



T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ SİĞARA
BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ'NE 2022 YILINDA BAŞVURAN
HASTALARIN SİĞARA BIRAKMA ORANLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

DR. AYŞE ERCAN

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

SİVAS

2023



**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ SİGARA
BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ'NE 2022 YILINDA BAŞVURAN
HASTALARIN SİGARA BIRAKMA ORANLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

**Dr. Ayşe ERCAN
UZMANLIK TEZİ**

**Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ**

**SİVAS
2023**

ONAY SAYFASI

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL

Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA

Dr. Öğr. Üyesi Elif ERDOĞDU CEYLAN

Bu tez, ...tarih ve sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet ALİM

Tıp Fakóltesi Dekanı



Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010 / 1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Bu tez bu yönetmelik hükümlerine göre yazılmıştır.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi aldığım süre boyunca engin tıbbi bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, eğitimime büyük katkı sağlayan, tez danışmanım ve Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL' e,

Asistanlık dönemim boyunca bilgi ve tecrübelerini her fırsatta bizlerle paylaşan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Sanem NEMMEZİ KARACA' ya,

Değerli vaktini bana ayıran saygıdeğer Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Dr. Öğr. Üyesi Ziyne ÇINAR' a,

Tez sürecimde moral ve motivasyon desteği veren değerli uzman ve asistan arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim canım annem başta olmak üzere tüm aileme ve Talha Bey' e,

Teşekkür ederim...

ÖZET

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE 2022 YILINDA BAŞVURAN HASTALARIN SİGARA BIRAKMA ORANLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Dr. Ayşe ERCAN, Cumhuriyet Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı,
Sivas, 2023**

Çalışmamız sigarayı bırakmak için Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran hastaların; sosyodemografik özelliklerini belirlemek, sigara bırakmaya etki eden faktörleri değerlendirmek, kullanılan tedavi yöntemlerinin sigara bırakmadaki başarı düzeylerini belirlemek ve polikliniğimizdeki sigara bırakma oranlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında polikliniğimize başvurmuş olan hastalar arasından, telefonla aranarak anketimiz hakkında bilgilendirme yaptıktan sonra çalışmamıza katılmayı kabul eden ve tedaviyi kullanmaya başlayan 453 hasta çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların demografik özellikleri, sigara içme özellikleri, Fagerström nikotin bağımlılık düzeyi ve verilen tedavi yöntemi kaydedildi. Katılımcıların tedavi sonrası ve şu anki sigara içme durumları İstatistiksel analiz Statistical Package for Social Sciences Version 22.0 (SPSS-22.0) programı kullanılarak değerlendirildi. Değerlendirilen 453 hastanın 291'i (%64.2) erkek, 162'si (%35.8) kadın, 298'i (%65.8) evli, 155'i (%34.2) bekardı. 277'sinin (%61.1) yaşı 25-45 aralığındaydı. Hastaların verilen tedavi sonucunda 1 aylık bırakma oranı %40.1, 3 aylık bırakma oranı %31.7, 6 aylık bırakma oranı %26.0, 1 yıllık bırakma oranı %25.0 olarak tespit edildi. Başvuru yaşı, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk sayısı, meslek, Fagerström nikotin bağımlılık test puanı, sigara paket/yılı, günlük içilen sigara sayısı ile sigara bırakma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark görülmedi. Cinsiyetle sigara bırakma ilişkisine bakıldığında erkeklerin kadınlara göre sigara bırakma başarısının yüksek olduğu görüldü ($p=0.029$). Sigara başlama yaşı düştükçe sigara bırakma başarısının arttığı tespit edildi ($p=0.021$).

Başlanılan tedavi yöntemini kullanma süreleriyle bırakma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde tedaviyi kullanma süresi arttıkça sigara bırakma başarısı da artmıştır ($p=0.001$).

Çalışmamızda yer alan sigarayı bırakan 182 hastanın başlanılan tedavi yöntemini kullanma süreleriyle sigarayı bırakma devamlılığı arasındaki ilişki incelendiğinde, tedaviyi kullanma süresi 1 aya ulaşanların sigara bırakma devamlılığı, tedaviyi 1 aydan az kullananlara göre daha yüksek bulundu ($p<0.001$). Hastaların telefonla aranmasının sigara bırakma başarısını artırdığı belirlendi ($p=0.005$). Hastaların bırakma sürecinde destek almalarının sigara bırakma başarısını olumlu etkilediği görüldü ($p<0.001$). Alkol kullanımı ile sigarayı bırakma durumu arasında ise anlamlı fark görülmedi. Spor yapan bireylerin sigara bırakma başarısı daha yüksek bulundu ($p=0.001$). Yaşadığı ortamda sigara içilen hastaların sigara bırakmama oranı daha yüksek bulundu ($p<0.001$).

Sigara bırakma ilaçlarının ücretsiz verilmesi, sigara bırakma konusunda profesyonel destek alma düzeylerini yüksek ölçüde artırmıştır. Bırakmada kullanılan tedavi yöntemlerinden daha çok birey haberdar olmuş, bırakma girişiminde bulunan birey sayısı artmıştır. Benzer kampanyaların artması, sigara bırakma girişimlerini ve başarılarını da artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Sigarayı bırakma, tütün, bağımlılık, sigara bırakma tedavileri

ABSTRACT

SMOKING CESSATION RATES OF THE PATIENTS WHO APPLIED TO THE SMOKING CESSATION POLYCLINIC OF SİVAS CUMHURİYET UNIVERSITY HEALTH SERVICES APPLICATION AND RESEARCH HOSPITAL IN 2022 AND AFFECTING FACTORS

**Ayşe ERCAN MD, Cumhuriyet University, School of Medicine, Department of
Family Medicine, Sivas, 2023**

Our study included patients who applied to our outpatient clinic between January 2022 and December 2022 to quit smoking; The aim of this study was to determine the sociodemographic characteristics, to evaluate the factors affecting smoking cessation, to determine the success levels of the treatment methods used in smoking cessation and to examine the smoking cessation rates in our outpatient clinic.

Among the patients who applied to our polyclinic between January 2022 and December 2022, 453 patients who accepted to participate in our study and started using the treatment after they were informed about our survey by phone were included in the study. Demographic characteristics of the participants, smoking characteristics, Fagerström nicotine addiction level and the treatment method given were recorded. The post-treatment and current smoking status of the participants were evaluated using the Statistical Analysis Statistical Package for Social Sciences Version 22.0 (SPSS-22.0) program. Of the 453 patients evaluated, 291 (64.2%) were male, 162 (35.8%) were female, 298 (65.8%) were married, and 155 (34.2%) were single. The age of 277 patient (61.1%) was between 25-45 years. As a result of the treatment given, the 1-month quit smoking rate was 40.1%, the 3-month quit smoking rate was 31.7%, the 6-month quit smoking rate was 26.0%, and the 1-year quit smoking rate was 25.0%. When the relationship between admission age, marital status, education level, number of children, occupation, Fagerström nicotine addiction test score, pack/year of cigarettes, number of cigarettes smoked per day and smoking cessation status was examined, no significant difference was observed. When the relationship between gender and smoking cessation was examined, it was seen that the success of smoking cessation was higher in men than in women ($p=0.029$). It was determined that the

success of smoking cessation increased as the age of onset of smoking decreased ($p=0.021$).

When the relationship between the duration of using the treatment method and quitting status was examined, the success of smoking cessation increased as the duration of using the treatment increased ($p=0.001$).

When the relationship between the duration of using the treatment method and the continuity of smoking cessation in 182 patients in our study who quit smoking was examined, the persistence of smoking cessation was found to be higher in those who used the treatment for less than 1 month ($p<0.001$).

It was determined that calling the patients by phone increased the success of smoking cessation ($p=0.005$). It was observed that the support of the patients during the quitting process had a positive effect on the success of smoking cessation ($p<0.001$). There was no significant difference between alcohol use and smoking cessation. The success of quitting smoking was found to be higher in individuals who did sports ($p=0.001$). The rate of not quitting smoking was found to be higher in patients who smoked in their living environment ($p<0.001$).

Providing smoking cessation drugs free of charge has greatly increased the level of professional support for smoking cessation. More individuals became aware of the treatment methods used in quitting, and the number of individuals attempting to quit has increased. Increasing similar campaigns will increase smoking cessation initiatives and success.

Keywords: Smoking cessation, tobacco, dependency, smoking cessation treatments

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR.....	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tütünün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi	3
2.2. Tütün İçeriği Ve Kullanım Şekilleri	4
2.3. Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi	5
2.4.Sigaranın Sağlık Üzerine Olan Etkileri	6
2.4.1.Sigara ile Kanser İlişkisi	6
2.4.2.Sigara ile Solunum Yolu Hastalıkları İlişkisi.....	6
2.4.3. Sigara İle Kardiyovasküler Hastalık İlişkisi	7
2.4.4.Sigara İle Gebelik Ve Fertilite İlişkisi.....	7
2.5. Sigarada Pasif Etkilenim	7
2.6. Tütün Kontrol Politikaları	8
2.7. Nikotin Bağımlılığı.....	9
2.8.Sigarayı Bıraktıktan Sonra Karşılaşılabilecek Problemler	10
2.9. Sigarayı Bıraktıktan Sonra Sağlanabilecek Yararlar	11
2.10. Sigara Kullanan Hastaya Yaklaşım	12
2.10.1. Sigara kullanan ve bırakmak için istekli olan hastalara yaklaşım	12

2.10.3. Sigarayı Bırakmış Olan Hastalara Yaklaşım.....	15
2.11. Sigara Bırakmada Kullanılan Farmakolojik Tedaviler	15
2.11.1. Nikotin Replasman Tedavisi	16
2.11.2. Bupropiyon	18
2.11.3. Vareniklin	19
2.12. Motivasyonel Görüşme	20
2.13. Alternatif Tedaviler.....	20
2.14. Özel Gruplarda Kullanılan Tedaviler	21
3.1. Araştırmanın Özellikleri	23
3.2.İstatiksel Analiz	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyal Yaşam Özellikleri	25
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLAR.....	46

