bulunmaktaydı. Bilgilendirilmediğini söyleyen katılımcılar, eğer bilgilendirilselerdi farklı davranacaklarını düşünüyorlardı.

“Kısa bir süre bıraktıktan sonra olay bitmiş, hiçbir desteğe ihtiyaç kalmamış gibi düşünüyor insan. Bilgilendirilirsene, o konuşmalar aklına gelir, kendini frenlersin, bilinçli olmak önemli.”(K, 36, fg1)

Sigarayı yeniden bırakmayla ilgili düşünceler

Odak grup görüşmesini kabul eden 28 katılımcıdan 3 tanesinin görüşme öncesi sigarayı bırakma niyeti yoktu. Bir görev gibi içtiğini ve kendini *“Sanki kurtulamayacakmışım gibi, ümitsiz vaka.”* olarak tanımlayan (K, 46, fg1), odak grup görüşmesi sonunda yeniden bırakma kararı vererek tedaviye alındı. (E, 44, fg5) ise sigarayı bırakmanın sürekli kafasında olduğunu ancak bırakmak istemediğini belirtti. Bırakmak istememe sebebini, işinin stresli olması olarak belirtti.

Bırakmak isteyen katılımcıların ise konuyla ilgili görüşleri aşağıda verilmiştir;

“İçtiğim için çok pişmanım, çocuklarım bana sarılamıyor kokudan, utanıyorum. (K,41,fg2)

“Sağlığına zararlı, daha rahat olmak varken yine de içiyorsun.”(K,51,fg4)

“Hem bütçeden hem sağlıktan kendi kendimizi zehirliyoruz. Parayı çok zor kazanıyoruz, sağlığımızı da götürecek bir şeye kendi elimizle veriyoruz. Nasıl aşacağımızı bilmiyorum, hayatıma tekrar girmemesi için bir mucize olması lazım.” (K,41,fg3)

“Sağlığımıza zararlı olduğunu bile bile içiyoruz.” (K,56,fg4)

“Cebimize de yazık kendimize de.” (E,42,fg3)

“Kredi ödüyormuşum gibi her ay 300 tl.” (K,47,fg3)

“Her gün diyorum ki, tamam bu sigaram bitti bi daha sigara almıycam, değişen hiç bişey yok.” (K,50,fg2)

“Ben 2 yıldır kendimle sürekli kavga ediyorum ve her gün yenik düşüyorum, hergün bir canavara yeniliyorum. Her akşam söz veriyorum yarın içmeyeceğim, irademle bırakıcam diye.” (K,38,fg1)

“Ben sigara konusunda asla irademi kullanmıyorum, kullanamıyorum.” (K,41,fg5)

Katılımcıların büyük kısmı sigara bırakma konusunda istekliydi. Sağlığa zararları ve ekonomik açıdan olumsuz etkileri konusunda ortak görüş bildirdiler, ancak “irademi kullanamıyorum”, “herşeyden vazgeçiyorum sigaradan vazgeçemiyorum” ifadeleri yoğun olarak kullanılan cümlelerdi. Sigara kullanmanın bir hastalık olduğunu düşünmelerine rağmen katılımcılar bırakma konusundaki başarısızlığı kendileriyle ve iradeleriyle ilişkilendirdiler.

Profesyonel destekle ilgili görüşler

Profesyonel destek almakla ilgili “kafanda bitireceksin, insanın kendisine bağlı” görüşü oldukça fazla orandaydı ancak, önerilen davranış değişikliklerine uyabilseydi başarılı olacağını düşünenler de mevcuttu. Davranış değişikliğine uymanın yararının olduğunu düşünenlerin yanında herhangi bir sigaraya aşerme(craving) durumunda profesyonel destek alabileceği birine erişimin relapsı önleyeceğini düşünenler de bulunmaktaydı.

Katılımcılara profesyonel destek almakla almamak arasında fark olup olmadığı, bırakmak isteyenlerin profesyonel yardım almaları gerekir mi ve gitmeden de bırakılabilir mi diye soruldu. Bu konuda kişinin kendi kararının önemli olduğu yönündeki yanıtlar aşağıda verilmiştir.

“İnsanın kendine bağlı, hiç kimse bişey yapamaz, insan kafasında bitirecek bu işi.” (K,51,fg4)

“Kafanda bitirdiğin zaman ilacın etkisi çok oluyor, kafanda bitireceksin.” (E,44,fg5)

“Ben yapamıyorum(kafamda bitiremiyorum) ama yapanları görüyorum, demekki ben beceremiyorum.” (K,41,fg5)

Profesyonel desteğin önemli olduğunu düşünen katılımcılar ise, önerilen davranış değişikliklerini uygulamanın sigara sayılarını azalttığını, bırakma konusunda motive olduklarını ve profesyonel destek almanın gerekli olduğunu belirtenlerden bazılarının görüşleri şu şekildeydi;

“ Profesyonel destek önemli, verdiği fikirler ve önerilen davranış değişiklikleri etkili, örneğin ben davranış değişikliklerine uysaydım, şu an sigara içmiyorum olurum.”(K,40,fg4)

“Profesyonel destek alınmalı, dediklerinizi yapsaydım içmezdim” (K,41,fg2)

“Davranış değişikliklerinin hepsini denedim. Bana çok şey kazandırdı, motive ettiniz. Önerilerin çok faydasını gördüm. İlk geldiğimde 2 pakete yakın içiyordum sorasında 15 civarına inmişti.”(E,35,fg5)

“ Profesyonel destek gerekiyor.” (K,41,fg3)

“İlaç süreci kolaylaştırıyor, sigaranın kokusunu ve tadını değiştiriyor, neden yaktığımı sorgulattırıyor.”(E,49,fg1)

Bununla birlikte, bırakıp yeniden başlamış hastalarda, sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurma konusunda “*zamanınızı harcıyorum*”, “*bana kızarlar*” gibi önyargılar nedeniyle duyulan mahcuniyet nedeniyle, yeniden sigara bırakmak için başvurmaya çekindikleri görüldü;

“Kaç kere ilaç başladınız, artık karşınıza çıkmaya utanıyoruz.” (K,40,fg4)

5. TARTIŞMA

Bir çok hastalık için önlenabilir bir risk faktörü olan sigara, ülkemizde her gün 300 kişinin hayatını kaybetmesine sebep olmaktadır ve sigaranın sağlık üzerindeki etkileri yalnızca sigara içen kişilerle sınırlı kalmayıp özellikle sigara dumanından pasif olarak etkilenen kişilerde de sağlık sorunları ortaya çıkarmaktadır (52). Kendilerine bağlı popülasyondaki bireylerin mevcut sağlık durumlarını korumak ve geliştirmekle sorumlu olan aile hekimleri, zararlı etkileri bırakıldığı andan itibaren geri dönebilen bir risk faktörü olan sigarayla mücadelede; sağlığa erişimde ilk temas noktası olmaları ve günlük pratiklerinde sigara bağımlılığın tüm evrelerindeki hastalarla oldukça sık karşılaşıyor olmaları nedeniyle, hastalarını sigaranın zararlarından korumak adına büyük sorumluluk taşımaktadırlar (53).

Sigara bıraktırma hizmeti, büyük özveri gerektiren, kontrol görüşmeleriyle hastaların sürekli takip edildiği uzun soluklu bir hizmettir. Ancak dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında başarı oranları relaps oranlarından çok gerilerde kalmaktadır. Çalışmamızda sigara bıraktırma polikliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin motivasyonlarını düşüren ve tedavide temel bir engel teşkil eden relapslar ve tedavi sonrası başarısızlıkla ilgili olabilecek durumlar hakkında sigara bırakma polikliniğimizin sonuçları değerlendirilmiştir. Niceliksel ve niteliksel olarak iki aşaması bulunan araştırmamızda, elde edilen veriler ışığında sigarayla mücadelede sık karşılaşılan ve önemli bir problem olan relapsın doğası anlaşılmaya çalışılmıştır.

Sigara bırakma polikliniğimizde 1 yıl sonunda %25,7 başarı oranı sağlanmıştır. Literatürde sigara bırakma polikliniklerinin başarı oranı %21-45 arasında değişmekte olup çalışmamızda da benzer bir oran elde edilmiştir (54).

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre sosyo-demografik özelliklerden yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, eşlik eden hastalık varlığı (solunum yolları hariç) ve alkol kullanımının sigara bırakma başarısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi görülmemiştir.

İleri yaştaki olguların daha genç yaştakilere göre daha yüksek sigara bırakma başarısı gösterdikleri bazı çalışmalarda gösterilmiştir (54-58). Sigara bırakma polikliniğimize başvuran bireylerin %57,5' ini 40 yaş ve üstü katılımcılar oluşturuyor

olsa da çalışmamız sonucunda yaşın sigara bırakma başarısı üzerinde etkisi olduğu yönünde bir veri elde edilememiştir.

Çalışmamıza dahil edilen 179 kişiden 105'ini erkek, 74'ünü ise kadın katılımcılar oluşturmuştur. Ülkemizde 2016 yılı sigara içme oranlarına bakıldığında erkekler %44,1 oranında, kadınlar ise %14,7 oranında sigara kullanmakta, 2017 yılında yapılan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırmasında ise erkekler %43,6 oranında, kadınlar ise %19,7 oranında sigara kullanmaktadır (22). Bu oranlara benzer olarak sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların çoğunu erkekler oluşturmuştur. Çalışmamızda, literatürdeki bir çok çalışmayla benzer olarak cinsiyetin sigara bırakma başarısı üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür (54) (59-63). Bazı çalışmalarda ise bırakma başarısının erkeklerde daha yüksek olduğu gösteren bulgular mevcuttur (55). Japuntich ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların erkeklere göre %29 daha fazla nüks yaşadığı belirtilmiştir (64).

Katılımcılar arasında evli bireyler %70,6 oranında, çoğunluğu oluşturmaktaydı. Çalışmamızda medeni durumunun sigara bırakma başarısı yönünde istatistiksel anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında da medeni durum sigara bırakma üzerine etkisiz bulunmuştur (59). Bizim çalışmamızın aksine, evli olmanın sigara bırakma başarısını artırdığı Heffner ve arkadaşlarının çalışmasında ve diğer iki çalışmada gösterilmiştir (58,64,65).

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların %48,6'lık bir kısmını üniversite mezunu katılımcılar oluştururken, %10,7' si ilköğretim ve altı eğitim düzeyindeydi. Katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek bulunduğu çalışmamızda, ülkemizde yapılmış bazı çalışmalarla benzer olarak, eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısına etkisi bulunmamıştır (59,66). Literatürde eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısını etkilediği yönünde çalışmalar da mevcuttur (67-69).

Çalışmamızın sonuçlarına göre sigaraya başlama en çok 12-17 yaşlar arasında olmaktadır. Diğer ülkelerde de durumun benzer olduğu ve genellikle adölesan dönemde sigaraya başlandığı görülmektedir (70,71). Sigaraya başlama yaşının, sigara bırakma başarısı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı Jung ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmaya benzer olarak bizim çalışmamızda da sigaraya başlama yaşının sigara bırakma başarısı üzerinde istatistiksel anlamlı etkisi görülmemiştir (71). Ancak çalışmamızda sigaraya 12 yaş altında başlayan 7

katılımcıdan hiçbirisi sigarayı bırakamamıştır. Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında sigaraya başlama yaşı düştükçe, sigarayı bırakma başarının azaldığı bulunmuştur (72). Caponnetta ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer bir bulgu elde edilmiş ve araştırmacılar bu durumun sigara içilen yıllar doğru orantılı olarak artan nikotin bağımlılık seviyesine bağlı olduğunu düşünmüşlerdir (73).

Sigaraya başlama nedeni ise bizim çalışmamızda birinci sırada özentisi, ikinci sırada merak olarak tespit edilmiştir. Öztuna ve arkadaşlarının çalışmasında da özentisi ve merak ilk iki başlama nedeni arasındadır (55). Yaşar ve arkadaşlarının 2014 yılındaki araştırmalarında da merak ve özentisi yine en yaygın başlama nedeni olarak bulunmuştur (74).

Odak grup görüşmelerinde katılımcılara neden sigara içildiği sorulduğunda stres, üzüntü, sevinç gibi yanıtlar alınmış ve odak grup katılımcılarının aslında pek çok ruh hali ve duygudurum sırasında sigara içtiği öğrenilmiştir. Sonunda katılımcılar tarafından da içinde bulundukları duygudurumunun ne olduğu önemli olmaksızın her durumda sigara içildiği farkedilmiştir. Bir çok çalışmada da ortak olarak belirtildiği şekilde çalışmamızda da stres, katılımcılar tarafından önemli bir sigara içme sebebi olarak belirtilmiştir (70,71,75,76). Zamanı doldurmak için ve boşluktan sigara içilmesiyle birlikte dinlenme ihtiyacı ve mola vermek için de içildiği de ifade edilmiştir. Önceki çalışmalarda da benzer şekilde sigaranın mola vermek, dinlenmek için içildiği belirtilmiştir (77). Sigaranın sosyalleşme aracı olarak kullanımı da sigara kullanımına devam edilmesinde önemli bir neden olarak karşımıza çıkmıştır.