KISALTMALAR

CO: Karbonmonoksit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Amerika Gıda Ve İlaç Örgütü

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

IARC: The International Agency For Research On Cancer

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

M.Ö: Milattan Önce

M-POWER: Monitor, Protect, Offer Warn, Enforce, Raise

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

SR: Sustained Release, Sürekli Salınım

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

TTM: Transteorik Model

TTS: Transdermal Tedavi Sistemi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	10
Tablo 2. Sosyodemografik Özellikler	25
Tablo 3. Sigara Bırakma Sürelerine göre Sigara Bırakma Durumu	26
Tablo 4. Cinsiyet ile Sigara Bırakma Durumu	27
Tablo 5. NRT ile Sigara Bırakma Durumu	27
Tablo 6. Bupropiyonla Sigara Bırakma Durumu	28
Tablo 7. Biyorezonans ile Sigara Bırakma Durumu	28
Tablo 8. Motivasyonel görüşme ile Sigara Bırakma Durumu	29
Tablo 9. Sigara Başlama Yaşı ile Sigara Bırakma Durumu	29
Tablo 10. Spor Yapma İle Sigara Bırakma Durumu	30
Tablo 11. Telefonla Aranma ile Sigara Bırakma Durumu	30
Tablo 12. Destek Alma ile Sigara Bırakma Durumu	31
Tablo 13. Polikliniğe Başvuru Sayısı ile Sigara Bırakma Durumu	31
Tablo 14. Kendine Güven Değeri ile Sigara Bırakma Durumu	32
Tablo 15. Tedavi Yan Etkileri	32
Tablo 16. Kaçamak Nedenleri	33
Tablo 17. Detaylı Sigara Bırakma Durumu	34

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün ürünü kullanmak, tüm dünyadaki hastalık ve ölümlerin ilk sıralarda yer alan sebeplerindendir. Sigara kullanımı dünyada meydana gelen ölümlerin onda birini oluşturmaktadır. Dünyada sigara kullandığı belirlenen yaklaşık 1.5 milyar insanın üçte birinin bulunduğu on ülkeden biri de Türkiye’dir (1). Bu nedenle ülkemizde sigara bırakma konusunda destek sağlamak çok önemlidir. Sigara bırakma amacıyla hizmete sunulmuş olan sigara bırakma birimleri ve bu birimlere müracaat eden birey sayısı zamanla artmaktadır. Ülkemizde sigara içen hastaların bırakmalarına destek sağlamak amacı ile Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında “ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı” kurulmuştur. ALO 171’i arayan hastalar en yakın sigara bırakma birimine yönlendirilmektedirler (2).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) yaptığı Türkiye Sağlık Araştırması’na göre, her gün tütün ürünü kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin sıklığı 2010’da %25.4 iken, 2012’de %23.2’ye gerilemiş, 2014’te %27.3’e yükselmiş, 2016’da %26.5’e gerilemiş ve 2019 yılında %28 olmuştur. 2019 yılı verilerine göre her gün tütün ürünü kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin cinsiyete göre dağılımı erkeklerde %41.3, kadınlarda ise %14.9’dur (3).

Ülkemizde ölüme sık sebep olan kanser ve kalp damar hastalıklarının önemli bir nedeni de sigaradır. 1999-2008 yılları arasında akciğer kanseri sebebiyle ölenlerin oranı ölümlerin %6.3’ ü kadar olmuştur (4).

Sigara bırakma başarısına etki eden faktörler üzerine farklı sonuçlar ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır. Motivasyon ve kararlılık, sosyodemografik özellikler, bağımlılık, psikolojik ve çevresel etmenler, eşlik eden hastalıkların varlığı (kanser, kronik kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer hastalıkları) bırakma başarısına etki eden faktörler arasında yer almaktadır (5).

Sigara kullanan 10 kişiden 7’si sigarayı bırakmayı düşünmektedir (6). Sigara bırakma yöntemleri olarak davranış terapisi, farmakoterapi (nikotin yerine koyma tedavisi, bupropiyon, vareniklin) ve alternatif tedavi yöntemleri (akupunktur, lazer tedavisi, elektrosimülasyon, hipnoz ve otopnoz, biyorezonans, bitkicilik, aromaterapi) kullanılmaktadır (7).

Bizim çalışmamızdaki amaç; aile hekimliği polikliniğimizde yürütmüş olduğumuz sigara bırakma birimize Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran hastalarda; sigara bırakma oranını hesaplamak, bu bırakmaya etki eden

faktörleri belirlemek, kliniğimizde kullanılan farklı tedavi yöntemlerinin (bupropiyon, nikotin replasman tedavisi, biyorezonans yöntemi, motivasyonel görüşme) başarısını karşılaştırmak, hastalarımızın demografik özelliklerini ortaya koymaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütünün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi

Milattan önce 6000 yıllarında tütün tarımının Amerika kıtasında başladığı tahmin edilirken, ilk kez Orta Amerika’da yaşayan Mayalar tarafından milattan önce 1500 yıllarında kullanılmıştır. Tütün yapraklarının sarılması ve ufalanması ile ilkel pipolarla, bazen ağızda çiğneyerek bazen de ciltlerine sürerek kullanıyorlardı. Sonraları tütün üretme ve kullanıma kuzeyde kıızılderililer, güneyde İnkalar tarafından sahiplenilmiştir (8).

Avrupalıların tütün ile ilk tanışması 1492 yılında Christopher Columbus ile olmuştur. Küba’ya giden Columbus, yerlilerin tütün içtikleri görmüş ve saz borusunun adı olan “tobacco” yu keşfetmiştir (9).

Ülkemizde net olmamakla beraber birbirinden farklı tarihler öne sürülmüştür. 1580 – 1612 yılları arasında denizcilik ve ticarete çağın ileri gelenlerinden Venedikliler ya da Hollandalılar tarafından getirildiği, 1600’lü yılların başına kadar tütün gereksiniminin ithalat yoluyla karşılandığını, 1630’lu yıllarda ise Osmanlı İmparatorluğu’nun farklı sancaklarında yetiştirildiği ve 1630’larda IV. Murat’ın tütün kullanımını yasaklayıp, yasağa rağmen kullananların idam ile cezalandırıldığı belirtilmişti (10).

1761 yılında Dr. John Hill tarafından tütün kullanımının hastalık sebebi olduğu tespit edilmiştir (11). 1939 yılında Dr. Ochsner sigara ile akciğer malignitesi ilişkisi tespit edilmiştir (12). Tütün ürünü tüketiminin fazlaşması sebebiyle sigaraya bağlı sağlık sorunlarında da artış görülmüştür. Böylelikle bilim insanları da bu konuda daha fazla bilgi toplamaya çalışmışlar, yönetimdekiler de önlemeye ve yasaklamaya yönelik tedbir almaya yönelmişlerdir (13).

Türkiye’de sigara kullanımına karşı olan derneklerin yoğun emekleri neticesinde 1996 yılında “Tütün ve Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesine” yönelik yasa çıkarılmıştır (14). Daha sonraları solunan havanın temizlenmesi adına bu kanunla değişiklik yapılmış ve böylece tam reklam yasağı gelmiş ve kapalı mekanlarda sigara kullanımı yasaklanmıştır (15). 2004 yılında Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü tarafından ortaya konulan Tütün Kontrolü Çevre Anlaşması’ nı imzalamış, oluşturulan tütün kontrol programı da 2006’ da yürürlüğe girmiştir (16).

2.2. Tütün İçeriği Ve Kullanım Şekilleri

Tütün 65 eşidi olan patlıcangiller familyasına ait nicotiana türünden bir maddedir. En yaygın türleri Nicotiana tabacum ve nicotiana rustica'dır. Nicotiana tabacum dünyadaki tütün üretiminin %90'ını oluşturmaktadır (17).

Bir tütün ürünü çeşidi olan sigara dumanı tütün yaprağının yanmasıyla meydana gelir (18). Sigara içinde yüzlerce değişik çeşitte madde içermektedir ve bu maddeler antijenik, kanserojenik, mutajenik etkilere neden olabilmektedir (19). Sigara dumanındaki partiküllerin çapı 0.2-0.5 mm boyutlarında olup solunabilecek düzeydedirler (18). Ayrıca; kadmiyum, aseton, benzen, tolüen, nikotin, katran sigaranın içeriğinde bulunan kimyasal maddelerden bazılarıdır (19).

Sigara içeriğindeki kimyasal maddelerin büyük bir kısmının kanserojen olduğu, Uluslararası Kansere Araştırmaları Ajansı (The International Agency for Research on Cancer – IARC) tarafından belirlenmiştir (20).

Sigara fazla sayıda madde içermesine rağmen fiziksel bağımlılığa sebep olması yönüyle en fazla öneme sahip madde nikotindir. Her solumayla yaklaşık 50 µg nikotin emilmektedir. Sigara dumanının solunmasıyla nikotin pulmoner kapiller tarafından hızlıca emilip 10-19 saniye süresinde beyne ulaşır. Nikotinin 15-20 dakikalık bir dağılım yarı ömrü ve 60-120 dakikalık bir eliminasyon yarı ömrü vardır (21).

Sigara dışında kalan diğere dumanlı tütün ürünleri nargile, puro, pipo, sigarillo, sarmalıklı tütündür. Sigara ilk zamanlar tütün yaprağına sonraları da ince kâğıda sarılarak içilmiştir. Nargile tütün kullanımına aracılık eden alettir. Nargilenin en önemli üyesi tütündür. Puro, 4-5 adet tütün yaprağının bütün olarak sarılmasıyla elde edilir. Küçük puroya sigarillo adı verilmektedir, puroya göre biraz kısa ve daha ince boyutludur. Pipo, tütün içmede kullanılan, ahşap, taş, metal, cam, kil benzeri yapıda bir üründür. Pipolar özel olarak harmanlanmış, belirli nem miktarı içeren tütün karışımları içerir. Sarmalıklı tütün ise tütünün yanmasını daha kolay hale getirmek için kıyılarak ortaya çıkarılan tütün ürünüdür (13).

Diğere bir dumanlı tütün ürünü olan elektronik sigaralar (e-sigara), görüntü itibari ile sigaraya benzeyen, bir kartuşun içinde propilen glikol ve/veya gliserol içeren bir sıvının buharlaştırılmasıyla duman meydana getiren, pil ile işlem gören cihazlardır. Kartuşun içerisindeki sıvıya tatlandırıcılar ve nikotin katılabilir. E-sigaralarda tütün yanma olayı olmamaktadır. Bu nedenle üreticiler, ortaya çıkan buharda CO ve

sigaradaki diğer zararlı maddelerin ortaya çıkmadığını söylemektedirler. Kartuşlar 0-26 mg arasında değişen oranlarda nikotin içermektedir (22).

Dumansız olan tütün ürünü türleri ise ağızda çiğnenerek veya yanakta emdirilerek kullanılır. Dumansız tütün ürünler temelde enfiye ve çiğneme tütünleri olarak ikiye ayrılır. Bu ürünler de yine nikotin bağımlılığına yol açmaktadır. Ayrıca periodontal rahatsızlıklar ve diş çürükleri gibi ağız boşluğu hastalıkları ve ağız kanserine sebep olabilirler (23).

2.3. Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi

Sigara kullanımı tüm dünyada çeşitli hastalıklara, ölümlere sebep olan problemlerin en başlarında yerini almaktadır. (24). Sigara bağımlılığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bırakıp tekrar başlama döngüleriyle devam eden kronik bir hastalık hali olarak tanımlanmıştır (25).

Dünyadaki ölümlerin her gün 8500 tanesinin sebebi HIV/AIDS, 5000 tanesinin sebebi tüberküloz, 3000 tanesinin sebebi ise sıtmadır. Sosyal olarak bulaşıcı hastalık kategorisinde yer alan tütün tüketimi, tüm ölüm sayıları içinde en üst düzeylere ulaşmaktadır. Her gün dünyada 13.500'den fazla insan, sigaranın neden olduğu hastalıklar sebebiyle yaşamını yitirmektedir (26).

Küresel düzeyde 2000 yılında 15 yaş ve üzeri erkeklerde tütün tüketim oranı %49.3 iken, 2020 yılında %36.7'ye inmiştir. 15 yaş ve üzeri kadınlarda ise tütün tüketim oranı 2000 yılında %16.2 iken, 2020 yılında %7.8'e inmiştir. 2025 yılında bu oranın erkeklerde %34.3, kadınlarda %6.6'ya düşeceği öngörülmektedir (27).

Türkiye'de 2000 yılında 15 yaş ve üzeri erkeklerde tütün tüketimi %52.1 iken, 2020 yılında %42.8'e gerilemiştir. Kadınlarda 2000 yılında oran %14.8 iken, 2020 yılında %18.9'a ilerlemiştir. 2025 yılında ise bu oranın erkeklerde %40.5 ve kadınlarda %19.8 düzeylerinde olacağı öngörülmektedir. İki cinsiyet için ise 15 yaş ve üstü tütün kullanma düzeyi 2020 yılında % 30.5 iken, 2025 yılı için bu oranın %29.9 olması öngörülmektedir (27).

Ülkemizde yürütülen tütün kontrol politikaları sayesinde sigara dumanından pasif etkilenmeye maruz kalanların düzeyi her iki cinste de büyük oranda azalma göstermiştir. Bu azalma tüm devlet dairelerinde sağlanmış; 2008' den sonraki süreçte iş mekanlarında, resmi birimlerde, toplu taşımalarda ve sağlık tesislerinde de sağlanmıştır (28).

KYTA 2016 tespitlerine göre erişkinlerin %4.7'si kamuya ait binalarda, %28'i kafe, çay ocağı gibi ortamlarda, yaklaşık %13'ü yemek yeme yerlerinde sigara dumana ikincil maruziyete uğramaktadırlar. Çalıştığı yerlerde sigara dumana maruz kalan erişkinlerin oranı ise %10.6'dır (4).

2.4.Sigaranın Sağlık Üzerine Olan Etkileri

Sigara dumanındaki toksik maddeler kanın dolaştığı her yere yayılırlar bu nedenle, her organda zarara neden olurlar (29).

Sigara ile ergenlik sürecinde tanışan ve düzenli sigara tüketimi olan bireylerin yarısı sigara kaynaklı hastalıklarla yaşamını yitirmekte ve bunların da yarısı orta yaş dönemlerinde vefat etmektedir. Sigara kullanımı olan bireylerin yaşam beklenti süresi kullanmayanlara kıyasla yaklaşık 20-25 yıl daha azdır (30). Yapılan çalışma sonuçları ile sigaranın kalp damar sistemi hastalıkları, beyin damar sistemi hastalıkları, alt solunum sistemi hastalıkları, KOAH, tüberküloz ve akciğer kanseri açısından tespit edilen en önemli risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (31).

Dünyada her yıl tütün ve tütün ürünü kullanımı nedeniyle meydana gelen sekiz milyon ölümün yaklaşık yedi milyonu tütünün direkt kullanımından, bir milyonu ise pasif maruziyeti kaynaklı olmaktadır. (32).

2.4.1.Sigara ile Kanser İlişkisi

Sigara, ilk sırada akciğer kanseri yer almak üzere kanserlerin üçte birinin oluşmasında rol oynamaktadır. Larinks, farinks, yemek borusu, mide, kalın bağırsak, meme, serviks, pankreas, böbrek ve mesane kanserinin ortaya çıkmasında da etkisi bulunmaktadır (33). Akciğer kanserinin sebepleri arasında yaklaşık %90 oranında sigara dumanına maruz kalmak yer almaktadır. Dolayısıyla akciğer kanserinden korunmak için en önemli metot sigara ile savaşımdır. Akciğer kanseri ortaya çıkma oranı, sigara içilen süre ve günlük içilen sigara miktarının artmasıyla yükselir. Düşük doz bilgisayarlı tomografi çekim yöntemi sayesinde akciğer kanserinde tarama ve erken tanıma noktasında bir kapı açılmıştır. 1 mSv altındaki dozla çekilecek bir tarama programının, 30 paket/yıl sigara kullanmış bireylerde skar tümörlerinin tespiti hususunda yararının olabileceği öngörülmektedir (34,35).

2.4.2.Sigara ile Solunum Yolu Hastalıkları İlişkisi

Sigara solunum sisteminde önemli düzeyde patolojik değişimlere sebep olmaktadır. Sigara dumanından solunan zararlı içerikler inflamasyona yol açmakta,

inflamasyonun beraberinde mukozal farklılaşmalar, mukus tıkaçları ve bu tıkaçlara bağlı fibrozise neden olmaktadır ortaya çıkmaktadır. Bunlar da gelişmesinde sigaranın temel risk unsuru olduğu KOAH' ın ortaya çıkmasına neden olur (36). KOAH, astım, interstisyel akciğer hastalığı gibi birçok solunum sistemi hastalığının sigara tüketimiyle ilişkisi vardır (37).

2.4.3. Sigara İle Kardiyovasküler Hastalık İlişkisi

Sigara kullanımı, kardiyovasküler hastalıkların kontrol altına alınabilir bir risk faktörü olmasından dolayı önemli bir yer tutmaktadır (38). Ayrıca kalp krizi, göğüs ağrısı, inme ve periferik damar hastalıklarında da önemli bir yere sahiptir (39).

Tütün maruziyeti, sigara kaynaklı kardiyovasküler hadiselerin patogeneğinde temel neden olan trombozun artışına sebep olur (40). Tütün kan damarlarının daralıp tıkanmasına sebebiyet verir. Bu da kan akımında yavaşlamaya neden olur (39).

Sigara kullanıcılarında kardiyovasküler kaynaklı ölüm oranı kullanmayanlara göre 2 kat yüksektir (41). Sigara kullanım düzeyi yüksek olanlarda ölüm oranı daha da artmaktadır (42).

2.4.4. Sigara İle Gebelik Ve Fertilite İlişkisi

Kadınlarda tütün kullanımının üreme sisteminin birçok alanında negatif etkileri bulunmaktadır. Menopoza erken girme, düşük yumurtalık rezervi, daha düşük östrojen ve progesteron seviyeleri, androjen düzeylerinde artış, ektopik gebelik oranında artış, implantasyonun gecikmesi, embriyonun endometriuma az tutunması gibi sorunlara neden olmaktadır (43). Özellikle ikinci trimesterde olmakla beraber gebeliğin bütün dönemlerinde sigara tüketimi preterm eylem oranında artış sebebi olmaktadır (44).

Gebelikte sigara dumanına maruziyet fetüste doğum ağırlığının düşük olmasına, erken doğumlara, birçok konjenital anomalilere yol açabilmektedir (45).

2.5. Sigarada Pasif Etkilenim

Tütün dumanının 2 çeşidi vardır. Bunlar yan duman ile ikinci el ana dumandır. Yan duman sigaradaki uç kısımlardan çıkar. Sigara kullanımıyla ortaya çıkan ise ana dumandır , bu direkt solunandır (46). Bu iki duman çeşidi kimyasal olarak birbirinden farklıdır ve yan akım dumanında karsinojen miktarı daha fazladır (25,47).