Genç katılımcılarda iş stresi ön planda ve daha çok sorunların üstesinden gelinemediğinde sigara içilirken, daha ileri yaştaki katılımcılarda ise yalnızlık ön plandaydı ve katılımcılar yalnızlıklarını ve sıkıntılarını sigarayla giderdiklerini ifade etmekteydiler. Çoğu katılımcı sigarayı “iyi bir arkadaş” olarak tanımlamıştır. Hendricks ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcılar sigaranın kendilerini rahatlatan bir arkadaş olduğunu belirtmişlerdir (78). Sigaraya yeniden başlamış katılımcılardan alınan bu yanıt aslında kişilerin sigarayla ilgili olumlu düşüncelerinin değişmeden sigaranın bırakıldığını ve bunun da relapsta etkisi olduğunu düşündürmüştür.

Katılımcıların çoğu sigara içmenin bir hastalık olduğu konusunda hem fikir olmakla birlikte, alışkanlık şeklinde cevap verenler katılımcılar da olmuştur. Katılımcılardan bir kaçı bu alışkanlığın zamanla yapılması gereken bir görev haline geldiğini, mecburen içtiklerini, adeta onun bir esiri olduklarını belirtmişlerdir. Sigara içmenin nasıl bir hastalık olduğu sorusuna katılımcılarımızdan yalnızca üç tanesi bağımlılık yanıtını vermiştir. Kim ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada katılımcılar stresle baş edebilmek için sigara içtiklerini ancak bağımlı olmadıklarını düşündükleri görülmüştür (71). Sigara içmenin bir hastalık olduğunun kabul edilmesinin fakat bağımlılık yanıtının az olması, hastaların sigara bağımlılığın nasıl bir hastalık olduğu konusunda bilgi düzeylerinin az olduğunu göstermektedir.

Sigarayı bırakma sebepleri ulusal ve uluslararası literatüre bakıldığında daha çok sigaranın sağlık üzerine olan etkileri ve ekonomik nedenlerdir. Bizim çalışmamızda da katılımcıların sigarayı bırakmak isteme nedenleri sırasıyla ileride hastalanma korkusu, sosyal nedenler (çevreme zarar veriyor, çevreye iyi örnek olmak için, inançlarımdan dolayı, iş yeri ve toplum baskısı, utandığım için vb) ve ekonomik nedenlerleydi. Tedavi sonrası yeniden sigaraya başlayan hastalarla yaptığımız odak grup görüşmelerinde de katılımcıların büyük çoğunluğu gerek sağlık etkileri gerekse ekonomik nedenlerle sigarayı yeniden bırakmak istediklerini belirtmişlerdi. McCaul ve arkadaşlarının 2006 yılında yayınladıkları derleme, sağlık etkileri ve sosyal nedenlerle sigarayı bırakmaya motive olunduğu gösterilen ayrıntılı bir derlemedir (79). Yine pek çok çalışma, sağlıkla ilgili nedenler ve ekonomik nedenlerle sigarayı bırakmaya motive olunduğu yönünde çalışmamızla benzer sonuçlara işaret etmektedir (70,75,78,80-82).

Eşlik eden hastalık varlığının sigara bırakmada etkisinin araştırıldığı Uzaslan ve arkadaşlarının 5 yıllık sigara bırakma polikliniği sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında ve Öztuna ve arkadaşlarının 10 yıllık süreyi kapsayan çalışmalarında ortak olarak eşlik eden hastalık varlığında sigara bırakma başarı oranlarının arttığı gösterilmiştir (55,83). Bizim çalışmamızda da benzer olarak solunum yolu ile ilgili hastalık varlığında başarı oranının arttığı görülmüştür. Chatkin ve arkadaşlarının çalışmasında da komorbiditesi olan ve olmayan grupta başarı oranları değerlendirildiğinde komorbiditesi olan grupta başarı oranları daha yüksek bulunmuştur (63).

Her iki bulgu sonucunda sağlık etkilerinin önemli bir sigara bırakma sebebi olduğu görölmüştür. Eşlik eden solunum sistemi hastalıklarının ise diğler sistem hastalıklarından farklı olarak başarıyı olumlu etkilemesinin sebebinin ise net görülür semptomları nedeniyle olabileceğı düşünöldü.

Çalışmamızda, sigara bırakma sürecinde karşılaşılan problemlerden ilk üçü sırasıyla; aşırı sigara içme isteğı (craving), sinirlilik ve konsantrasyon bozukluğu olarak tespit edilmiştir. Yaşar ve arkadaşlarının çalışmasında da sigara bırakma sırasında yaşanan güçlükler benzer olarak sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu ve aşırı sigara içme isteğı olarak bulunmuştur (74).

Literatürde sigarayı bırakmayı daha önce denemiş olmanın sigarayı bırakma başarısını arttığını gösteren çalışmalar mevcut olsa da, bizim çalışmamızda da Kaya ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları çalışmaya benzer olarak sigarayı bırakma deneme sayısı ile başarı oranları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (59,84). Chatkin ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde önceki sigara bırakma girişimlerinin sayısı açısından istatistiksel anlamlı sonuç elde edilememiştir (63).

Alkol kullanımının çalışmamızda sigara bırakma başarısı üzerine olumsuz bir etkisi bulunmamıştır. Jung ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada da sigara bırakma başarısını etkilemediğı sonucuna ulaşılmıştır (71). Heffner ve arkadaşları ise daha az miktarda alkol kullananların daha çok miktarda alkol kullananlara göre sigara bırakma başarısını daha yüksek bulmuşlardır (58). Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında da alkol kullanımı relaps riskiyle ilişkili bulunmuştur (72).

Günlük tüketilen sigara sayısı arttıkça sigara bırakma başarısının anlamlı olarak azaldığı görölmüştür, çalışmamızdaki bu sonuç literatürdeki diğler çalışmalarda benzerdir (58,68,85). Fagerström bağımlılık skorunu da artıran bir faktör olan günlük tüketilen sigara miktarının artması aynı zamanda daha yüksek bağımlılık derecesiyle ilişkilidir. Bu bulguyla korele olarak çalışmamızdaki diğler bir bulgu Fagerström bağımlılık derecesindeki her bir basamaklık artışın tedavi sonucunun başarısız olma ihtimalini istatistiksel anlamlı olarak artırdığı gösterilmiştir. Önceki çalışmalarda da benzer şekilde Fagerström bağımlılık düzeyi arttıkça tedavi başarı oranlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (63,65,71,74,85,86).

Depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla sigara bağımlılığı komorbiditesi siktir. Yapılan çalışmalarda depresyonu olan bireylerin genel popülasyonla kıyaslandığında bırakma motivasyonları benzer ya da daha yüksek, bırakma girişimleri ise benzer oranlardadır. Beck depresyon ve anksiyete düzeylerinin sigara bırakmadaki başarıyı etkileme durumuna bakıldığında, bizim çalışmamızda tedavi sonrası sigarayı bırakan gruba göre tedavi sonrası sigarayı bırakmayan veya yeniden başlayan grupta Beck depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Benzer şekilde Morozova ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada da depresyonun sigara bırakma üzerine negatif bir etkisi saptanmamıştır (87). Literatürdeki bir meta-analizde ise depresyon olan bireylerin bırakma öncesinde ve sonrasında negatif duygu durumlarının arttığı ve negatif duygu durumunun da artmış relaps oranlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (88). Depresyon ve anksiyete skorlarının sigara bırakma başarısına etkisinin değerlendirildiği çalışmalardan, Yaşar ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada hastane depresyon ve hastane anksiyete ölçeği kullanılmış ve depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek olanların sigarayı bırakma başarıları daha düşük bulunmuştur (74). Benzer şekilde Kaya ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları çalışmada ise hem Hamilton hem Beck depresyon ve anksiyete ölçekleri kullanılmış ve sonuçta her iki ölçek puanı değerlendirildiğinde depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek olan katılımcılarda sigara bırakma başarı oranlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (59).

Sigara bırakma tedavisi, tedavi sürecine hastanın aktif katılımı ile başarı ihtimalinin arttığı, düzenli kontrollerle hastanın takip edilmesini gerektiren bir süreçtir. Çalışmamızda da bu bağlamda başvuru sayısı ve tedavi süresinin sigara bırakma başarısını nasıl etkilediğine baktığımızda, hastanın sigara bırakma polikliniğimize başvuru sayısı arttıkça başarılı olma ihtimalinin arttığı, benzer şekilde tedaviyi zamanından önce bırakmadığında ise yeniden başlama oranının azaldığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaşar ve arkadaşlarının çalışmasında da, çalışmamızla benzer olarak yeterli süre farmakolojik tedavi alanların sigarayı bırakma oranlarının anlamlı şekilde arttığı bulunmuştur (74). Tural Önür ve arkadaşlarının çalışmasında ise kontrol randevularına gelen hastalarda bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur (89).

Çalışmamızda yalnızca psikoterapi başlanan 10 katılımcı değerlendirildiğinde, sigarayı bırakmayan grupta yalnızca psikoterapi alanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,003$ ve $p=0,008$). Katılımcılara uygulanan tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarı oranlarına etkisi değerlendirildiğinde sigarayı bırakmayan gruba göre sigarayı bırakan ve yeniden başlayan grupta Vareniklin tedavisi alanların oranı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,003$ ve $p<0,001$). Bupropion tedavisi alan grupta ise sigarayı bırakan ve yeniden başlayan gruba göre sigarayı bırakmayan grupta Bupropion tedavisi alanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,039$ ve $p=0,048$). Çalışmamızda vareniklin tedavisi alanların başarı oranı daha yüksek bulunmuştur. Ancak NRT ve kombine tedavi başlanan çok az hasta bulunması veri incelemesini olumsuz etkilemiştir. 2013 yılında Chrill ve arkadaşlarının yaptığı Cochrane meta-analizinde NRT ve Bupropion her ikisi de plaseboya kıyasla daha üstün ve hemen hemen eşit etkili, Vareniklin ise tekli NRT formlarından ve Bupropiondan daha üstün bulunmuştur (90) . 2012 yılında yapılan Cochrane derlemesinde de yine vareniklin ile sigarayı bırakanların sayısı NRT ve Bupropiondan daha fazla bulunmuştur (91). Eagles çalışmasında da vareniklin; bupropion, NRT ve plaseboya kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bırakma başarısı sağlamıştır (40).

Hajek ve arkadaşlarının çalışmasında Vareniklin kullanırken sigarayı bırakma günü geciken hastalarda 12 aylık başarı oranlarının düştüğü gösterilmiştir. Bu hastaların daha uzun süreli tedaviden fayda görecekleri sonucuna ulaşılmış ve ilacın tam yararı için sigarayı bıraktıktan sonra 3 ay tedaviyi kullanmaları önerilmiştir (92). Bizim çalışmamızda erken bırakan grupla geç bırakan grup arasında nüks açısından anlamlı bir fark saptanmamış, tedavinin kaçınıcı günü sigaranın bırakıldığı başarı oranlarını etkilememiştir.

Sigara bırakma sürecinde farmakolojik tedavi alan katılımcıların yaşadıkları yan etki sıklıklarına bakıldığında en sık görülen yan etki bulantı olurken ikinci sırada diğer gastrointestinal şikayetler(kabızlık, şişkinlik vs.) yer almaktadır. Bunun ise uyku bozukluğu ve rüya yan etkisi izlemiştir. Güncel sigara bırakma tedavi kılavuzlarında ve derlemelerde belirtilen yan etki görülme sıklıkları benzerdir (28) (90).

Çalışmamızda tedavi sonrası sigarayı bırakmayan, bırakıp yeniden başlayan ve bırakan grup arasında yan etkilerin görülme sıklıkları başarı oranlarını etkilememiştir. Ancak katılımcılara görülen yan etkinin tedaviyi yarıda bırakmaya neden olup olmadığı sorulduğunda, tedaviyi yarıda bırakma kararı büyük çoğunlukla yan etki nedeniyle olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda relapsların büyük kısmının ilk 3 ay içinde %56,7, 4- 6. aylar arasında %22, toplamda %78' inin ilk 6 ay içerisinde gerçekleştiği görülmüştür. Koçak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilk ay relaps oranları %48,6, altıncı aydaki relaps oranları %37 bulunmuştur (72). Benzer şekilde ilk 6 ay relaps riski en yüksek aylardır, 6 ay sonunda relaps oranının azaldığı görülmüştür. Başka bir çalışma da relaps riskinin 1 ve 2 yıl sonunda kademeli olarak azaldığı görülmüştür (93). Sigarayı bırakan gruba sigaranın akla gelme sıklığı sorulduğunda, bıraktıktan sonraki 1 yıl içinde %23,9 oranında artık akla gelmediği tespit edilmiştir. %26,1' lik bir kısım ise ayda 1 kez sigara içme istekleri olduklarını belirtmişlerdir. Sigara içme isteği gelmeyen veya ayda bir kez ve ayda bir kezden daha az sigara içme isteği olan grup toplamda %69,6 oranında olup, katılımcıların yüksek bir kısmını oluşturmuştur. Patten ve arkadaşlarının çalışmasında da sigara isteklerinin zamanla azaldığı belirtilmiştir (75).