Bu dumanı solumuş olan kişilere de pasif içici denilmektedir. Çevresel tütün dumanı, sigaranın aktif kullanıcılarında meydana getirdiği hastalıkların çoğunluğunun pasif içicilerde de meydana gelmesine yol açar (48).

Bununla beraber sigara kullanılan alanlardaki yüzeylere, eşyalara yerleşen sigara dumanı bileşenlerinin inhalasyonu ile üçüncü el sigara maruziyeti ortaya çıkmaktadır.

Pasif tütün dumanına maruz kalmanın yetişkinlerde akciğer kanseri ve kardiyovasküler hastalıklara sebebiyet verdiği tespit edilmiştir (49). Yapılan bir meta-analizde sigarayı kullanmayan fakat bulunduğu evde sigara kullanan bir kişiyle kalan bireylerdeki akciğer kanseri gelişme riski , sigara kullanılmayan bir evdeki kişiye göre %24 daha fazladır (50).

2.6. Tütün Kontrol Politikaları

2003 yılında DSÖ'nün önderliğinde, tütün bağımlılığıyla olan mücadelede en önemli basamak olarak Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) imzalanmıştır. TKÇS tüm mekanlarda tütün ile mücadele için yön verici özelliktedir. Türkiye de bu antlaşmayı imzalamıştır (51). Bu yeni mücadele dönemin esas belirleyicilerindendir (52).

TKÇS' nin etkili biçimde yürütülebilmesi adına DSÖ tarafından Küresel Tütün Salgını Raporu'nda yer alan 6 unsur oluşan **MPOWER** politikaları sunulmuştur (53).

M: Tütün kullanımı ve önlenmesi uygulamalarını takip etme (Monitor tobacco use and prevention policies; prevalence of tobacco use)

P: Kişilerin tütün dumanına pasif maruziyetlerinin engellenmesi (Protect people from tobacco smoke; smoke-free environments)

O: Sigarayı bırakmaya destek verilmesi (Offer help to quit tobacco use; treatment of tobacco dependence)

W: Kişilerin tütünün tehlikeleri anlamında ikaz edilmesi (Warn about dangers of tobacco; health warnings on tobacco packages)

E: Tütünle ilgili tanıtım, reklam yasaklarının yürütülmesi (Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship; bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)

R: Tütün vergi yükünün fazlaştırılması (Raise taxes on tobacco; tobacco taxation policy)

Bu paketle birlikte tütün bağımlılığının kontrole alınabileceği, tütüne bağlı ölüm sayılarında azalma sağlanabileceği beklenmektedir (52,53).

Türkiye tütünle mücadelenin başarıyla yürütüldüğü belirlenen ülkelerdendir. Tütünsüz ülkeler listesinde ilk altıda Türkiye' de bulunmaktadır. Tütünle daha iyi

mücadele edebilmek için Sağlık Bakanlığı tarafından alkol, tütün ve madde bağımlılığıyla ilgilenen bir merkez kurulmuştur. Tütün bağımlılığı ile mücadele bilimle ve resmi politikalarla beraber yürütülmelidir (54).

Sağlık Bakanlığı öncülüğünde 2018 yılında yürütülen çalışmalarla Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı ortaya konulmuştur. Eylem planının temel amacı; 2018-2023 yılları arasında toplumun tüm üyelerinde sigara kullanımının sağlık, maddiyat ve çevresel anlamda zarara sebep olmasını önlemektir. Toplumun tütün içiciliğine başlamalarına engel olarak tütün ürünlerine olan isteğin aza indirgenmesi, tütün ürünlerine ulaşılabilirliğin zorlaştırılması ve tütün kontrolünün sağlanmasında iş birliği içinde olma, koordineli çalışma, etkin izleme ve değerlendirme sağlanması temel amaca ulaşmada yer alan basamaklar olarak ortaya konmuştur (55).

2.7. Nikotin Bağımlılığı

Nikotin bağımlılığı tanımına ilk defa 1964 yılında “Surgeon General” raporunda yer verilmiştir. 1988’ de tütündeki bağımlılık yapıcı ana unsurun nikotin olduğu ve bunun esrar bağımlılığına benzer olduğu söylenmiştir (56). DSÖ, nikotini bilişsel ve davranışsal anormalliklere sebep olan psikostimülan bir ajan olarak belirtmiştir (57,58).

Nikotin bağımlılığının düzeyini tespit için, Fagerström 1978 yılında “Fagerström Tolerans Testi” ni ortaya çıkarmıştır (59). İncelenen araştırmalarda, bu testle ilgili tutarsızlıklarla karşılaşılması sonucunda, Heatherton ve arkadaşları öncülüğünde 1991 yılında “Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi” ortaya çıkarılmıştır (Tablo 1) (60). Bu test altı soru oluşturmaktadır. Bağımlılık puan skoru 0-10 aralığında değişmektedir. Bağımlılık puanı sigara bırakma tedavi seçimlerimde değerli hale gelmektedir. Sigarayı bıraktırma merkezlerinde en sık uygulanan testtir (61).

Tablo 1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz? a) Uyandıktan sonraki ilk 5 dk içinde (3 puan) b) 6-30 dk içinde (2 puan) c) 31- 60 dk (1 puan) d) 1 saatten fazla (0 puan)
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde durmakta zorlanıyor musunuz? a) Evet (1 puan) b) Hayır (0 puan)
3. Vazgeçilmesi en zor olan sigara hangisidir? a) Sabahın ilk sigarası (1 puan) b) Diğerleri(0 puan)
4. Günde kaç tane sigara içiyorsunuz? a) 31 veya fazlası (3 puan) b) 21- 30 (2 puan) c) 11- 20 (1 puan) d) 10 veya daha az (0 puan)
5. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha mı sık sigara içersiniz? a) Evet (1 puan) b) Hayır (0 puan)
6. Günün çoğunluğunu yatakta geçirecek kadar iseniz yine de sigara içer misiniz? a) Evet (1 puan) b) Hayır (0 puan)
Toplam Puan: 0-2: Çok az bağımlılık, 3-4: Az bağımlılık, 5: Orta derecede bağımlılık, 6-7: Yüksek bağımlılık, 8-10: Çok yüksek bağımlılık

Nikotin sigara dumanıyla alımı esnasında kişinin pek çok duyuşsal uyarı ile beraber nikotini almış olması daha şiddetli bağımlılık düzeyi oluşmasına sebebiyet vermektedir (62).

Nikotin orta beyin bölgesinde bulunan beynin haz merkezi olan mezolimbik dopaminerjik sistemi aktifleştirerek yoğun pekiştirici etkilerin ortaya çıkmasını sağlar. Nikotin bağımlılığının temelini bu sisteme olan etki oluşturmaktadır (63). Bu yüzden, sigara kullanılmadığında aşırı düzeyde fiziksel yoksunluk semptomları oluşmamakla birlikte sigaraya karşı olan istek artmaktadır (62).

2.8.Sigarayı Bıraktıktan Sonra Karşılaşılabilecek Problemler

Sigaranın vücuda sürekli alımı sonucunda nikotine karşı bir nöroadaptasyon mekanizması gelişir ve vücuttaki nikotin reseptör sayısı artış gösterir. Bu artış tolerans gelişmesine neden olur. Tolerans da sigara yokluğunda ortaya çıkan yoksunluk semptomlarına sebep olur (64). Yoksunluk semptomları; anksiyete, konsantre olmada zorlanma, irritabilite, huzursuzluk, sigara içme isteği, bradikardi, hafıza problemleri, uyku bozuklukları, iştah artma ve kilo alımı, mide bağırsakla ilgili bozukluklar gibi semptomlardır (65).

Yoksunluk semptomları sigara bırakıldıktan sonra 1-3. günlerde en üst düzeydedir. Belirtilerin çoğunluğu üçüncü-dördüncü haftalarda sona erer fakat iştah

görülen artma birkaç ay devam edebilir (66). Patofizyolojisi net bir şekilde açıklanmasa da sigarayı bırakma sonrası ilk birkaç haftada ağız yaraları görülebilir. Çoğunlukla ilk iki üç haftada daha sık görülür sonrasındaki haftalarda iyileşme gösterir (67). Bu ağız yaraları bazen inatçılık gösterir ve hasta yaşam kalitesini önemli derecede etkiler ve bu durum hastanın tekrar sigara içmesine sebep olabilir (68). Sigara bırakma isteğinde kilo artışı riski vazgeçmeye neden olabilir. Çoğunlukla sigara bırakıldıktan sonraki ilk 3 ayda kilo artışı daha yüksek düzeylerde olmaktadır (69). Kilo artışı konusunda hassasiyete sahip kişilerin sigarayı bıraktıktan sonraki görülen nüks oranı daha fazladır (70). Özgeçmiş öyküsünde psikiyatrik rahatsızlık bulunanlarda sigara bırakma sonrası nikotin çekilme sendromu, depresyon ve anksiyeteye daha fazla rastlanmaktadır (71).

2.9. Sigarayı Bıraktıktan Sonra Sağlanabilecek Yararlar

Sigara tüketimine sonucu vücutta ortaya çıkan zararların çoğunluğunun, sigara bırakılması ile iyileştiği tespit edilmiştir. Sigaranın erken yaşlarda bırakılmasıyla görülen yarar en yüksek düzeyde olmakla beraber orta yaşlarda bırakmakla da zararlı etkilerin büyük bir kısmının yok olduğu tespit edilmiştir. Yaklaşık 15 yıl sonra ölüm riski hiç sigara kullanmamış bireylerle aynı seviyelere ulaşmaktadır (37).