Relaps nedenlerine bakıldığında; odak grup görüşmelerimizde çoğu katılımcı stresli bir olay sırasında relaps yaşadığını belirtmiştir. Bu durumun; iş yeri stresi, aile içi tartışmalar ve yakınlarının yaşadığı ciddi sağlık problemleri gibi sebeplerle ortaya çıktığı görülmüştür. Stres faktörlerinden iş stresi önemli bir relaps nedeni olarak karşımıza çıkmıştır. Katılımcıların hemen hemen hepsi, mesleği ne olursa olsun, işiyle ilgili stresli olduğunu belirtmiştir. Stres, hem yeniden başlama nedeni olarak hem de yeniden bırakmayı istememe nedeni olarak karşımıza çıkan bir faktördür. Thompson ve arkadaşlarının yaptıkları kalitatif bir çalışmada da iş stresi katılımcılar tarafından relaps nedeni olarak belirtilmiştir (77). Önceki çalışmalarda da stresin relapsta önemini vurgulayan bulgular mevcuttur (46,75,80,94).

Bu bulgular sonucunda katılımcılarda stresle baş etme, sorun çözme becerilerinin yetersiz olduğu düşünülmüştür. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında stresle başa çıkamamanın hem sigarayı bırakmanın önünde bir engel olarak

görülmüş, hem de yeniden sigaraya başlamada etkili olduğu gösterilmiştir (77,78,94,95).

Nicel bulgularımızda ikinci önemli relaps nedeni, içilen ortamlarda bulunmak olarak tespit edilmiştir. Odak grup görüşmelerinde de, çalışmamızın sonuçlarına göre, yeniden başlama sırasında çoğu katılımcının yanında sigara içen ya da sigaraya ulaşabileceği birileri bulunmaktaydı. Ayrıca katılımcılar öncesinde de etraflarında içen kişilerin olduğunu ve ikram edilmese bile paketin açıkta bırakılmasının sigarayı kendilerine hatırlattığı ve isteklerle baş etmeyi zorlaştırdığını ifade etmişlerdir. Hatta telefon görüşmesi sırasında karşıdakinin sigara içtiğinin hissedilmesinin bile craving oluşturduğu görülmüştür.

Çevrede sigara içen kişilerin olması, sigara bırakmadaki başarıyı olumsuz etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hem odak grup görüşmelerinde hem hasta dosyalarından elde edilen verilerin karşılaştırılması yapıldığında; evde ve işyerinde, yakın çevrede sigara içen kişi varlığı sigara bırakma tedavi başarısını azalttığı görülmüştür. Literatürde evde sigara kullanan kişi varlığında başarının azaldığını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (58,64,70,80). Koçak ve arkadaşları da evde sigara içilmesinin sigara bırakma tedavisi sonrası erken dönemde ortaya çıkan yoksunlukla güçlü ilişkili olduğunu bulmuşlardır (72). Çalışmamızda önceki çalışmalara benzer olarak iş yerinde sigara içilmesinin veya sigara içen biri olmasının başarıyı olumsuz etkilediği saptanmıştır (64,74) .

Sigara bırakma sürecinde çevreden alınan sosyal desteğin önemi odak grup görüşmelerinde de belirtildiği gibi, literatürde Chandola ve arkadaşlarının 2000 yılında 10264 yetişkinle yaptıkları çalışmada da yüksek sosyal desteğin bırakma başarısını artırdığı görülmüştür (57). Ayrıca etrafta sigara içen kişiler olmasının ve sigara ikram edilmesinin önemli bir relaps nedeni olduğu tespit edilmiştir (57,80,96).

Relaps anına geri dönüp, o anı yaşamaları istendiğinde katılımcıların ortak fikri, ilk sigara sırasında bir tane içileceği, o anki stresi ya da üzüntü oluşturan durumu rahatlayıp atlatacakları, nasıl olsa artık sigarayı bıraktıkları ve yeniden sigara içmeye eskisi gibi devam edilmeyeceği yönündeydi. Bir tane içirim bana iyi gelir sonra bırakmaya devam ederim şeklinde belirttikleri düşünceleri sonucunda katılımcılar o ilk sigarayı içmişlerdi, hiçbirisi yeniden eskisi gibi sigara içmeye

devam edeceğini düşünmemiştir. Turner ve arkadaşlarının çalışmasında da relaps anında katılımcıların sadece 1 tane içmenin relapsa neden olmayacağı düşünüldüğü görülmüştür(97). İlk nefesi çektiğimde ne hissederim, bir nefes çekersem ya da bir tane içersen ne olur şeklindeki bir merak katılımcıların büyük çoğunluğunda görülmüştür. Bununla birlikte ilk stres anında kendilerine ikram edilen sigaraya hayır diyememek de önemli bir bulgu olarak saptanmıştır.

Relaps konusunda başka bir tetikleyici faktör ise, otomatikleşmiş davranışların, günlük sigara içme ritüellerinin kişide sürekli sigara içme isteği oluşturmalarıdır. Tanielu ve arkadaşlarının çalışmasında da otomatikleşmiş davranışların sigarayı bırakma sonrası relaps riskini artırdığı görülmüştür (70). Bu nedenle bilişsel davranışçı tedavinin sigarayı bırakmadaki önemi önceki çalışmalarla benzer olarak bizim çalışmamızda yüksek bulunmuştur (98,99).

Sigara bağımlılığının farmakolojik, fiziksel ve psikolojik bağımlılık komponentleri bulunmaktadır. Bu nedenle farmakolojik tedavilerin yanında davranış tedavilerinin de uygulanması tedavi başarısını artırmaktadır. Çalışmamızda tedavi sonrası sigarayı bırakmayan gruba göre, bırakan ve yeniden başlayan grupta davranış değişikliği önerilerini her zaman uygulayanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek, hiç uygulamayanların oranı ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Davranış değişikliği önerilerini uygulayabilenlerin sigarayı bırakabildiği ve tedaviyi başarıya ulaştırdığı görülmüştür. Literatürdeki bir metaanalizde de bilişsel davranışçı terapiyle desteklenen farmakoterapinin sigara bırakma oranlarını artırdığı gösterilmiştir (98).

Katılımcıların en çok zorlandıkları davranış değişiklikleri çay, kahve yanında içmeme ve sigara içerken başka hiçbir iş yapmama durumu olmuştur. Çay ve kahve yanında sigara içmek gibi otomatikleşen davranışların sigara bırakma başarıları üzerine olumsuz etkileri literatürde başka çalışmalarda da gösterilmiştir (78,93,100). Katılımcıların %32,1'i ise davranış önerilerini uygularken zorlanmadığını belirtmiştir. Bıraktıktan sonra sigarayı akla en çok getiren sebep sigara içilen sosyal ortamlar olmuştur. İkinci sırada ise stres gelirken, yemek sonrası çay, kahve alkol gibi ritüellerin akla getirme oranının da hemen hemen stresle aynı olduğu görülmüştür.

Tüm bu bulgular ışığında, sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalara yalnızca ilaç başlayıp davranış tedavisi uygulanmadığında, ya da sigara içme istekleriyle nasıl baş edebilecekleriyle ilgili yeterince bilgilendirilmediklerinde, relaps önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sigarayı bırakmak için kişiyi motive eden durumun ortadan kaybolması ya da kilo almak gibi motivasyonu azaltan durumlarda da relaps yaşandığı görülmüştür. Önceki çalışmalarda da sigara bırakma sonrası kilo almanın bizim çalışmamızda olduğu gibi tedavi başarısını olumsuz etkilediği görülmüştür (78,94). Sigarayı bıraktıktan sonra sigaraya yeniden başlamamak için sürekli yeni motivasyonlar bulmanın önemli olduğu hem bizim çalışmamızda hem de Ossler ve Presscot'un çalışmasında ortak bir bulgudur (68). Kişilerin kendilerini meşgul edecek şeyler bulmaları da Patten ve arkadaşlarının çalışmasındaki bulguyla benzer olarak bizim çalışmamızda da katılımcılar tarafından relapsı önleyebilecek bir öneri olarak sunulmuştur (75).

Çalışmamızla benzer olarak sigarayla ilişkilendirilen mutluluk ve sigarayı bıraktıklarında katılımcıların yaşadığı mutsuzluk hissi, odak grup görüşme yöntemi kullanılarak yapılmış önceki çalışmalarda da relaps nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (80).

Odak grup görüşmelerinde katılımcılar relaps anında ne olsaydı “o ilk sigara” yı içmezsiniz sorusuna yüksek oranda ortamdan uzaklaşmak ve sigarayı içmeyen birinden destek almak cevabını vermişlerdir. Sigaraya yeniden başlama konusunda herhangi bir sebeple risk altında olan bireyin, sigara içme isteği tetiklendiğinde etrafında destek olacak birinin olması, özellikle bu kişinin sözüne güvendiği birisi olması ve sigara kullanmıyor olması, ya da bu desteği bir profesyonelden alması kişi için relapsı önleyen önemli bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Patten ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları odak grup araştırmasında da özellikle saygı duyulan birinden alınan desteğin sigarayı bırakma motivasyonu üzerindeki etkisinden bahsedilmiştir (75).

Tedaviyi zamanından önce bırakmamak da odak grup görüşmelerindeki katılımcıların relapsı önleme hakkındaki belirtilen düşüncelerden olmuştur. Arkadaş çevresi ya da iş ortamında beraber paylaşım içinde olan kişilerle bir arada

olduğunda kendilerine ikram edildiğinde hayır diyebilmenin de relapsı önleyebileceği yönünde düşünceler belirtilmiştir.

Sigara istekleriyle başa çıkabilmek için hastalar, kendilerini meşgul edecek aktiviteler bulmanın, yeni hobiler edinmenin ve yürüyüş yapmanın da işe yaracağını belirtmişlerdir. Patten ve arkadaşlarının çalışmasında da meşgul edecek aktivitelerin, kendilerine ikram edilmemesinin, sigara içmeyen kişilerle vakit geçirmenin bırakmayı sürdürmede önemli olduğu gösterilmiştir (75).

Katılımcılar evde ya da yakın çevresinde sigara içilmesinin, sigarayı bırakma sürecinde ve sonrasında tedavilerini olumsuz etkilediğini, bu durumun sigara istekleriyle başa çıkabilmeyi zorlaştırdığını belirtmişlerdir. Yanında sigara içilmesinin dışında, paketin göz önünde bırakılması, sigarayı bıraktıklarını bilmelerine rağmen, kendilerine ikram edilmesi gibi durumlarla karşılaştıklarını belirtmiş ve çevreden aldıkları desteğin yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir. Literatürdeki bazı çalışmalarda da benzer olarak relapsı önleme konusunda çevre desteğinin öneminden bahsedilmiştir. Hendricks ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcılar çevreden alınan desteğin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir (78). Odak grup görüşmelerinde katılımcılar, ikramın da dışında/ötesinde sigara içen kişiler tarafından üzerlerine sigara dumanı üflendiğini ve sigarayı içip içmemelerinin kendi kararları ve iradelerine bağlı olduğunu kendilerine söylendiğini belirtmişlerdir.

Katılımcılar nüksler konusunda bilgilendirilmenin ve profesyonel desteğin relaps anlarında kendilerine yol gösterici olacağını belirtmişlerdir. Zhu ve arkadaşlarının çalışmasında da profesyonel destek almanın bırakma başarısını artırdığı, relapsı ise azalttığı gösterilmiştir (56). Bilgilendirilmenin önemli olduğu ve bunu ilk kez deneyimleyecek hastalarda da canlandırma tekniğiyle o an henüz yaşanmamışken, o senaryo yaşandığında nasıl davranılacağıyla ilgili hastaları hazırlamanın relapsların önüne geçebileceği düşünülmüştür.

Literatürdeki çalışmalarla benzer olarak odak grup görüşmelerinde katılımcıların neredeyse tamamında sigara içtikleri için kendini suçlama ve pişmanlık duygusunun hakim olduğu ve sigara içtikleri için utandıkları görülmüştür (75,77,78).

Çalışmamızdaki katılımcıların %86'sının, odak grup görüşmelerinde ise 2 katılımcı dışında hepsinin yeniden sigarayı bırakmak istemekte olduğu görülmüştür. Odak gruplardaki 2 katılımcı iş stresi nedeniyle yeniden bırakma düşüncesi

olmadığını belirtmiştir. Nicel bulgularımızda da bırakmanın önünde görülen en büyük engel stres olarak bulunmuştur. Sigarayı bırakma sonrası stresli durumlarla başa çıkamamaktan korkulmasının sigara bırakmaya motivasyonu azalttığı Thompson ve arkadaşlarının çalışmasında da belirtilmiştir (77). Bırakmanın önünde görülen diğer engeller ise sırasıyla alışkanlık ve irade olarak belirtilmiştir. Bırakmayan ve yeniden başlayan grup karşılaştırıldığında yeniden başlayanların yeniden bırakma isteği istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.(p 0,006)

Buna karşın, odak grup görüşmelerinden elde edilen bir diğer sonucun ise kişilerin yeniden bırakmak konusunda kendilerini ümitsiz vaka olarak tanımlamaları ve bırakmaya yönelik olumsuz düşünceleri olduğu görülmüştür. Bırakılamayacağı konusundaki ümitsizlik Thompson ve arkadaşlarının çalışmasında da görülmüştür (77). Sigarayı bırakma konusunda kendilerine güvenleri ve sigarayı bırakabileceklerine inançları olmadığı görülmüştür. Bu düşüncenin temelinde ise “ irademi kullanamıyorum, beceremiyorum” şeklindeki cümleler yer almıştır. Ayrıca çalışmamızın nicel veriler kısmında da sigara bırakmanın bir irade problemi olduğunu düşünenler çoğunluğu oluşturmuştur. Sigarayı bırakan katılımcılarda irade problemi olarak görme diğer gruplara göre istatistiksel anlamlı olarak daha az bulunmuştur. Sigara bırakmanın bağımlılık problemi olmadığını düşünme, Kim ve arkadaşlarının 2013 yılındaki çalışmalarında da başarısızlıkla bağlantılı bulunmuştur (71).