Sigara bırakıldığında tansiyon ve nabız değerleri ilk 20 dakikada normal düzeylere gerilemekte, kandaki karbon monoksit seviyesi 12 saatte normal düzeye gelmektedir. Dolaşım ve solunum sistemlerinin düzelmeye başlaması 3. ayda; öksürükte azalma, nefes alış verişinde iyileşme 9. ayda olmaktadır. İlk yıl kardiyovasküler hastalıkları geçirme olasılığı %50 düşmekte, beş yılda bu oranda belirgin azalma sağlanmaktadır. 15 yılda kalple ilgili hastalıkları geçirme oranı sigara kullanmayan bireyle aynı düzeylere ulaşmaktadır (72). Sigarayı bırakmış olmak çevremizdeki pasif etkilenime maruz kalan bireyler için de negatif etkilerin yok olmasını sağlar, çocuklardaki astım ve kulak enfeksiyonu geçirme oranı da azalmış olur (73). Sigara kullanımını bırakmış olmak gebelik isteyenlerin yaşadığı zorluğu, erken doğurma olasılığını ve düşük meydana gelmesini de önlemeye yardımcı olur (74).

2.10. Sigara Kullanan Hastaya Yaklaşım

Hekimler, hangi şikayetle başvurmuş olursa olsun muayene için gelen her hastaya sigara kullanma durumunu, kullanıyorsa günlük sayısını, bırakma düşüncesi olup olmadığını sorgulamalıdır. Sigara kullananlara bırakma düşüncesi olup olmama durumuna uygun olarak bir yönlendirme yapmak gerekmektedir. Yapılan araştırmalar hekimlerin sadece sigara kullanma durumunu sorgulayıp öneriler vermesinin dahi kullanıcılara sigara bırakma fikrini düşündürmüş, %1-3 oranında bırakma anlamında başarıya ulaştığı görülmüştür (72,75). Sigara kullanan hastaya her vizitte bırakma yönündeki önerileri yinelenmenin , hastayı bırakma düşüncesine daha da yönlendirdiği belirlenmiştir (76).

Sigara bırakılacak kişinin ilk önce sigarayı bırakma konusunda isteği var mı yok mu bu bilgi edinilmelidir. Bunun için 1982 yılında Prochaska ve arkadaşları ortaklığıyla oluşturulan “Transteorik Model” (TTM) kullanılabilmektedir. TTM; bireyin kendi davranışını değiştirmeyi amaçlamıştır. Kişinin hazırlık seviyesini belirler. TTM’ ye göre hastalar 5 kategori ile sınıflandırılmıştır (77):

1. Bırakmayı Düşünmeme,
2. Bırakmayı Düşünme,
3. Bırakmaya Hazır Olma,
4. Bırakmayı Deneme,
5. Bırakmayı Sürdürme

Tütün Kullanımı ve Bağımlılığı Tedavisi Rehberi’ ne göre hastalar 3 kategori altında toplanmaktadır (56):

1. Sigara kullanan ve bırakma isteği olanlar
2. Sigara kullanmayan ve bırakma isteği olmayanlar
3. Sigara kullanmış ve yeni bırakmış olanlar

2.10.1. Sigara kullanan ve bırakmak için istekli olan hastalara yaklaşım

Sigara bırakma ile ilgili rehberler hekimlere sigara bırakma isteği olan hastaların 5Ö (5A) stratejileri ile yönlendirilerek sigara içip içmeme durumlarını öğrenmelerini, sigaranın hastalıklarıyla olan bağlantısını fark etmelerini ve sigarayı bırakmalarını önerip, bu konuda katkı verebileceklerini belirtmektedir (56).

Ask (Öğren):

Her hastanın tüm görüşmelerde mutlaka sigara kullanıp kullanmadığı öğrenilmelidir. Vital verilere ek olarak ne süredir sigara içtiği, günlük içtiği sigara miktarı, sigara dışı tütün ürünlerinin kullanılıp kullanılmadığı kayda geçilmelidir (78).

Advise (Öner):

Hastanın sigarayı bırakması önerilmelidir. Bu öneri şu özelliklere sahip olmalıdır; güçlü, cesaret verici , açık ve bireyselleştirilmiş (78).

Assess (Ölç):

Her hastaya sigara bırakma isteği olup olmadığı mutlaka sorulmalıdır. Bırakma isteği varsa desteklenmeli, isteği yoksa 5R yaklaşımlarına yönlendirilmelidir. Bırakma isteği olan hastaların bu aşamada neden bırakmak istediğine dikkat edilmeli, hastanın kararlı olma düzeyi belirlenmelidir. Hastanın nikotin bağımlılığı düzeyi belirlenmeli mümkünse Fagerström testi ile bakılmalıdır. Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığına sahip bireyler, düşük sosyoekonomik imkanları olan, öğrenim seviyesi düşük olan bireyler, çevresinde sigara içilen ve ergenlik döneminde olan hastaların sigarayı bırakmadaki başarı oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sınıftaki hastaların yakın izlemi önerilmektedir (79).

Assist (Önderlik et):

Hastanın sigarayı bırakmak istemesi yakınlarına iletilmeli çünkü onların vereceği destek çok önemli yere sahiptir. Sigara bırakmaya karar veren hastayla beraber 2 hafta içinde bırakma günü ayarlanmalıdır. Sigarayı bıraktıktan sonraki ilk birkaç haftada nikotin yoksunluk sendromu semptomlarının yoğun şekilde yaşanabileceği ne gibi sorunlarla mücadele etmek zorunda kalabileceği ile ilgili bilgi verilmelidir. Bu sorunları ne şekilde çözebileceği, kilo artışının önüne geçilmesi ve nikotin yoksunluğu ile gelen stresin azaltılması için spora başlaması, yaşam tarzı değişikliğiyle sigara içmeyi aklına getiren uğraşlardan uzak durması, yoksunluk belirtileri, sigara içme isteği gelince yapması gereken davranış uygulamaları, sigara bırakma sonrası içilen bir sigaranın bile nükse sebep olabileceği anlatılmalıdır. Sonrasında hiç sigara içilmemelidir. Alkol alımının sigara içme isteğine yönlendirebileceği ve nüks sebebi olabileceği vurgulanmalıdır. Ev ya da iş yerlerinde sigara içmeleri önlenmelidir. Mümkünse bütün hastalara farmakolojik yöntemler sunulmalı, ilaçlarla ilgili etki ve yan etkiler de ortaya konulmalıdır. Bu tedavilerin yoksunluk belirtilerini azalttığı konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (80).

Arrange (Örgüt):

Bırakmak için deneyimde bulunan hasta belirli aralıklarla yüz yüze veya telefon görüşmeleriyle takipte olmalı, nüks olmaması için desteklenmelidir (81). İlk görüşmeyi bırakma tarihi itibarıyla bir hafta içinde yapmak gerekmektedir. Görüşmelerde bırakma sürecinde yaşanan zorluklar, kullanılan tedavinin etki ve yan etki değerlendirmesi yapılmalıdır. Sigarayı bırakmış olanlar tebrik edilmeli, nüks olmuşsa oluş sebebine uygun yöntemlerle çözülmeye çalışılmalıdır (82).

2.10.2. Sigara içen ve bırakmak için istekli olmayan hastalara yaklaşım

Sigara kullanmakta olan fakat bırakmak kararı olmayan hastaları bırakma konusunda güdülemek, kendini buna hazırlamasını sağlamak ve bırakma girişiminde bulunmasına yönlendirmek amacıyla yürütülen 5R olarak adlandırılan yaklaşımlardır (80).

Relevance (İlişki):

Sigarayı kullanmamanın ne derece etkilerinin olduğu hastanın mevcut durumuyla (yaş, cinsiyet, hastalıklar, çevresel durumlar vb.) bağlantı kurularak sigarayı bırakması konusunda yönlendirilmelidir (82).

Risks (Riskler):

Sigara kullanmasıyla meydana gelebilecek ve şuanda sahip olduğu sağlıkla ilgili sorunlar ön plana çıkarılmalıdır. Sigarayı kullananlarla aynı ortamda bulunan yakınlarında, sigaranın neden olabileceği sağlık sorunlarıyla ilgili açıklama yapılmalıdır, (akciğer kanseri, kalp hastalığı riskinde artış, SIDS, düşük doğum ağırlıklı bebek, astım, otitis media ve solunum sistemi hastalıkları riskinde artış vb.). Bununla birlikte düşük dozda nikotin veya düşük katran içeren sigaraların da (light sigara, pipo, puro vb) sebep olduğu hastalıkların artışını engellemeyeceği belirtilmelidir (80).

Rewards (Kazançlar):

Hasta sigara kullanımına son verdiğinde sağlayabileceği faydalı gelişmeler üzerine bilgilendirilmelidir. Sağlık durumunun iyileşmesi, tat ve kokuda iyileşme, maddi anlamda iyileşme, kendini daha dinç ve huzurlu hissetme, yaşadığı ortamların kullandığı eşyaların ve özellikle nefesinin daha güzel kokuya sahip olması, çocuklarına sigara konusunda kötü örnek olmayı ortadan kaldırma, çocukların sağlığında iyileşme, spor faaliyetlerinde kapasite artışı, ağız diş sağlığı temizliğinde

düzelme vb. yararlar üzerine bilgilendirilme yapılmalıdır (80).

Roadblocks (Engeller):

Sigara bırakmayla ortaya çıkabilecek yoksunluk belirtileri, kiloda artış, desteklenmemek, keyifsizlik, depresif olma gibi sorunlar ortaya konmalı ve bu sorunları çözüme ulaştırabilecek yöntemler geliştirilmelidir (82).

Repetition (Tekrar):

Sigara bırakma konusunda kararlılık düzeyi düşük olan hastalara her görüşmede yineleyerek bırakmaya yönlendirici önerilerde bulunulmalıdır. Hastanın olumsuz sonuçlanan bırakma deneyimlerinin vazgeçme nedeni olmaması gerektiği, sigarayı bırakmış olan birçok kişinin başarı ile sonuçlanmayan girişimlerden sonra bırakabildiği ve bu yaşananların olumlu bir tecrübeyi beraberinde getirdiği vurgulanmalıdır (38).

2.10.3. Sigarayı Bırakmış Olan Hastalara Yaklaşım

Sigara bırakmış bireylerde en sık karşılaşılan sorun nüksdür. Nüks, geri dönme demektir. Nüks bir süreyi kaplamıyor da, olmaması gereken durumun tek tük tekrar edilmesiyle sınırlıysa, o zaman buna hata (lapse) denilir (83–86).

Mevcut hâlin önceki gibi sigara kullanmaya geri dönmüş olması nüks (relapse) olarak kabul edilmektedir (87). Hastanın hatasıyla ilişkili bilişsel tepkileri, sigarayı bırakmaya çalışırken meydana gelebilecek hatanın nükse dönüp dönmeyeceği hakkında fikir veren esas etmendir (83–86).

Nüksün önüne geçmek için uygulanabilecek yaklaşımlar: Her kontrolde, nüksle karşılaşılması adına öneriler ve yönlendirmeler tekrar tekrar konuşulmalıdır. Sigara bırakma konusunda başarılı olmuş her hasta başarısından dolayı kutlanmalı ve bu durumu sürdürmesi için desteklenmelidir. Ayrıca hastaya sigara bırakmanın getirdiği ve getireceği yararlar hakkında da bilgilendirme yaparak nüksün önüne geçmeye çalışmalıdır. Yeni bırakmış kişi ile bir araya gelindiğinde yaşadığı problemlere çözüm bulmak için ucu açık sorular yönlendirilmelidir (83–86).

2.11. Sigara Bırakmada Kullanılan Farmakolojik Tedaviler

Sürekli nikotin maruziyeti, toleransın ortaya çıkmasına ve gitgide yükselen düzeyde nikotin isteğine sebep olmaktadır. Yoksunluk semptomları, sigara kullanıcılarının bırakabilme durumuna negatif etkiler göstermektedir ve erken dönemlerde nükse sebep olabilmektedir. Yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmak amacıyla hastayı, nikotin etkisini devam ettirecek farmakolojik tedavilerle

desteklemek bırakmayı kolaylaştırabilir. Herhangi bir tedavi desteği almadan kendi çabasıyla sigara bırakma girişiminde bulunanların %5'den daha az bir kısmı başarabilmektedir (88).

Sigara bırakmada bireyin talebi, yakınları ve hekimin önerilerinin katkısı olmakla beraber günümüzde farmakolojik tedaviler de önemli yere sahiptir ve kontrendike durum yoksa sigarayı bırakmayı düşünen tüm kişiler bu konuda yönlendirilmelidir (56).

2.11.1. Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin yerine koyma tedavisi; nikotin reseptör uyarımı yaparak, sigara ihtiyacını ve yoksunluk belirtilerini yok eder (bu etki hızla oluşur) ve nikotin reseptör sayısını düşürür (bu etki geç oluşur ve haftalarca sürerek nikotin bağımlılık düzeyini düşürür). NRT, kontrollü nikotin uygulamasına dayanır (89).

Nikotin, venöz dolaşıma geçeceğinden sigaraya göre daha yavaş bir şekilde beyne ulaşır bu sayede tepe noktası oluşmaz. Sigara içimiyle beyne saniyeler içinde nikotin gelirken, NRT ile bu süre uzamaktadır. Pastil, inhalatör tipi olanlarla dakikalar, transdermal olanlarla saatler içinde ve daha düşük seviyelerde nikotin beyne ulaşmış olur. Bu sayede nikotin reseptörlerini uyarmadan doyuma ulaşma sağlanmış olur ve reseptör miktarı gitgide düşer, üç ay kullanılan NRT sayesinde reseptör miktarı olması gereken seviyelere ulaşır (9).

NRT ile alınan nikotinin sigarayla alınana göre emilme hızının yavaş olması daha düşük ancak uzun süreli kan zirvelerinin görülmesine sebep olur ve bu da sinir, endişe, konsantrasyonda bozulma, disfori, iştahta artma, kiloda artış ve uykuyla ilgili problemler gibi güdüleyici etkileri ve yoksunluk belirtilerini aza indirir (81).

Kullanılan NRT çeşitleri; nikotin bantları, nikotin sakızı, nikotin pastili, nikotin dil altı tableti, nikotin nazal spreyi ve nikotin kartuşudur. Türkiye'de en çok tercih edilenler nikotin bantları ve nikotin sakızıdır (82). Her çeşit NRT türü, sigara bıraktırma konusunda benzer etki düzeyine sahiptir. Hangi NRT türünün kullanılacağı hastanın isteğine göre olmalıdır. Transdermal olarak kullanılan nikotin bantları nikotini kısmen sabit seviyede vermesi sayesinde, yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmak için en isabetli olan NRT türüdür (81). Nikotin bantlarının 16 ve 24 saatlik olmak üzere 2 çeşidi vardır (90).

Türkiye'de 24 saatlik tür olarak kullanılan Nicotinell TTS bantları üç gruptur; 24 saatte 21 mg, 14 mg ve 7 mg nikotin vermektedir. Günlük 15 üstü sigara

kullananlara 21 mg'lık ile tedavinin başlatılması bu şekilde 28 gün kullanılması, sonrasındaki 2 hafta süreyle 14 mg diğer 2 haftada da 7 mg şeklinde toplamda 8 haftaya ulaşarak tedavinin bitmesi sağlanmalıdır (5).

Günlük 10-20 adet arası sigara içenlerde 14 mg Nicotinell TTS ile tedaviye başlanabilir. Bu doz verildiğinde bir-iki ay kullandıktan sonra 2 hafta 7 mg Nicotinell TTS kullanılmaya başlanır. 7 mg Nicotinell TTS; başlangıç dozu olarak tercih edilmez. Bantlar 24 saatte bir değiştirilmelidir (88,91).

Nikotin bandının 16 saatlik çeşidi olan Nicorette sabah takılır (16 saat) uykuya yatarken çıkarılır (8 saat). Nicorettenin 25 mg'lık, 15 mg'lık ve 10 mg'lık üç farklı çeşidi bulunmaktadır (92). Bağımlıların sigara kullanma şekline 16 saatlik bantlar daha uyumlu gözükmekle beraber çeşitli araştırmalarda 16 ve 24 saatlik olan türlerin arasında etki düzeyi olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Nikotin bantları, sabahları vücuttaki kuru, temiz ve kılsız alanlara yapıştırılmalıdır. Yapıştırılan alan günlük değiştirilmeli, fakat 4 gün sonrasında yine ilk alana yapıştırılması tavsiye edilmektedir. Böylece lokal tahriş ve kızarıklık gibi zararlı etkiler önlenmeye çalışılmış olur (93).

Nikotin bant kullanımında sık görülen istenmeyen etkiler: baş ağrısı, uyku bozuklukları, deride kızarıklık, kaşıntı, alerji, egzema ve şişlik gibi cilt reaksiyonları, anormal rüyalar, dengede bozulma, bulantı, göğüs ağrısı, çarpıntı olmasıdır (94,95). Ciltle ilgili yan etkilerin düzelmesinde bandı her gün farklı bölgeye yerleştirmek, antihistaminik veya lokal steroidlerle desteklemek bu yan etkinin ortadan kalkmasını sağlayacaktır (95).

Kardiyovasküler sisteme ait rahatsızlığı bulunanlara NRT tedavisi uygulamanın sigara kullanmaktan daha güvenli olacağı bildirilmiştir (96). Fakat kalp krizi geçirmekte olan veya yakın tarihli geçirmiş olan ve koroner arterlerle ilgili ameliyata girecek olan bireylere NRT verilmemelidir (97). Hamilelikte ve emzirme sürecinde, ritim bozukluğu olanlarda da NRT verilmemelidir (98).

Bir diğer NRT yöntemi nikotin sakızlarıdır. İki ve 4 mg'lık olarak 2 çeşidi bulunmaktadır. İki mg olan sakızını bağımlılık düzeyi daha az olanlar, dört mg olan sakızı ise bağımlılık düzeyi daha yüksek olanlar kullanmalıdır. Sakız tek başına bırakma yöntemi olarak tercih edilecekse 6 hafta süresince her 60-120 dakikada bir kullanılmalı, sonrasında 6 haftada aşamalı şekilde azaltılmalıdır (95,99).

Normal sakızdan farklı şekilde çiğnenmektedir. Nikotin sakızı ağız içinde uyuşukluk hissi ortaya çıkana kadar çiğnenmeli, sonrasında yanak mukozasına alınmalı uyuşma hissi devam ettiği müddetçe orda tutulmalıdır. Uyuşma hissinin

geçmeye başladığı anlarda ağızda çiğnemeye geçilmeli sonrasında yine yanakta bekletmeye geçilmelidir, 30 dakika sonra sakızı çıkartmak gereklidir. İki sakız alımı birbirine 30 dakikadan yakın olmamalıdır ve günlük 24'ün üstünde sakız kullanılmamalıdır. Kullanım sayısını hasta belirlemelidir Çiğnemedi 15 dakika öncesinde ve çiğneme esnasında yeme ve içme olmamalıdır. İstenmeyen etkiler olarak; ağızda irritasyon, çenede ağrı, göğüste yanma, hıçkırık ve bulantı yer almaktadır (100).

Nikotin sakızı, nikotin bandıyla beraber kullanıldığında içme atağı geldiği zaman 4 mg ya da 2 tane 2 mg sakız çiğnenerek atağın geçmesine destek olunabilir. İlk bırakma günlerinde, sabah yapıştırılacak bandın etkisini görünceye kadar, kandaki nikotini hızlıca yükselterek yoksunluk semptomlarının önüne geçmek için de nikotin sakızı çiğnenebilir (91,101).

2.11.2. Bupropiyon

Bupropiyon; nontrisiklik, aminoketon bir antidepresan ilaç olup sigara bırakma oranı plaseboya göre daha yüksektir ve nikotin replasman tedavileriyle kombine kullanılabilmektedir (102,103).