Katılımcıların neredeyse hepsi sigara içmeyi bir hastalık olarak kabul ediyordu, ancak sigara bırakma sürecinde karşılaşılan zorluklarla baş edemediklerinde kendilerini suçlamaları bunu kendi özyeterliliklerine atfettiklerini gösteren bir sonuçtu. Hendricks ve arkadaşlarının çalışmasında sigarayı bırakmanın benlik saygısını artırdığı gösterilmiştir (78).

Çalışmamızın sonuçlarına sağlık kaygılarının tedavi başarısını istatistiksel anlamlı olarak artırdığı görülmüştür. Sağlık kaygılarının bir çok çalışmada bırakma konusunda önemli bir motivasyon olduğu gösterilmiştir (75,77-80). Katılımcıların başarılı olmalarında etkili oldukları diğer en sık faktörler ise sırasıyla bireysel motivasyon ve ilaç desteği olmuştur. MPOWER paket kapsamında 2011 yılından beri sigara bırakma ilaçlarının Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmasının

ve ilaçların geri ödeme kapsamına girene kadar bu uygulamanın devam etmesinin yararlı olduğu görülmüştür.

Sigarayı bırakma sürecinde en çok yaşanan olumsuz değişiklik kilo artışı olmuştur. Sigara bırakma sonrası hiçbir olumsuz değişiklik yaşamayanlar ise % 40,6 oranında tespit edilmiştir.

Sigara bırakma sürecinin algılanan zorluk derecesi hem sigarayı bırakanlarda hem de yeniden başlayanlarda, 1 ile 10 arasında verdikleri puanlar neticesinde, bırakma öncesi algılanan zorluk derecesi, sigarayı bırakma sonrası algılanan zorluk derecesinden istatistiksel anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Bu bulgu bırakma öncesi sigara bırakma sürecinin daha zor algılandığını göstermektedir.

Odak grup görüşmelerinde sigarayı bırakmak için profesyonel destek alınmalı mı? Profesyonel destek alınmadan da bırakılabilir mi sorusu sorulduğunda katılımcıların önemli bir kısmı profesyonel desteğin önemli olduğunu, destek alındığında daha çok motive olduklarını ve davranış önerileriyle sigara sayılarını oldukça azaltabildiklerini ifade etmişlerdir. Eğer önerileri uygulamış olsalar yeniden sigaraya başlamayacakları yönünde görüşlerini bildirmişlerdir. Thompson ve arkadaşlarının yapmış olduğu kalitatif çalışmada da katılımcılar yardım almanın gerekli olduğunu belirtmişlerdir (77). Ancak odak grup katılımcılarının bir kısmı da kafada bitirmenin gerekli olduğunu, kişi kafasında bitirmeden kimsenin bir şey yapamayacağını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Sigaraya yeniden başlayan hastaların relaps sonrası yeniden profesyonel desteğe başvurma konusunda cesaretlerinin azalmış olduğu görülmüştür. Katılımcılar doktorlarının zamanını boşa harcadıklarını düşündükleri için ve yeniden sigaraya başladıkları için kendilerine kızılacağı yönündeki önyargıları nedeniyle yeniden başvurmadıklarını belirtmişlerdir.

Ayrıca gruplar arasında sağlık çalışanlarının diğer katılımcılara göre daha az kontrol görüşmesine geldikleri tespit edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigara bırakma polikliniğimizin 1 yıllık başarısı %26 bulunmuştur.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özellikler sigara bırakma başarısını etkilememiştir.

Odak grup görüşmelerimizde sorulan “Sigara içme sebepleriniz nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlar sonucunda stres önemli bir sigara içme sebebi olarak belirtilmiştir. Ayrıca katılımcılar içinde bulundukları duygudurumunun ne olduğu önemli olmaksızın her duygudurumunda sigara içmekte olduklarını farketmişlerdir.

Odak grup görüşmelerinde “Sigara içmek bir hastalık mıdır?” sorusuna önemli oranda hastalık olduğu yanıtı alınmıştır, bir kısmı ise “alışkanlık” yanıtını vermiştir. Ayrıca katılımcıların sigarayı “iyi bir arkadaş” olarak tanımladıkları görülmüştür. Bu konuda sigaranın hem bir hastalık hem iyi bir arkadaş olarak düşünülmesi konusundaki çelişki gündeme getirilmeli ve kişilerin sigarayla ilgili olumlu düşünceleri bilişsel davranışçı tedavi yöntemi kullanılarak olumsuz düşüncelerle yer değiştirmelidir.

Sigara içmenin “nasıl bir hastalık” olduğu sorulduğunda yalnızca üç katılımcı ise “bağımlılık” yanıtını vermiştir. Hastaların sigara içmenin bir bağımlılık hastalığı olduğu konusunda bilgi düzeyleri düşüktür. Bu nedenle hastalara mutlaka sigara içmenin bir bağımlılık olduğu ve bağımlılığın nasıl bir hastalık olduğu anlatılmalıdır.

Katılımcıların sigarayı bırakma isteme sebepleri en çok sağlık etkileri nedeniyle olmuştur. Eşlik eden solunum yolları hastalığı olması durumunda da sigara bırakma başarısının arttığı görülmüştür. Benzer olarak sigarayı bırakan katılımcılara, başarılı olmalarını sağlayan faktör sorulduğunda, önemli oranda sağlık kaygılarını başarılarında önemli bir etken olarak görmüşlerdir. Bu sonuç, hastaların sağlıkla ilgili konular söz konusu olduğunda, sigarayı bırakma motivasyonlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aile hekimlerinin birinci basamağa herhangi bir şikayetle başvuran her hastada sigara kullanım durumunu sorgulanması ve mevcut şikayetiyle sigara kullanımı arasında bir ilişki kurularak, sigaranın sağlığıyla ilgili olumsuz etkileri konusunda farkındalık kazanmaları sağlanmalıdır.

Çalışmamızda günlük tüketilen sigara sayısı ve Fagerström Nikotin Bağımlılık derecesi ne kadar fazla ise sigara bırakma başarısının o oranda azaldığı

tespit edilmiştir. Bu bulgu, aile hekimlerinin sigara içen fakat henüz sigarayı bırakmak istemeyen hastalarda da yapacakları müdahalelerin önemini göstermektedir. Aile hekimleri sigara kullanan hastalarına, davranış değişikliği önerilerinde bulunmalı, hastanın ikinci ve üçüncü el sigara dumanından mümkün olduğu kadar kendini ve çevresini koruması sağlayarak sigara içme şekline müdahale edilmelidir. Bu yöndeki bir müdahale, günlük sigara sayısını azaltıp, sigara içme ile ilgili olan alışkanlık, ritüeller ve otomatikleşmiş davranışları da yok ederek, hasta sigarayı bırakmaya karar verdiğinde sigara bırakma başarısını artıracaktır. Benzer şekilde, hasta o an sigarayı bırakmak istemese bile FNBT derecesi değerlendirilerek ve özellikle FNBT derecesi yüksek olanlarda bağımlılık derecesi hastayla paylaşılarak hastaya bağımlılığıyla ilgili farkındalık kazandırılabilir. FNBT derecelerini hasta dosyalarına not edilmesi ve bunun yılda bir tekrar edilmesi hastanın takibi açısından önemlidir.

Beck depresyon ve anksiyete skorlarının sigara bırakma başarısı üzerinde anlamlı etkisi saptanmamıştır. Depresyon ve anksiyete skoru yüksek olan hastaların da sigara bırakmada depresyon ve anksiyete düzeyi düşük katılımcılar kadar başarı şansının bulunduğu görülmüştür. Aile hekimleri, depresyon ve anksiyete tanısı olan hastalarına da mutlaka sigara bırakma konusunda destek olmalıdırlar.

Hastaların Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuru sayısı arttıkça sigara bırakma başarı oranının arttığı tespit edilmiştir. Tedaviyi önerilen sürede kullanmanın da sigara bırakma başarısını arttırdığı görülmüştür. Bu nedenle hastaların kontrol randevuları daha iyi takip edilmeli ve hastanın sürekli iletişimde olabileceği bir kanal sağlanmalıdır. Sigara bırakma tedavisi alan hastalar, aile hekimlerine başvurdıklarında da kontrollerine gitmeleri konusunda desteklenmeli ve başarıları kutlanarak motive edilmelidir.

Literatür ve çalışmamız verileri ışığında psikoterapi, farmakolojik tedaviyle desteklendiğinde başarı oranlarının yükseldiği görülmüştür. Ayrıca sigarayı bırakan katılımcılara başarılı olmalarındaki etken sorulduğunda, ilaç desteğinin de başarılarına katkı sağlayan bir faktör olduğu bulunmuştur. Tıpkı diğer hastalıklarda olduğu gibi, sigara bağımlılığı da tedavi gerektirmekte ve tedavide kullanılan ilaçlar işe yaramaktadır. Sigarayı bırakma sürecinde aile hekimleri de hastalarını, sigara bağımlılığının bir hastalık olduğu ve tedavi edilmesi gerektiği konusunda

bilgilendirmeli, hastaları tedavi yöntemlerini kullanmaları konusunda teşvik etmelidirler.

Çalışmamızda tedavi yöntemlerinin başarıya etkisine bakıldığında, Vareniklin tedavisi alan grupta bırakamayanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha düşük, Bupropion tedavisi alanlarda ise bırakamayanların oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Tedavinin kaçınıcı gününde sigaranın bırakıldığı ise çalışmamızda sigara bırakma başarı oranlarını etkilememiştir. Bu bize, ilacın önerilen günleri arasında sigarayı bırakamamış olsalar bile hastalara destek olmaya devam edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda farmakoterapilere bağlı en sık görülen yan etki bulantı olarak tespit edilmiştir, ancak yaşanan yan etkiler bırakma başarı oranlarını etkilememiştir. Ancak katılımcılara tedaviyi yarıda bırakma nedenleri sorulduğunda ise, yan etki nedeniyle tedaviyi yarıda bırakma oranları yüksek bulunmuştur. İlaç tedavilerinin yan etkilerini hekimin bilmesi, görülebilecek yan etkiler açısından hastayı önceden bilgilendirmesi önemlidir. Bununla birlikte oluşan yan etkileri hastanın doktora bildirmesi gerektiği ve yan etkilerin hepsinin bir çözümünün olduğu hastaya önceden söylenmeli ve kontrol görüşmelerinde yan etkiler mutlaka değerlendirilip, takip edilmelidir.

Sigarayı bıraktıktan sonra yeniden sigaraya başlamanın en riskli olduğu dönem ilk üç aylık süreç olmuştur ve tüm relapsların %78'i ilk 6 ay içerisinde gerçekleşmiştir. Hastaları ilk 3 ay yoğun takip etmek, 6 aya kadar da görüşme sıklığının hastanın ihtiyacına göre ve yine sık yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu konuda takip sürekliliği ve izlem açısından avantajlı konumda olan aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Aile hekimleri, sigarayı bırakmış olan hastalarda, sigarayı bırakma sürecini bitti kabul etmemeli, sigarayı bırakmış bir hasta polikliniğe başvurduğunda relaps önleme konusunda motivasyonel bir güçlendirme uygulaması olan TeRKET (**T**üm etkilerin netleştirilmesi, **R**isklerin anlatılması, **K**azançların vurgulanması, **E**ngellerin belirlenmesi, **T**ekrarla) yaklaşımı ile hastanın bırakmayı sürdürme motivasyonu güçlendirilmelidir. Ayrıca hastanın nikotin yoksunluk semptomları, depresyon ya da anksiyete durumları, kilo alım problemleri gibi nükse yol açacak davranışlar da sorgulanmalıdır.

Çalışmamızda nicel verilerden ve odak grup görüşmelerinden elde edilen bulgular değerlendirildiğinde stresin önemli bir relaps nedeni olduğu görülmüştür. Stresli durumlar, iş yerindeki sıkıntılar, aile içi tartışmalar veya yakınlarının yaşadığı ciddi sağlık problemleri olarak belirtilmiştir. Özellikle işle ilgili streslerle başa edebilmek için sigara içme eğiliminin yüksek olduğu görülmüş ve mesleği ne olursa olsun tüm katılımcılar işlerinin stresli olduğunu ifade etmişlerdir. Kişilerin stresle başa çıkamadıkları durumlarda “bir tane içerek rahatlayayım, sonra bırakmaya devam ederim, ben nasıl olsa sigarayı bırakabiliyorum” şeklindeki düşünceleri, sigaraya yeniden başlamalarına neden olmuştur. Sigaranın stresle baş etme yöntemi olarak görülmesi, kişilere sorun çözme ve stresle baş etme becerileri kazandırılmasının önemini göstermektedir. Kişilere stresle başa çıkabilecekleri yeni çözümler sunmak, yürüyüş gibi sağlıklı davranışların yaşam biçimi haline getirilmesi, yeni hobiler edinilmesi ve nefes egzersizleri önerilebilir.