Bupropiyon;, noradrenalin ve dopaminin geri alınmasına engel olur. Dopaminerjik yollar uyuşturucu bağımlılığında “ödül” evresinde yer almaktadır (104). Dopaminin nucleus accumbensden geri alınmasının önlenmesi, nikotin yokluğunda yaşanan dopamin eksikliğinin azalmasını sağlar. Bu durum bupropiyonun nikotin yoksunluk belirtilerinin azaltıcı etkilerini ortaya çıkarmış olur (105).

Aynı zamanda bupropiyon, nikotinik asetilkolin reseptörlerine antagonist etki göstererek içme ihtiyacını kontrol edebilmektedir (56).

Yapılan 36 tane randomize araştırmanın meta-analizini sonucunda bupropiyon kullanımı ile sigarayı bırakabilme oranı plaseboya göre 2 kat yüksek bulunmuştur (106). Sigara bırakma döneminde kiloda artışa engel olma etkisi de mevcuttur (107). Bupropiyon yavaş salınıma sahip olduğu için, kanda ideal seviyeye 5-7 gün içinde ulaşabilir, ilaca başladıktan sonraki 7-14 gün aralığında sigarayı bırakma günü ayarlanır. Tedavide kullanılan dozaj ilk 3 gün için 150 mg/gün, sonrasında 2x150mg/gün şeklindedir. Yapılan birtakım araştırmalarda günde 150 mg kullanmanın, günde 300 mg kullanmayla benzer etki gösterdiği ve istenmeyen etkilerin seyrekleştiği, bu nedenle istenmeyen etkilerden dolayı tam dozaja uygun olmayan hastalarda alternatif olarak kullanılabileceği tespit edilmiştir. Verilen ilacın 7-12 hafta kadar kullanılması önerilmektedir (103,108). Hastanın durumuna göre bazen daha fazla sürede ilaç vermek gerekebilmektedir (109).

Bupropiyona bağı en çok karşılaşılan olumsuz etkiler baş ağrısı, uyku sorunları, ağızda kuruluk, alerjik reaksiyon, mide bağırsağı ait yakınmalardır (110).

Bupropiyonun kontrendike olduğu durumlar gebelik, emzirme, bipolar bozukluk, MSS' de travma, epilepsi, anoreksiya nervoza, bulimiya, Mono amin oksidaz (MAO) inhibitörü kullanımı anamnezine sahip bireylerdir (88).

2.11.3. Vareniklin

Vareniklin, asetilkolinin $\alpha 4\beta 2$ resptörlerine kısmi agonist ve $\alpha 7$ reseptörlerine ise tam agonistidir. Nikotin bağımlılığından esas sorumlu olan $\alpha 4\beta 2$ subünitesidir. Vareniklin, $\alpha 4\beta 2$ reseptörlerine etki ederek nikotinik agonist etkiler ile nucleus accumbensden dopaminin salınmasına yardımcı olur. Tedaviyle beraber birey vareniklin alırken sigarayı kullansa bile antagonist etki sayesinde dopamin düzeyinde artma olmayacaktır. Vareniklin agonist ve antagonist etkileri aracılığıyla nikotin bağımlılık düzeyini düşürüp, yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına engel olur (111).

Hasta sigara ile ilacı beraber kullanmaya başlar. İlk 3 günde 0.5 mg günlük 1 adet şeklinde kullanılır ve 4. gün 2x0.5 mg, 8. Gün ve sonrasında ise günlük 2x1 mg dozunda ilacı kullanılır. İlaç kullanmaya başladıktan sonraki 8-14. günler aralığında sigarayı bırakma tarihi ayarlanır. İlacın 3 ay kadar kullanımı tavsiye edilmektedir. Nüksün önüne geçmek için bu süre 6 aya çıkarılabilir (5,112).

Vareniklin ile NRT'nin etki düzeylerinin incelendiği araştırmalar sonucunda, vareniklin tedavisini alan bireylerin bırakma oranları anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Yine etki düzeylerinin karşılaştırıldığı 69 araştırmanın meta-analizinde vareniklin etki düzeyinin plaseboya göre 2.4 kat, bupropiyona göre 2.2 kat fazla başarısı tespit edilmiştir (113).

Vareniklin kullanımı ile en sık yaşanan istenmeyen etkiler; bulantı, anormal rüyalar, konstipasyon ve uyku sorunlarıdır. Daha az sıklıkta yaşanan yan etkiler ise; baş dönmesi, ağız tadında değişme, iştah artma, yorgunluk, GİS semptomları, ishal ve şişkinliktir GİS yakınmaları aza indirmek için tedavi önce az doz sonraları artmış doz şeklinde kullanılabilir ve tokken içmek yararlı olabilir. Vareniklin değişime uğramadan böbrek yoluyla itrah edilir bu yüzden karaciğerle ilgili rahatsızlıklarda güvenle kullanılabilir. Böbrek yetmezliği olanlarda ise dozunun düzenlenmesi gerekir (90,114).

Vareniklinin ilaçlarla etkileşimi ve kontrendike olduğu durum yoktur fakat günlük pratikte nöropsikiyatrik şikayetlere (ajitasyon, depresyon, intihar düşüncesi gibi) sebep olduğu tespit edilmiştir. Hastaya verilecek ilaç seçilirken, özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü var mı yok mu sorulmalıdır, aynı zamanda kişi ilacı kullanırken de bu tip şikayetler açısından izlenmelidir. Böyle hastalarda psikiyatrik hastalığıyla ilgili aktif şikayeti olmasa bile vareniklin kullanımı tercih edilmemelidir (115).

Vareniklinin gebelik ve emzirme dönemindeki etkileri net değildir. Kalp damar sistemi hastalığı varlığında vareniklin kullanımı kontrendike değildir. Vareniklin başlanan bireylerin uzun süre araç ve ağır makine kullanmalarında bozulmalar meydana gelebilmektedir (56).

2.12. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme; sigara kullanıcılarında davranış değişikliği yaparak bu konudaki net kararı fark etmelerine ve bu sorunu çözmek için davranışlarını değiştirmeye yönlendiren, sonuç odaklı, hasta merkezli bir yöntemdir. Bu görüşmeler, kişiyi bir tedavi yöntemine yönlendirmeyi değil, kişinin bırakma kararı konusunda kendine olan güvenini fark etmesini sağlar (116).

Bu yöntemde danışman, kendini danışanın yerine koyarak onun sigaraya karşı olan duygudurumunu, fikirlerini, bakış açısını değerlendirir. Konuşma esnasında hastanın kendini rahatça ifade etmesi için fırsat tanınmalıdır.

Sigara ile hastalıklar, maddiyat, aile ve sosyal hayat anlamında ilişkilendirmeler yapılmalıdır. Sigaranın bırakıldığı dönemde ortaya çıkabilecek hatalar, nöksler olması halinde hekim hastaya olumsuz tavır sergilememelidir, çözüm odaklı bir yaklaşım içerisinde bulunmalıdır (117).

2.13. Alternatif Tedaviler

Sigara bırakma tedavisinde yeterli düzeyde kanıt olmamasına karşın; homeopati, hipnoz, nöroelektrik tedavi (NET), transkranyal elektroterapi, biyorezonans, elektroakupunktur (EA), bitkicilik, aromaterapi gibi alternatif yolların da sigara bıraktırmak amacıyla giderek yaygın daha sık bir şekilde kullanılmaya başlandığı bilinmektedir (7).

Yapılan bir araştırmada, sigara bıraktırmak amacıyla 10 gün NET uygulanan hastaların yoksunluk semptomlarının azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca klasik

akupunktur ve motivasyonel görüşmenin birlikte kullanıldığında da sigara bıraktırma konusunda yardımcı olduğu gösterilmiştir (118).

Alternatif yollardan biri olarak kullanılan biyorezonans yöntemi; hücre düzeyinde atom çekirdeğindeki proton ve nötronların (nükleon) hareketleriyle medana gelen Nükleer Manyetizma aracılığıyla ortaya çıkarılan Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) cihazındaki gibi, vücudumuzda bulunan rezonansla çalışmayı amaçlamaktadır (119). Biyorezonans metodu ilk olarak alerjik rahatsızlıklarda uygulanmış, fakat bazı maddelere intolerans oluşması üzerine sigara bıraktırma yöntemi olarak kullanılması tercih edilmiştir (120).

Biyorezonans yönteminin klasik ve pulsasyonlu elektro olarak manyetik alan olmak üzere iki farklı uygulaması vardır. Klasik tip, endojen ve eksojen biyorezonans şeklinde gruplandırılmaktadır. Klasik olanda dışarıdan verilen herhangi bir manyetik ya da elektriksel uyarı yoktur. Vücudun veya maddenin kendisinden alınan elektriksel titreşimler kullanılmaktadır (121–123).

Sigara bağımlılığı yöntemi olarak eksojen biyorezonans kullanılır. Eksojen biyorezonans yönteminde; istenilen maddelere cihazda tanıtmaya işlemi yapılır. Bu maddeler; alerjen maddeler, bağımlılığa sebep olan maddeler ve toksik maddelerdir. Cihaz uygulama sırasında bu maddelerden elektromanyetik sinyaller almaktadır. Almış olduğu bu sinyalleri; eğer maddenin vücuda faydalı olduğu biliniyorsa (homeopatik ilaçlar gibi) sabit fazda tersine çevirmeden, eğer maddenin vücuda zararlı, toksik veya alerjen olduğu biliniyorsa sabit fazda ters çevrilerek elektrotlar aracılığıyla ile vücuda geri gönderilir (121,122). Frekansın sabit faz ile tersine çevrilerek vücuda geri verilmesi o maddeye karşı olan elektromanyetik bilginin zayıflatılmasını hedeflemektedir (120).