“Bir nefes çekersem ne olur, ne hissederim?” şeklinde bir merak özellikle ilk kez bırakan hastalarda tedavi sürecini oldukça sıkıntıya sokmaktadır. Eğer ilk kez sigarayı bırakan bir hastayı relapslar hakkında bilgilendiriyorsak önemli bir sebep olarak karşımıza çıkan “bir nefes çekersem ne olur” senaryosunun canlandırma yöntemiyle kişiye yaşatılması, böyle bir durumla henüz karşılaşmadan, nasıl başa çıkabileceği konusunda beceri kazandırılabilir. Daha önce sigarayı bırakıp tekrar başlayan hastalarda da, tekrar başlama anları canlandırılarak nüksü önlemek için nelerin iyi geleceği çalışılabilir.

Zamanla sigara içme isteklerinin sıklığının ve süresinin de azalacağı yönünde kişiler bilgilendirilmeli ve sigara içme isteklerin geçici olduğu, bir süre sonra geçeceği konusundaki farkındalıkları artırılmalıdır. Katılımcıların relaps önlemede işe yarayacağını düşündükleri, kendilerini meşgul edecek aktiviteler de hastaların sigara bırakma sürecinde sigara istekleriyle başa çıkmalarını kolaylaştıracak diğer bir çözümdür. İlgi duydukları alanları görüşmeler sırasında keşfetmelerini sağlayarak, her bireyin kendi ilgi alanına özel, net çözümler sunulması, meşgul edecek aktiviteler bulmaları konusunda hastalara yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda çevrede sigara kullanan kişilerin varlığı hem sigara bırakma başarısını olumsuz etkileyen hem de relapslara neden olan önemli bir etken olarak saptanmıştır. Sigara bırakma sürecinde çevreden alınan sosyal desteğin sigarayı

bırakmada ve sürdürmede önemli olduğu görülmüştür. Bununla birlikte katılımcılar bu konuda kendilerine verilen sosyal desteği yetersiz bulmaktadırlar. Yanlarında sigara içilmesi, paketin açıkta bırakılması ya da ikram edilmesi, ikramlarda ısrarcı olduğu görülmüş ve tüm bunlar başarıyı olumsuz etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmıştır. Bu konuda yalnızca sigarayı bırakan kişiye değil yakınlarına da konunun önemini aktarmak gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Sigarayı bırakan kişilere nasıl destek olabilecekleriyle ilgili sigarayı bırakan kişinin yakın çevresindekileri bilgilendirmek ve daha iyi destek olmalarını sağlayabilmek amacıyla kişilere özel broşürler hazırlayıp göndermek ve bu konuyu medyada daha çok gündeme getirmek önemli görünmektedir.

Aile hekimleri , aile içinde sigarayı bırakma isteği olan ve bu konuda çaba gösterenlerin yakın çevresindeki sigara kullanıcılarına, sigaralarını evdeki kapalı alanlarda ve sigarayı bırakan kişinin yanında içmemeleri, paketi açıkta bırakmamaları ve ikram etmemeleri konusunda uyarıda bulunmalıdırlar. Aradan 1-2 yıl geçtikten sonra relaps riskinin kademeli olarak azaldığı, sigarayı bırakan hastalarda bir yıl sonunda sigara isteklerinin sıklığı ve süresi azalsa da, katılımcıların bir kısmında hala sigara isteklerinin devam ettiği bilinmeli ve sigarayı bırakmış hastaları da sigara bırakma sonrası ilk 1 yıl hatta ilk 2 yılın relapslar için hala riskli bir dönem olduğu konusunda bilgilendirmelidirler.

Günlük sigara içme ritüellerinin, otomatikleşmiş davranışların relaps nedeni olarak karşımıza çıkmasını önlemek için, farmakoterapinin mutlaka davranış tedavileriyle desteklenmesi gerektiğinin önemi çalışmamızda da gösterilmiş ve davranış önerilerini uygulayanların sigarayı bırakma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigarayı akla en çok getiren sebep, sigara içilen sosyal ortamlar olmuştur. İkinci sırada ise stres gelirken, yemek sonrası, çay-kahve, alkol gibi ritüellerin akla getirme oranının da yüksek olduğu görülmüştür. En çok zorlanılan davranış önerisinin ise çay-kahve yanında sigara içilmemesi olduğu görülmüştür. Relaps nedenlerine ve sigarayı akla getiren sebeplere bakıldığında da konunun önemi açıktır. Davranış tedavileri, motivasyonel görüşmeler, sigara bırakma danışmanlığının önemli bir kısmını oluşturmalı ve konuyla uğraşan profesyoneller bu konuda mutlaka eğitim almalıdır.

Çalışmamızda alkol kullanımının nüks riskini artırdığına dair bir bulguya ulaşamadık. Ancak çalışmamıza problemlili alkol kullanımı grubundaki katılımcılar dahil edilmemiştir.

Elde edilen veriler ışığında katılımcıların büyük çoğunluğu sigarayı yeniden bırakmak istiyordu. Özellikle sigaraya yeniden başlayan grubun hiç bırakamayan gruba göre, sigarayı yeniden bırakma düşüncesi istatistiksel olarak daha yüksekti. Sigaraya yeniden başlayan hastalar hem eskisine göre daha az miktarda sigara içmekte hem de sigara içtikleri için pişmanlık duymakta ve kendilerini suçlu hissetmekteydiler. Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde sigaraya yeniden başlayan hastaların, tekrar sigarayı bırakmak için oldukça hazır bir grup oldukları düşünülmüştür. Bu nedenle hem sigara bırakma polikliniklerinden yeniden başlayan hastalara geri dönüş sağlanması hem de aile hekimlerinin de bu hastaları takip ediyor olmaları ve bu konuda yeniden sigaraya başlamış hastaları, bırakmaya aday bireyler olmaları açısından bir fırsat olarak görmeleri, müdahale etmeleri gerekmektedir.

Oldukça fazla sayıda katılımcı sigarayı yeniden bırakmak istiyor olsa da, bu konudaki olumsuz düşüncelerinin, yeniden bırakma cesaretlerini azalttığı görülmüştür. Kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olan düşüncelerinin ise “irademi kullanamıyorum, beceremiyorum” şeklindeki yanlış inanışlarından kaynaklanmıştır. Sigara kullanan kişiler sigara kullanımının bir hastalık olduğunu kabul ediyor olsalar da, irade problemi olduğu şeklindeki yaygın düşünceleri nedeniyle kendilerini suçlu hissetmekte ve özyeterlilikleri azalmaktadır. Bu nedenle sigara içmenin bir bağımlılık olduğu, tıpkı diğer hastalıklar gibi tedavi edilmesi gerektiği ve irade problemi olmadığı açıklanmalıdır.

Sigaraya yeniden başlayan çoğu katılımcı önyargıları nedeniyle yeniden profesyonel destek almaktan çekindiğini belirtmiştir. Sigara bağımlılığında da diğer tüm bağımlılıklarda olduğu gibi relapsların hastalığın doğal bir seyri olduğu anlatılarak hastaların kendilerini suçlamamalarını sağlamak, yeniden profesyonel destek almak konusunda da hastaları cesaretlendirecektir.

Bırakma sonrası en çok yaşanan olumsuz değişiklik olarak tespit edilen kilo alımı, relaps nedeni olarak da karşımıza çıkan önlenmesi gereken önemli bir durumdur. Hastalara bu konuda, sigara bırakma sonrasında yüksek kalorili atıştırmalıklar yerine, kalorisi daha düşük atıştırmalıkların önerilmesi, bol su tüketimi

ve yürüyüş gibi sağlıklı davranışların yaşam biçimi haline getirilmesi gibi öneriler verilebilir.

Hastaların sigarayı bırakmadan önce algıladıkları zorluk derecesi, sigarayı bıraktıktan sonra önemli derecede azalmıştı. Hastalara bunu aktarmak, bu sürecin zor olarak algılanmasının önüne geçebilir ve hastaların sigara bırakma konusunda cesaretlerini artırabilir.

Aile hekimi, polikliniğe başvuran her hastanın sigara kullanım durumunu öğrenerek, mutlaka not etmeli, sigara kullanımının hangi evresindeki bireyle karşılaşılıyor olursa olsun müdahale şansına sahip olduğunu unutmamalı ve her viziti kişilerin sigaraya yönelik zarar farkındalıklarını artırmak için bir şans olarak görmelidir.

Tüm bu bulgular ışığında sağlığa erişimde ilk temas noktası olan aile hekimlerinin, sigara bırakma sürecinde olan kişileri bilmeleri ve tanımaları oldukça önemlidir. Sigara bırakma polikliniklerinde tedavi gören hastaların aile hekimlerinin de sigara bırakma tedavisi aldığı konusunda bilgilendirilmeleri, hastaları yakından takip edebilmek, yakınlarına ulaşabilmek ve nasıl destek olacakları konusunda hatırlatmalar yapabilmeleri ve relaps önleme konusunda etkili bir destek için avantaj oluşturabilir.

KAYNAKLAR

1. WHO Monitoring tobacco use and prevention policies 2017: World Health Organization. Erişim: (https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/) Erişim Tarihi: 12.07.2018
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de tütünle mücadele süreci- dumansız hava sahası. Erişim: (<https://havanikoru.saglik.gov.tr/surec.html>) Erişim Tarihi: 17.01.2019
3. İlhan M, Arıkan Z, Kotan Z, Tunçoğlu T, Pınarci M, Taşdemir A, et al. Prevalence and Socio-Demographic Determinants of Tobacco, Alcohol, Substance Use and Drug Misuse in General Population in Turkey. Arch Neuropsychiatry. 2016;53:205-212
4. WHO [Internet] . Erişim: (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>) Erişim tarihi: 3.02.2019
5. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2009; Implementing smoke-free environments. 2009. Erişim: (<https://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/>) Erişim tarihi: 3.02.2019
6. Benowitz NL. Pharmacology of Nicotine: Addiction, Smoking-Induced Disease, and Therapeutics. Annu Rev Pharmacol Toxicol. 2010;49:57–71
7. A U.S. Public Health Service Report .A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Am J Prev Med. 2008;35(2):158–76.
8. Bilir, N. Türkiye'de Tütün Kontrolünün Öyküsü. Ankara 2017 s. 107.
9. Herman AI, Devito EE, Jensen KP, Sofuoglu M. Pharmacogenetics of nicotine addiction: Role of dopamine. Pharmacogenomics. 2014;15(2):221–34.
10. Marlatt, G.A. ve Gordon JR. Relapse Prevention, Second Edition, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. 2005.
11. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı Tütün Kontrolü Strateji Belgesi Eylem Planı 2018-2023. 2018; Erişim: (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/868-2018-2023-t%C3%BCt%C3%BCn-kontrol%C3%BC-strateji-belgesi-ve-eylem-plan%C4%B1.html>) Erişim tarihi: 12.07.2018
12. WHO Cardiovascular harms from tobacco use and secondhand smoke. 2012;Erişim: (https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/cardiovascular_harms_from_tobacco_use.pdf?ua=1) Erişim tarihi: 14.07.2018
13. Solak İ, Yıldırım Dİ, Gümüş F, Eren İ, Eryılmaz MA. Effects of Depression and Anxiety Scores on Smoking Cessation Treatment. Konuralp Tıp Dergisi. 2018;10(2):128-133
14. Cahn WZ, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, et al. The Tobacco Atlas Sixth Edition. 2018.
15. WHO prevelans Erişim: (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>) Erişim tarihi:05.04.2019
16. Asma S, Mackay J, Yang Song S, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, et al. The GATS Atlas. CDC Foundation. 2015. Erişim: (<http://gatsatlas.org/downloads/GATS-whole-book-12.pdf>) Erişim tarihi:24.02.2019
17. Bilir, N., Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, Ş Akçay, O Elbek), 2011: p. 21-23
18. The Tobacco Atlas. Current Policy in Turkey. 2016; Erişim: (<https://tobaccoatlas.org/country/turkey/>) Erişim tarihi: 12.02.2019.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 948, Ankara, 2014.
20. Ministry of Health Turkey. The Global Adult Tobacco Survey: Turkey 2008 & 2012 comparison fact sheet. 2008;2. Erişim:

- (http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_turkey_2008v2012_comparison_fact_sheet.pdf?ua=1) Erişim tarihi:05.03.2019
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Rakamlarla Tütün Gerçeği. Erişim: (<http://havanikoru.saglik.gov.tr/tutun-hakkinda/rakamlarla-tutun-gercegi.html>) Erişim tarihi: 05.03.2019
 22. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Risk Faktörleri 2017 .Erişim: (<http://www.euro.who.int/pubrequest>) Erişim tarihi: 28.03.2019.
 23. Pötschke-Langer M, Schotte K, Szilagyi T. The WHO framework convention on tobacco control. *Prog Respir Res.* 2015;42:149–57.
 24. WHO Mpower in action. 2013; Erişim: (http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/mpower_2013.pdf?ua=1) Erişim tarihi: 06.02.2019
 25. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008. MPOWER Packag 2008;330. Erişim: (http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf) Erişim tarihi: 06.02.2019
 26. Bilir N. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Öyküsü. *Ankara* 2017;25–30.
 27. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 796, Ankara,2010.
 28. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Ankara, 2014. Erişim: (<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/142201415150-Sigara-Birakma-Tani--ve-Tedavi-Uzlas-Raporu-2014.pdf>) Erişim tarihi: 27.12.2018 .
 29. Türk Toraks Derneği. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi.(Hekim El Kitabı) Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. 2013.
 30. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). European Smoking Cessation Guidelines. 2012. Erişim: (http://ensp.org/wp-content/uploads/2016/12/ENSP-ESCG_FINAL.pdf) Erişim tarihi:21.01.19
 31. Ogden J. Sağlık Psikolojisi. 2012. s.65-100 .
 32. Özge C. 5A ve 5R Kavramları. Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, Ş Akçay, O Elbek), 2011: s.51-459
 33. Borrelli B. Motivational interviewing for smoking cessation. *Adv Smok Cessat.* 2013;129–41.
 34. Ögel K. Motivasyonel Görüşme. Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozukluklarında Psikososyal Tedavi . s.213-226
 35. Şengezer T. Tütün Bağımlılığında Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi.* 2016;4(1):97–103.
 36. Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Morris PB, Ratchford E V, Stecker EC, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(25):3332–65
 37. Demir T. Farmakolojik Tedavi I- Nikotin Yerine Koyma Tedavileri Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, Ş Akçay, O Elbek), 2011: p. 21-23
 38. Şahbaz S, Kılınç O. Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2005;14(5):98–102.
 39. Ögel K. Tıbbi Yaklaşım ve Tedaviler .Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozukluklarında Psikososyal Tedavi..s.145.
 40. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): A double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet.* 2016;387(10037):2507–20.
 41. Benowitz NL, Pipe A, West R, Hays JT, Tonstad S, Mcrae T, et al. Cardiovascular Safety of

- Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2018;178(5):622-631.
42. Toprak DE, Güleç SS. Nikotin Bağımlılığında Relapsların Yönetimi ve Takip. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2016;7(5):62-8.
43. Gümüş S. Nüks ve Nüks Tedavisi. Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, Ş Akçay, O Elbek), 2011: s.525-532.
44. Aytemur ZA. Sigara Bırakma: Nüks ve Tedavisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):152-5.
45. Koç C. Bağımlılık ve Farkındalık Terapisi. Erişim: (<http://www.ogelk.net/makale/85-akademik-farkindalik-kabullenme-yazi-ve-ceviriler-bagimlilik-ve-farkindalik-terapisi.html>) Erişim tarihi: 04.02.2019
46. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2011;6:17.
47. WONCA Avrupa 2005 Aile Hekimliği Avrupa Tanımı Türkçe Çevirisi. 2003;Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık derneği Yayınları-3. Erişim: (http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA_definition_Turkish_version.pdf) Erişim tarihi: 02.03.2019.
48. Eray İK, Gürel FS. Motivasyonel Görüşme. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Spec Topics. 2013;4(5):56-60.
49. Bozdemir N, Kurdak H. Aile Hekimliği Disiplin İlkeleri Açısından Nikotin Bağımlılığına Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2016;7(5):35-8.
50. Freeman TR, Güldal DA. Mc Whinney'in Aile Hekimliği. 2016.s.3-32
51. Demir T. Sigara Bırakma Polikliniklerinin Yapılandırılması. Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, Ş Akçay, O Elbek), 2011: s.439-444
52. Bilir N. Tütün Kontrolü ve Yeni Tütün Ürünleri. 2018. s.21.
53. White JR, PharmD PA.. Treating nicotine addiction with OTC products. US Pharm. 2007;32(7):18-21. Erişim: (<https://www.uspharmacist.com/article/treating-nicotine-addiction-with-otc-products>) Erişim tarihi: 21.02.2019.
54. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC ve ark. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Türk Toraks Derg. 2013;14:81-7.
55. Öztuna F, Çan G, Ayık S, Özlü T, Yılmaz İ. Sigarayı Bırakma Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2013;33(5):1201-8.
56. Zhu S, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking Cessation With and Without Assistance A Population-Based Analysis. Am J Prev Med. 2000;18(4):305-11.
57. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: How important are household factors? Addiction. 2004;99(6):770-7
58. Heffner JL, Lee TC, Arteaga C, Anthenelli RM. Predictors of post-treatment relapse to smoking in successful quitters : Pooled data from two phase III varenicline trials. Drug Alcohol Depend. 2010;109(1-3):120-5.
59. Kaya E, Danacı AE, Şakar A, Yorgancıoğlu A. Sigarayı bırakmada ruhsal etkenlerin etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6:245-50.
60. Renaud JM, Halpern MT. Clinical management of smoking cessation : patient factors affecting a reward-based approach. Patient Prefer Adherence. 2010;4:441-450.
61. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turk J Med Sci. 2012;42(3):515-22.
62. Özşahin K, Ünsal A, Erdoğan F, Gereklioğlu Ç, Bakar C, Tokalak İ. Sigara Bırakma Üzerinde Etkili Faktörler: Aile Hekimliği Poliklinik Hastaları Üzerinde Bir Çalışma. TSK Koruyucu

Hekim Bülteni. 2007;6(3):181–6.

63. Chatkin JM, De Abreu CM, Haggström FM, Wagner MB, Fritscher CC. Abstinence rates and predictors of outcome for smoking cessation: Do Brazilian smokers need special strategies? *Addiction*. 2004;99(6):778–84.
64. Japuntich SJ, Leventhal AM, Piper ME, Bolt DM, Roberts LJ, Fiore MC, et al. Smoker Characteristics and Smoking-Cessation Milestones. *Am J Prev Med*. 2011;40(3):286–294
65. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking : how important are household factors ? *Addiction*. 2004;99(6):770–7.
66. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. *Toraks Dergisi*. 2007;8(2):110–4.
67. Wetter DW, Cofta-Gunn L, Irvin JE, Fouladi RT, Wright K, Daza P, et al. What accounts for the association of education and smoking cessation? *Prev Med (Baltim)*. 2005;40(4):452–60.
68. Osler M, Prescott E. Psychosocial , behavioural , and health determinants of successful smoking cessation : a longitudinal study of Danish adults. *Tobacco Control*. 1998;7:262–7.
69. Janson C, Künzli N, de Marco R, Chinn S, Jarvis D, Svanes C, et al. Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J*. 2006;27(3):517–24.
70. Tanielu H, McCool J, Umali E, Whittaker R. Samoan Smokers Talk about Smoking and Quitting: A Focus Group Study. *Nicotine Tob Res*. 2018;14;20(9):1132–7.
71. Kim JA, Lee CY, Lim ES, Kim GS. Smoking cessation and characteristics of success and failure among female high-school smokers. *Japan J Nurs Sci*. 2013;10:68–78.
72. Kocak ND, Eren A, Bo a S, Akturk UA, Ozturk UA, Ar nc S, et al. Relapse Rate and Factors Related to Relapse in a 1-Year Follow-Up of Subjects Participating in a Smoking Cessation Program. *Respir Care*. 2015;60(12):1796–803.
73. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respir Med*. 2008;102(8):1182–92.
74. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. One-Year Follow up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic : Factors Affecting The Cessation of Smoking. *Euroasian J Pulmonol*. 2014;16:99–104.
75. Patten CA, Enoch C, Renner CC, Offord KP, Nevak C, Kelley SF, et al. Focus Groups of Alaska Native Adolescent Tobacco Users: Preferences for Tobacco Cessation Interventions and Barriers to Participation. *Health Educ Behav*. 2009;36(4):711–23.
76. Cunradi CB, Moore RS, Battle RS, Yerger VB. Smoking, Work Stress, and Barriers to Participation in HMO Smoking Cessation Treatment Among Transit Workers : Focus Group Results. *J Workplace Behav Health*. 2015;30:272–86.
77. Thompson B, Thompson LA, Thompson J, Fredrickson C, Bishop S. Heavy smokers: A qualitative analysis of attitudes and beliefs concerning cessation and continued smoking. *Nicotine Tob Res*. 2003;5(6):923–33.
78. Hendricks PS, Wood SB, Hall SM. Smokers' Expectancies for Abstinence: Preliminary Result from Focus Groups. *Psychol Addict Behav*. 2009;23(2):380–5.
79. Mccauley KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow RE. Motivation to quit using cigarettes : A review. *Addict Behav*. 2006;31:42–56.
80. Buczkowski K, Marcinowicz L, Czachowski S, Piszczek E. Motivations toward smoking cessation , reasons for relapse , and modes of quitting : results from a qualitative study among former and current smokers. *Patient Preference and Adherence*. 2014;1353–63.
81. Mackillop J, Amlung MT, Blackburn A, Murphy JG, Carrigan M, Carpenter MJ, et al. Left-digit price effects on smoking cessation motivation. *Tob Control*. 2014;23:501–6.

82. Gallus S, Muttarak R, Franchi M, Pacifici R, Colombo P, Boffetta P, et al. Why do smokers quit ? *Eur J Cancer Prev.* 2013;22:96–101.
83. Uzaslan EK, Özyardımcı N KM, Gürdal Yüksel E, Gözü RO EE. The physicians's intervention in smoking cessation: result of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci.* 2000;9(1):9–63.
84. Farkas AJ, Pierce JP, Zhu SH, Rosbrook B, Gilpin EA, Berry C, et al. Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. *Addiction.* 1996;91(9):1271–80.
85. Dorner TE, Tröstl A, Womastek I, Groman E. Predictors of short-term success in smoking cessation in relation to attendance at a smoking cessation program. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(11):1068–75.
86. Dale LC, Glover ED, Sachs DPL, Schroeder DR, Offord KP, Croghan IT, et al. Bupropion for smoking cessation: Predictors of successful outcome. *Chest.* 2001;119(5):1357–64.
87. Morozova M, Rabin RA, George TP. Co-morbid tobacco use disorder and depression: A re-evaluation of smoking cessation therapy in depressed smokers. *Am J Addict.* 2015;24(8):687–94.
88. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. Smoking cessation interventions for patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2012;27(3):351–60.
89. Tural Önur S, Uysal MA, İliaz S, Yurt S, Bahadır A, Hattatoğlu DG, et al. Does short message service increase adherence to smoking cessation clinic appointments and quitting smoking? *Balkan Med J.* 2016;33(5):525–31.
90. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation : an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5).
91. Cahill K, Lf S, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(4).
92. Hajek P, Tønnesen P, Arteaga C, Russ C, Tonstad S. Varenicline in prevention of relapse to smoking: Effect of quit pattern on response to extended treatment. *Addiction.* 2009;104(9):1597–602.
93. Krall EA, Garvey AJ, Garcia RI. Smoking relapse after 2 years of abstinence: Findings from the VA Normative Aging Study. *Nicotine Tob Res.* 2002;4(1):95–100.
94. Visser RO De, Venables S, Fairhurst A, Lawson K, Sundin J. What factors are important in smoking cessation and relapse in women from deprived communities ? A qualitative study in Southeast England. *Public Health.* 2016;134:39–45.
95. Villanti AC, Manderski MTB, Gundersen DA, Steinberg MB, Delnevo CD. Reasons to quit and barriers to quitting smoking in US young adults. *Fam Pract.* 2016;33(2):133–9.
96. Pizacani BA, Martin DP, Stark MJ, Koepsell TD, Thompson B, Diehr P. A prospective study of household smoking bans and subsequent cessation related behaviour: the role of stage of change. *Tob Control.* 2004;13:23–8.
97. Turner J, McNeill A, Coleman T, Bee JL, Agboola S. Feasibility of offering nicotine replacement therapy as a relapse prevention treatment in routine smoking cessation services. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:38.
98. Mottillo S, Filion KB, Bélisle P, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J.* 2009;30(6):718–30.
99. Sussman S, Sun P, Dent CW. A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Heal Psychol.* 2006;25(5):549–57.
100. Shiffman S, Gwaltney CJ, Balabanis MH, Liu KS, Paty JA, Kassel JD, et al. Immediate antecedents of cigarette smoking: An analysis from ecological momentary assessment. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(4):531–45.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Yasemin Gören

Doğum yeri ve tarihi: 04/06/1990 - Zonguldak

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: yasemnunsal@gmail.com - 0537 265 06 23

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2016-2019: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği - ANKARA

2008-2014: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi - BURSA

2004-2008: Nermin Mehmet Çekiç Anadolu Lisesi - ANKARA

1996-2004: Nedret-Arif İlköğretim Okulu - ANKARA

III- Ünvanları

IV- Mesleki Deneyimi

2015-2016: Zonguldak Devrek Devlet Hastanesi Acil Servis – Pratisyen Hekim

2016-2019: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği – Asistan Hekim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Yok

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: Yok

VII- Bilimsel Etkinlikleri: Yok

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

- İş Yeri Hekimliği
- Rahim İçi Araç Uygulama Kursu
- Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi
- Gençlik ve Tütün Kontrolü Sempozyumu
- Bağımlılık ve Eş Zamanlı Gelişen Sorunların Gelişmesinde Dayanıklılığın Geliştirilmesi Katılım Sertifikası
- Tanıdaki Asistanınız Görüntüleme Kursu
- 11. İstanbul Aile Hekimliği Kongresi

- 1.Diyabet Yönetimi Sempozyumu
- 3.Diyabet Tedavisi Sempozyumu
- Diyabet tedavisi sempozyumu
- Tiroid Hastalıkları Kursu
- 10. Aile Hekimliği Güz Okulu
- 11.Aile Hekimliği Güz Okulu
- 5.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi
- II. Türkiye EKMUD Erişkin Bağışıklama Akademisi
- 1.Ulusal Sigara Bırakma Kongresi

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar

1. Ulusal Sigara Bırakma Kongresi

Diğer üyelikleri: Yok.

EKLER

EK 1. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
SBÜ Ankara Numune SUAM
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E.Kurul –E-18-2198

2198-no’lu çalışma

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği’nden “Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği’ne 2016 Mayıs -2017 Mayıs Tarihleri Arasında Başvuran Ve 1 Yıllık Süreçte Sigara Bırakma Tedavisi Başarısızlıkla Sonuçlanan Hastalarda Relaps Nedenlerinin İncelenmesi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

09/08/2018


Prof. Dr. Hürrer Bodur
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne 2016 Mayıs -2017 Mayıs Tarihleri Arasında Başvuran Ve 1 Yıllık Süreçte Sigara Bırakma Tedavisi Başarısızlıkla Sonuçlanan Hastalarda Relaps Nedenlerinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Numune SUAM Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Talatpaşa Bulvarı No:5 Kat:1 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 508 59 10
	FAKS	3125084938
	E-POSTA	aneahetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr.Tijen Şengezer			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Numune SUAM			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
Diğer ise belirtiniz: Retrospektif Çalışma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza: 

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne 2016 Mayıs -2017 Mayıs Tarihleri Arasında Başvuran Ve 1 Yıllık Süreçte Sigara Bırakma Tedavisi Başarısızlıkla Sonuçlanan Hastalarda Relaps Nedenlerinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
	DİĞER:	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2198/2018	Tarih: 09.08.2018					
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Numune SUAM Aile Hekimliği Kliniği'nden Doç. Dr.Tijen Şengezer sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr.Yasemin Gören'in tezi olan "Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne 2016 Mayıs -2017 Mayıs Tarihleri Arasında Başvuran Ve 1 Yıllık Süreçte Sigara Bırakma Tedavisi Başarısızlıkla Sonuçlanan Hastalarda Relaps Nedenlerinin İncelenmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Hürrem BODUR					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza	
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahi	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Işıl ÖZKOÇAK TURAN	Anestezi ve Reanimasyon	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Sezer KULAÇOĞLU	Patoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		
Prof.Dr. Özlem EVREN KEMER	Göz Hastalıkları	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Altuğ TUNCEL	Üroloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç. Dr. Doğan UNCÜ	Tıbbi Onkoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		
Doç. Dr. Tanju TÜTÜNCÜ	Genel Cerrahi	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐		

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne 2016 Mayıs -2017 Mayıs Tarihleri Arasında Başvuran Ve 1 Yıllık Süreçte Sigara Bırakma Tedavisi Başarısızlıkla Sonuçlanan Hastalarda Relaps Nedenlerinin İncelenmesi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-							
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm.Dr.Şeniz S. SULUBULUT	Tıbbi Farmakoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	RAPORLU
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Selma KOBAL	İş İdaresi	Emekli	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza:



EK 2. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?
 - a) En çok 10 tane (0)
 - b) 11-20 tane (1)
 - c) 21-30 tane (2)
 - d) 31 tane (3)
2. Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?
 - a) En çok 5 dakika (3)
 - b) 6-30 dakika (2)
 - c) 31-60 dakika (1)
 - d) 60 dakikadan fazla (0)
3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?
 - a) Evet (1)
 - b) Hayır (0)
4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?
 - a) Günün ilk sigarası (1)
 - b) Diğer herhangi biri (0)
5. Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?
 - a) Evet (1)
 - b) Hayır (0)
6. Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?
 - a) Evet (1)
 - b) Hayır (0)

EK 3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevap dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 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) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden 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 kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi 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 ağlayabiliyordum ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi 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 yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyum 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) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım 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 taslandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgisimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgisim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıp sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK 4. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ'NE 2016 MAYIS - 2017 MAYIS TARİHLERİ ARASINDA BAŞVURAN VE 1 YILLIK SÜREÇTE SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ BAŞARISIZLIKLA SONUÇLANAN HASTALARDA RELAPS NEDENLERİNİN İNCELENMESİ

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli katılımcı,

Yapmayı planladığımız çalışmanın amacı sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların genel özelliklerini belirlemek ve sigara bırakma tedaviniz sırasında başarısızlığa yol açan etkenleri tespit etmektir.

Sigara bağımlılığı bir çok hastalığın oluşmasında en büyük etkidir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Sigara kullananların büyük çoğunluğu sigara bırakmayı istese de, sigarayı bırakma ve sigara içmeme davranışını sürdürme oranları oldukça düşüktür. Sigara bırakma başarısının önünde bir çok engel bulunmaktadır, bu engellerin tespit edilmesi ve sigaraya yeniden başlamanın önüne geçilmesi sizlerin sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Çalışmamız sigara bırakma tedavisi sonrasında sigaraya yeniden başlama oranlarını azaltmayı ve riskli durumları erkenden belirlemeyi amaçlamaktadır.

Anketi cevaplamak yaklaşık 5 dakikanızı alacaktır. Anketimiz kişisel bilgileri içermektedir. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır, herhangi bir yaptırımı olmaksızın istediğiniz zaman araştırmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak olup, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır. Arzu ederseniz çalışma sonuçları tarafınıza iletilecektir. Sizden istenilen her soruyu dikkatlice dinleyip sizin için uygun olan cevabı vermenizdir.

Yanıtlarınız konuyla ilgili sorunların saptanmasına ve çözüm üretilmesine katkı sağlayacaktır.

() Katılımcıya bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamalar anlatıldı. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızasıyla katılmayı kabul ediyor.

() Kabul etmiyor

Kabul etmiyorsa nedeni

**EK 6. SİĞARA BIRAKMA DURUMLARI DEĞERLENDİRME
ANKETİ**

**SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN VE 1 YILLIK SÜREÇTE
SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİ BAŞARISIZLIKLA SONUÇLANAN
HASTALARDA RELAPS NEDENLERİN İNCELENMESİ
ADLI TEZ ÇALIŞMASI ANKET FORMU**

Dosya No:

1) Güncel sigara kullanım durumunuz nedir?

- a) bırakmadım b) bırakıp yeniden başladım c) bıraktım

2) Sigara Bırakma Polikliniğimize kaç kez başvurduunuz?

- a) 1 b) 2-5 c) 6-10 d) >10

3) Tedavi için hangi yöntemi kullandınız?

- a) psikoterapi b) champix c) zyban d) NRT e) kombine tedavi

4) Tedavinin kaçınıcı gününde sigarayı bıraktınız?

- a) <8 b) 8-14 c) 15-30 d) >30

5) Tedaviyi ne kadar süre kullandınız?

- a) <4 hafta b) 4-7 hafta c) 8-12 hafta d) 12 hafta ve üzeri

6) Tedaviyi yarıda bırakma kararı kim tarafından verildi?

- a) kendi kararı b) doktor önerisi nedeni:

7) İlk sigaranızı sigara bırakma gününden ne kadar süre sonra içtiniz?

- a) <1 ay b) 1-3 ay c) 4-6 ay d) 7-12 ay e) >1 yıl

8) Yeniden sigara içmenize sebep olan olay neydi?

- a) üzüntü b) stres c) öfke d) sosyal ortam
e) şiddetli yoksunluk f) diğer

9) Tedavi sırasında önerilen davranış değişikliklerini uygulayabildiniz mi?

- a) her zaman b) bazen c) hiç

10) Önerilen davranış değişikliklerinden hangilerini uygulamakta zorlandınız?

- a) çay-kahve b) ikram reddi c) kapalı alan yasağı d) sadece
sigara içme e) diğer f) zorluk yok

11)Tedavi sırasında herhangi bir yan etki görüldü mü? Eğer yan etki yaşadığınız hangi yan etkiler görüldü?

- a) görülmedi b) bulantı c) uyku bozukluğu d) gastrik şikayetler
e) anormal rüya f) alerji g) diğer

12)Yan etki görülmesi tedaviyi yarıda bırakmanıza neden oldu mu?

- a) evet b)hayır

13)Şu an tükettiğiniz günlük sigara adedi nedir?

- a) 1-5 b) 6-10 c) 11-20 d) 21-30 e) >30

14)Sigarayı yeniden bırakmak istiyor musunuz?

- a) evet b) hayır

15)Ne zaman bırakmayı düşünüyorsunuz?

- a) <1 ay b) 1-3 ay c) 4-12 ay d) >12 ay

16)Tekrar bırakmanızın önündeki engel sizce nedir?

- a)engel yok b) üzüntü a)stres c) irade
d)alışkanlık e) diğer(.....)

17)Sizce sigara bırakmak bir irade problemi midir?

- a)evet b) hayır c) fikrim yok

18.soruya sadece sigarayı bırakmış olan bırakıp yeniden başlamış olan hastalarla devam edilecektir.

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

18)Tedavinizin başarısında en önemli etken sizce nedir?

- a)ilaç desteği b) motivasyon c) sağlık kaygısı
d) sosyal destek e) diğer(.....)

19)Sigara bırakma sonrasında yaşadığınız olumsuz değişiklikler nelerdir?

- a) yok b)kilo artışı c) ağız yarası d) sinirlilik e) diğer(.....)

20)Sigara bırakma sonrasında yaşadığınız olumlu değişiklikler nelerdir?

- a) fiziksel performans artışı b) cilt rengi değişimi c)diş rengi değişimi
d)tat-koku duyusu artışı e)özgürlük hissi f)diğer(.....)

21)Sigara içme isteğiniz oluyor mu? Oluyorsa ne sıklıkta?

- a)hayır b) her gün c) haftada 3-4 kez d) haftada bir e) ayda bir f)>1 ay

22)Sigarayı aklınıza getiren en önemli sebepler nelerdir?

- a)çay-kahve b) alkol c) stres
d) yemek sonrası e)öfke f) sosyal ortam g) diğer(.....)
h)yok

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.



EK 7. ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ'NE 2016 MAYIS - 2017 MAYIS TARİHLERİ ARASINDA BAŞVURAN VE 1 YILLIK SÜREÇTE SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ BAŞARISIZLIKLA SONUÇLANAN HASTALARDA RELAPS NEDENLERİNİN İNCELENMESİ

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli katılımcı,

Yapmayı planladığımız odak grup görüşmesinin amacı sigara bırakma tedaviniz sırasında başarısızlığa yol açan etkenleri tespit etmektir.

Sigara bağımlılığı bir çok hastalığın oluşmasında en büyük etkindir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Sigara kullananların büyük çoğunluğu sigara bırakmayı istese de, sigarayı bırakma ve sigara içmeme davranışını sürdürme oranları oldukça düşüktür. Sigara bırakma başarısının önünde bir çok engel bulunmaktadır, bu engellerin tespit edilmesi ve sigaraya yeniden başlamanın önüne geçilmesi sizlerin sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Odak grup görüşmeleri küçük gruplar halinde yapılan, katılımcıların birbirleriyle etkileşimde bulunarak fikirlerini özgürce paylaşılabilirdiği tartışılan konunun derinlemesine anlaşılmasını sağlayacak bir araştırma yöntemidir.

Katılacağınız odak grup görüşmesi 5-6 kişiden oluşmaktadır. Görüşmeler sırasında hem yazılı olarak not tutulacak olup hem de konuşmaların görüşme bittikten sonra değerlendirilebilmesi amacıyla ses kaydı yapılacaktır.

Odak grup görüşmeleri ortalama 60 dk olarak planlanmış olup 45-90 dk arasında değişebilecektir.

Çalışmaya katılım isteğe bağlıdır, herhangi bir yaptırımını olmadan istediğiniz zaman çalışmadan/görüşmeden ayrılabilirsiniz. Elde edilen veriler yalnızca araştırma amaçlı kullanılacaktır. Bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır.

Yanıtlarınız konuyla ilgili sorunların saptanmasına ve çözüm üretilmesine katkı sağlayacaktır.

() Katılımcıya bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamalar anlatıldı. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızasıyla katılmayı kabul ediyor.

() Kabul etmiyor

Kabul etmiyorsa nedeni

EK 8. ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ SORU FORMU ÖRNEĞİ

- 1) İnsanlar neden sigara içer? Sigara içmek bir hastalık mıdır? Nasıl bir hastalıktır?
- 2) Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almak konusunda ne düşünüyorsunuz?
- 3) Sigara içmeye tekrar başlamanın, hastalığın nüks etmesinin nedenleri nelerdir?
- 4) Sigarayı bıraktıktan sonra tekrar ilk sigaranızı içtiğiniz ana geri dönelim, lütfen gözlerinizi kapatın ve o anı yaşayın. Neler hatırlıyorsunuz, ne hissediyorsunuz?
- 5) O ilk sigarayı içtiğinizde sigara içmeye devam edeceğinizi düşündünüz mü?
- 6) Ne olsaydı “o ilk sigarayı” içmezsiniz?
- 7) Tedavi alırken nüksler konusunda bilgilendirildiniz mi? Bilgilendirilmenin işe yaradığını ya da yarayacağını düşünüyor musunuz?
- 8) Sigara içmemeyi sürdürmenizde önünüzdeki engeller neydi?
- 9) Sigara içme isteğiniz ne sıklıkta, hangi durumlarda ve ortamlarda geldi? Nasıl baş ettiniz? (ya da baş edemediniz?)
- 10) Sigarayı tekrar bırakmak istiyormusunuz? Bunun için herhangi bir planınız var mı? (1 ay, 6 ay...)

EK 9. S.B.Ü. TEZ ONAY FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	YASEMİN GÖREN
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal)	AİLE HEKİMLİĞİ
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	ANKARA NUMUNE SUAM

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr Seçil ARICA

e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	01.02.2019
Karar No:	133
Tez Konusu:	(X) Uygundur. () Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur () Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. () Uygun değildir.

Ek:

1-Tez konusu onay formu

2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı	Yasemin GÖREN
Kurumu	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği
	DEĞERLENDİRME
*Araştırma/Tez Konusu (StudyTitle)	ZA: Uygun dur.
1-Araştırma Sorusu (Research problem)	ZA:Uygun dur.
2-Arka Plan ve Gerekeçe (Background/rationale)	ZA:Uygun dur.
3-Araştırma amacı (Objectives)	ZA:Uygun dur.
4-Hipotez (Hypothesis)	ZA:H0 olumsuzluk hipotezi, H1 olumluluk hipotezi şeklinde gruplanabilirdi. Ancak bu şekilde de uygun dur.
5-Araştırma türü/tasarım (Study Design)	ZA:Uygun dur.
6- Araştırma yeri (StudySetting/ Location)	ZA:Uygun dur.
7- Araştırmaya katılanlar/denekler (StudyPopulation)	ZA:Uygun dur.
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (PrimaryandSecondaryOutcome)	ZA:Uygun dur.
9- Araştırma Süreçleri (Studyprocedures)	ZA:Uygun dur.
10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size andstatisticalpower)	ZA:Uygun dur.
11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods)	ZA:Uygun dur.
12-Etik Öngörü (EthicalConsiderations)	ZA:Uygun dur.
13- Anahtar kelimeler (Keywords)	ZA:Uygun dur.
Hakemin kararı	(X) Tez konusu uygun dur. (.....) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygun dur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (.....) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI: KURUMU: TARİH:	Uzm.Dr.Zeynep AŞIK SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Başasistanı

*Bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

**Lütfen değerlendirmelerinizi açıklayınız.

TEZ KONUSU ONAY FORMU (V.3)

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı:	Yasemin Gören
Telefon:	05372650623
E-Posta:	yasemnunsal@gmail.com
Uzmanlık Dalı:	Aile Hekimliği
Eğitim Kurumu:	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	05.02.2016
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	05.02.2019
Program Yöneticisinin Adı Soyadı:	Adem Özkara
Tez Danışmanının Adı Soyadı:	Tijen Şengezer

Araştırma/Tez Konusu (Study Title)

Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran ve 1 yıllık süreçte sigara bırakma tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan hastalarda relaps nedenlerinin incelenmesi

1-Araştırma Sorusu (Research problem)

Sigara bırakma tedavisi sonrası relapslara neden olan faktörler nelerdir?

2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale)

Sigara kullanımı önlenabilir mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyadaki yaklaşık 1 milyar insan sigara kullanmaktadır, bu sayının 2025 yılına kadar 1.6 milyarın üzerine çıkması beklenmektedir. Sigara kullanımı, tüm dünyada her 10 erişkinden birinin ölüm nedeni olarak belirtilmektedir.

Bunun yanında, sigara kullananların %70'i sigarayı bırakmak istemekte, %40'tan fazlası geçen 1 yıl içinde sigara bırakmayı denemiş, %35,4'ü de gelecekteki 1 yıl içinde sigara bırakmayı düşünmektedir. Bu bulgu sigara içenlerin önemli bir bölümünün sigara bırakma konusunda istekli olduğunu göstermektedir. Bu kişilere sigara bırakmaları yönünde destek sağlanması sigarayla mücadele bakımından önem taşımaktadır. Ancak en iyi sigarayı bırakma tedavilerinin ardından bile, 1 yıl sigaradan uzak durmanın ardından, insanların %40'ının sigara kullanmaya yeniden başladığı, sigarayı kendileri bırakmayı deneyen bağımlılarda ise yeniden başlama oranının %97 olduğu görülmektedir.

Ülkemizde Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2015-2018 raporunda tütün ürünlerine olan talebin azaltılmasına yönelik önlemler başlığı altındaki amaçlardan biri de sigarayı bırakmanın yaygınlaştırılması, tütün bağımlılığı tedavisinde ve tekrar başlamayı önlemede başarı yüzdesinin yükseltilmesidir.

Bu bağlamda araştırmamız, elde edilecek olan nicel veriler ve ardından yapılacak odak grup görüşmelerinde elde edilecek nitel verilerin birlikte incelenmesiyle relaps riskini artıran etkilerin netleştirilmesi; tedavi başarı oranlarının artırılması ve relaps oranlarının azaltılması açısından önem arz etmektedir.
3-Araştırma amacı (Objectives) 1 yıl içinde Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastaların genel özelliklerinin ve sigara bırakma durumlarına etki eden faktörlerin değerlendirileceği bu çalışmada, elde edilecek verilerle relaps nedenlerini belirlemek ve potansiyel relapsları önlemek amaçlanmaktadır.
4-Hipotez (Hypothesis) Sigara bırakma tedavisi alan hastaların sigara bırakma oranları ile öfke kontrolü becerileri arasında olumlu bir ilişki vardır. Sigara bırakma tedavisi sırasında önerilen davranış değişikliklerini uygulayabilen hastalar sigara bırakmada daha başarılı olmaktadır. Sigara bırakma tedavisi sırasında sosyal çevreden destek alıyor olmak başarıyı artırmaktadır. Evde veya işyerinde sigara içen kişi varlığı ile kapalı alanlarda sigara içimine maruz kalıyor olmak başarı oranlarını azaltmaktadır. Sigara kullanan hastaların sigara bırakmayı irade problemi olarak görmeleri sigarayı bırakmalarında önemli bir engel oluşturmaktadır. Depresyon düzeyi yüksek hastalarda sigara bırakma tedavisi başarı oranları azalmaktadır.
5-Araştırma türü/tasarım (Study Design) Araştırma karma tipte planlanmıştır. Nicel ve nitel olarak iki aşaması mevcuttur. Nicel veriler hastaların sigara bırakma poliklinik dosyalarından ve araştırmaya özel olarak hazırlanmış anket formuyla elde edilecektir. Nitel veriler ise fokus grup görüşmelerinden elde edilecektir.
6- Araştırma yeri (Study Setting/ Location) SBÜ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği
7- Araştırmaya katılanlar/denekler (Study Population) Çalışmaya 2016 Mayıs-2017 Mayıs tarihleri arasında SBÜ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar dahil edilecektir. Anket doldurulması için görüşme yapmak istemeyen ya da ulaşılamayan hastalar çalışmaya dahil edilmeyecektir. Fokus grup görüşmelerine dahil edilecek katılımcılar ise anket formunu dolduran ve fokus grup görüşmesine gönüllü olarak katılmak isteyen kişiler arasından rastgele seçilerek dahil edilecektir.
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (Primary and Secondary Outcome) Hasta dosyalarının taranmasıyla; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, başvuru sebebi, sigaraya başlama yaşı, sigaraya başlama nedeni, sigara tüketimi(paket/yıl), sigarayı bırakmak isteme nedeni, daha önce bırakmayı deneyip denemediği, daha önce bırakmayı denediyse karşılaştığı güçlükler, evde

birlikte çalıştığı kişilerin sigara içip içmediği, işyerinde kapalı alanda sigara içilip içilmediği, alkol kullanımı ve miktarı, sigara içme isteğini artıran nedenler, bilinen hastalıklar, fagerström nikotin bağımlılık düzeyleri, beck depresyon ölçeği ve beck anksiyete ölçeği verileri gibi parametrelere bakılacaktır.

Ulaşılan hastaların sigara bırakma durumlarının değerlendirildiği anket formuyla; sigarayı bırakmış olanlara ve sigaraya yeniden başlamış veya hiç bırakamamış hastalarda farklı parametreler değerlendirilecektir. Sigarayı bırakmış olanlara; tedavi başarısında en önemli etken, sigara bırakma sonrası yaşanan değişiklikler, sigara içme isteme sıklığı ve şiddeti, sigarayı bırakmanın zorluk derecesi vb.; sigarayı hiç bırakamamış veya yeniden başlamış olanlara; ilk sigaranın, bırakma gününden ne kadar süre sonra içildiği, relapsa sebep olan olay, sigara tüketim miktarı, yeniden bırakmak isteyip istememe, tekrar bırakmanın önündeki engeller, sigaraya başlamadan önce sigara içilen ortamlarda bulunup bulunmadığı vb.. sorulacaktır. Her iki grupta ortak bakılacak parametreler ise poliklinik başvuru sayısı, tedavinin kaçmıcı günü sigarayı bıraktığı, tedaviyi ne kadar süre kullandığı, tedavi sırasında yan etki görülüp görülmediği, çevreden destek alıp almadığı, evde içen kişi varlığı, tedavi sırasında önerilen davranış değişikliklerini uygulayıp uygulayamadığı, sigara bırakmayı irade problemi olarak düşünme vb parametrelere bakılacaktır.

Odak grup görüşmelerinde konuşulacak konu başlıkları/yönlendirici olarak hazırlanan sorular ise;

“ -Sigarayı neden bırakmak istiyorsunuz/neden bıraktınız?

-Sigarayı bırakmayı daha önce denediniz mi/kaç kez denediniz?

-Sizce sigara içilmesinin nedeni nedir?

-Tedaviniz sırasında sigara içmeyi tetikleyen en sıkıntılı anlar nelerdi?

-Relaps yaşamınıza neden olan olay neydi?

-Sigara içme isteği ilk tetiklendiğinde ne olsaydı relaps yaşamazdınız?

-Sigara bırakma polikliniğimize son başvuru zamanınız ve relaps arasındaki süre nedir?

-Sizin için tedavi sürecinde başarıya/başarısızlığa etki eden önemli olduğunuzu düşündüğünüz bir konu var mı?

- Katıldığımız odak grup görüşmesi sizin için faydalı oldu mu? ”

olarak planlanmıştır.

9- Araştırma Süreçleri (Study procedures)

Araştırma hem kantitatif hem kalitatif mix bir araştırma olarak planlanmıştır.

2016 Mayıs - 2017 Mayıs tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastaların ilk poliklinik başvuruları esnasında doldurdıkları başvuru formundan oluşan dosyaları taranacak olup hastaların tedavi sonrası sigara kullanım durumları öğrenilecektir. Hastalara dosyalarında bulunan iletişim bilgileri kullanılarak ulaşılabilecektir.

Ulaşılan tüm hastalara sigara bırakma durumlarının değerlendirildiği anket formu telefonla uygulanacaktır. Yaklaşık 200 hastaya anket uygulanacak olup anket uygulanan hastalar içerisinde rastgele seçilecek toplamda yaklaşık 30 katılımcıyla 5-6 kişiden oluşması planlanan 5-6 fokus grup görüşmesi yapılması planlanmaktadır. Fokus grup görüşmelerinin sigaraya yeniden başlamış olan hastalarla yapılması planlanmaktadır. En az 6 aydır sigara kullanmayan hastalar sigarayı bırakmış olarak kabul edilecektir. Fokus grup görüşmeleri hazırlanan fokus grupta konuşulacak konu başlıkları rehberliğinde

ilerleyecektir. Fokus grup görüşmeleri sırasında yardımcı araştırmacı tarafından ses kaydı tutulacaktır. Moderatör olarak tez danışmanından destek alınacaktır. Fokus grup görüşmelerinin süresi 45-90 dk olarak planlanmıştır. Gerekli görülen kişilerle odak grup sonrası bireysel görüşmeler sonucu elde edilen veriler bulgular kısmına eklenecektir.
10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size and statistical power) Kalitatif çalışmalar için bir örneklem büyüklüğü ve güç analizi çalışmasına ihtiyaç yoktur. Ancak ilk aşamada yapılacak kantitatif çalışma için bir yıl içinde sigara tedavisi ile sigarayı bırakma tedavisi için poliklinikte izlenen popülasyonun 236 kişi olduğu düşünüldüğünde % 5 hata payı ve % 95 güvenilirlikle hesaplanan örneklem büyüklüğü 147 kişi olarak belirlenmiştir.
11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods) Sigara bırakma polikliniğine başvuruları sırasında tutulan hasta dosyaları taranarak ve hastalarla görüşülerek elde edilecek anket verileri, IBM SPSS Statistics 22 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilecektir. Tanımlayıcı istatistikler, yüzdelikler, ortalama olarak verilecektir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare analizi, bağımlı değişkeni etkileyen risk faktörlerini belirlemede Lojistik Regresyon Analizi kullanılacaktır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.
12-Etik Öngörü (Ethical Considerations) Araştırmamız Helsinki deklarasyonu ve İyi Klinik Uygulama ilkelerine uygundur. Denek araştırma etik kuralları ile çelişmeyecektir.
13- Anahtar kelimeler (Key words) Sigara, sigara bırakma, sigara bırakma tedavisi, relaps

Tijen Şengezer
Kontrol edilmiştir ve uygundur.