Biyorezonans yönteminin kesin bir kontrendikasyonu olmamakla birlikte ameliyat gerektiren ciddi travmalar, akut miyokard enfarktüsü, zehirlenme ve akut inme gibi akut hayatı tehlikesi olan sorunlar, gebeliğin ilk trimesteri, organ nakli sonrası yoğun immünsupresif ajan kullanılmaması önerilir (124).

2.14. Özel Gruplarda Kullanılan Tedaviler

Gebelerde sigara bırakmak için öncelikli tercih edilecek tedavi yöntemi davranış terapisi veya motivasyonel görüşme olmalıdır. Kendine ve bebeğe gelebilecek zararlar somut olarak resimlerle gösterilmelidir (125). Gebede motivasyonel görüşme ile başarıya ulaşılmadığında ilaca geçilmesi uygun

görülmektedir. Fakat Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) NRT' yi gebelik için D kategorisi olarak, bupropiyon ve vareniklini ise gebelik için C kategorisi olarak belirlemiştir (126). Gebelerde vareniklinin güvenilirliğini öğrenmek amacıyla yürütülen birkaç araştırmada teratojeniteye neden olmadığı belirlenmiştir fakat veriler kısıtlıdır (127,128). Gebede NRT kullanımıyla ilgili yürütülen çoğu araştırma yararı olduğunu göstermesine rağmen sigarayı bıraktırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Sigara içerken nikotinin beraberinde yüksek miktarda sağlığa olumsuz etkili madde alınmaktadır. Bu açıdan NRT kullanımının gebe açısından sigara kullanmaktan daha az zararlı olacağı varsayılmıştır (129).

FDA tarafından 18 yaşından küçüklerin, sigarayı bıraktırmada kullanılan farmakolojik yöntemleri kullanmalarına onay verilmemiştir. Bu kategorideki bireylere davranışsal terapi, motivasyonel yaklaşımların kullanılması önerilmiştir. Bu bireyler herhangi bir nedenle muayeneye başvurularında sigara bırakma açısından değerlendirilmeleri yararlı olacaktır. Bu destek 18 yaşına kadar verilmeye devam edilmelidir (125,130). Gençlerde sigara bırakmada etkisi olan parametreler; sportif faaliyetlerde zorlanma, maddi zorluklar, kilo artışından korkma olarak sayılabilir (131).

Psikiyatrik hastalığı olanlarda sigara kullanma oranı fazladır. Bu hastalarda kullanılacak yöntemler psikiyatri ile ortaklaşa planlanmalıdır (130). Madde bağımlılığı ve psikiyatrik hastalık tanısına sahip bireyler düzelme evresinde sigara bıraktırma yöntemlerine yönlendirilmemelidir (125).

Sigara çeşitli kanserler, astım, KOAH, kalp damar sistemi hastalıkları gibi sağlık sorunlarının oluşmasına ve kötü seyretmesine sebep olmaktadır. Kanser hastaları sigara içmeyi sürdürdüğünde kanser için kullanılan ilaç etkisini düşürmekte, kemoterapiye karşı dirence neden olmakta ve daha fazla tedavi yan etkisine sebep olmaktadır. Ayrıca tedavisi biten hastalarda ölüm oranında yükselme, farklı bir kanser olasılığı ve nüks meydana gelmesine neden olabilmektedir. Kanser tanısı koyulduktan sonra sigaranın bırakılması bu kötü sonuçları ortadan kaldırmaya yardımcı olur, hayatta kalış süresini uzatır ve farklı bir kanser tipi görülmesine engel olabilir (132).

Bu yüzden kanser teşhisi alan bireyler; sigarayı bırakmanın ne derece değerli olduğu, bırakması halinde sağlayabileceği yararlar, bırakmaması halinde yaşanabilecek olumsuzluklar hakkında detaylıca bilgilendirilmelidir. Davranış terapileriyle birlikte ilaç kullanımı ile sıkı kontrol etmek de fayda sağlayacaktır (133,134).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Özellikleri

Çalışmamız Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sigara Bıraktırma birimine 2022 yılında başvurmuş hastalarla yapılan retrospektif türde bir araştırmadır.

Araştırmayı yapabilmek için, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu'ndan 14.12.2022' de 2022-12/39 numaralı kararı ile etik kurul onayı alındı (EKLER).

Araştırmaya; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sigara Bıraktırma birimine 2022 yılında müracaat etmiş olan 681 hastaya telefonla ulaşarak anketimiz ile ilgili bilgi verilerek katılmayı kabul eden 537 hasta alınmıştır. Dosyaların taranması ve telefon görüşmesi ile anket doldurma yöntemi kullanıldı. Hastaların ilk başvurularında kayıt altına alınan bilgilerin bulunduğu dosyalar taranmıştır.

Anket çalışması, 01.01.2022-31.12.2022 tarihleri arasında başvuran hastalar telefonla aranarak şu anki durumlarıyla ilgili sorgulama ve değerlendirilme yapıldı. Hastaların ilk başvurularında kayıt altına alınan dosyaların incelenmesiyle ulaşılan ve araştırmamızda yer verdiğimiz bilgiler:

Sosyodemografik özellikler, polikliniğimize başvuru biçimi, sigara kullanmaya başladığı yaş, sigara kullanım süresi (paket/yıl cinsinden), FNBT düzeyi, bırakma kararındaki nedenler, bırakma için kaç kez deneme yaptığı, sigara kullanmasının kilo problemleri, depresyon, stres, konsantrasyonla bağlantısının olup olmadığı, sigara bırakmak için verilen tedavi yöntemi.

Ocak 2022-Aralık 2022 tarih aralığında polikliniğimize başvurmuş olan hastaların sigara bırakma sürecini ve son durumlarını sorgulamak için telefonla görüşüldüğünde elde edilen veriler şunlardır:

Tüm hastaların;

- polikliniğe başvuru sayısı,
- hastaya hangi tedavi yönteminin başlandığı,
- verilen tedaviyle sigarayı bırakıp bırakmama durumu,
- bu dönemde sigara bırakma durumunun sorgulanması için telefonla aranma durumu,
- bu dönemde alkol kullanma durumu, spor yapıp yapmadığı ve sosyal destekçisinin olup olmadığı,
- bulunduğu mekânlarda (iş ya da ev ortamı) sigara kullanılıp kullanılmadığı.

Eğer hasta sigarayı bırakmışsa;

- Tedaviyi ne süre kullandıktan sonra sigarayı bıraktığı,
- bırakmanın ne kadar sürdüğü,
- kaçamak durumu, sıklığı ve nedeni.

Eğer sigarayı bırakmamışsa;

- günlük kullandığı sigara sayısı,
- sigarayı bırakmak amacıyla yeni bir başvuru yapıp yapmadığı, yaptıysa polikliniğimizden ya da farklı bir merkezden destek alma durumu ve ilaç kullanma durumu,
- sigarayı bırakmak için tekrar polikliniğimize başvurmayı isteyip istemediği.

Eğer hasta sigarayı bırakıp yeniden başladıysa;

- neden yeniden sigara kullanmaya başladığı,
- şu an kullandığı günlük sigara sayısı,
- sigarayı bırakmak amacıyla yeni bir başvuru yapıp yapmadığı, yaptıysa polikliniğimizden ya da farklı bir merkezden destek alma durumu ve ilaç kullanma durumu,
- sigarayı bırakmak için tekrar polikliniğimize başvurmayı isteyip istemediği.

3.2.İstatiksel Analiz

Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında sigara bırakmak amacıyla polikliniğimize başvuruda bulunmuş olan 681 kişiden telefonla ulaşılarak anketimize katılmayı kabul eden 537 hasta alındı.

Çalışmamızın verileri SPSS 22.0 programına yüklenerek, verilerin incelenmesinde 2x2 ve çok gözlü düzenlerde ki-kare testi kullanılarak, tablolarda verilerimizi kişi sayısı ve yüzdesi olarak ifade ederek, yanılma düzeyi=0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyal Yaşam Özellikleri

Çalışmamıza katılan 453 bireyin 291'i (%64.2) erkek, 162'si (%35.8) kadındı. Yaşları incelendiğinde 277'inin (%61.1) 25-45 yaş aralığında olduğu belirlendi. Katılımcılarımızın 285'inin (%62.9) çocuk sahibi olduğu, 168'inin (%37.1) çocuk sahibi olmadığı tespit edildi. Meslek oranlarına bakıldığında 192 katılımcının (%42.4) memur, 91'inin (%20.1) çalışmıyor olduğu belirlendi. Çalışmamıza katılanların tümü okur yazardı ve 227'si (%50.1) üniversite mezunuydu. Katılımcıların 298'inin (%65.8) evli olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	291	64.2
	Kadın	162	35.8
	Toplam	453	100.0
Yaş grupları	18-24	54	12.0
	25-35	165	36.4
	36-45	112	24.7
	46-55	71	15.6
	56-65	43	10.6
	65 Üstü	12	1.9
Eğitim durumu	İlkokul	117	19.9
	Ortaokul	50	8.8
	Lise	59	29.2
	Üniversite	227	50.1
Meslek	Memur	192	42.4
	İşçi	48	10.6
	Serbest	69	15.2
	Çalışmıyor	91	20.1
	Öğrenci	29	6.4
	Emekli	24	5.3
Medeni durum	Evli	298	65.8
	Bekar	155	34.2
Çocuk sayısı	Yok	168	37.1
	1	66	14.6
	2	107	23.6
	3	72	15.9
	4 Ve Fazlası	40	8.8
	Toplam	453	100.0

Anketimizi uygulamak amacıyla hastalarımıza telefonla ulaştığımız sırada;

Çalışmamıza katılan 537 hastanın 453'ü verilen tedaviye başlamıştı. Bu nedenle 84 hasta çalışmadan dışlandı. Bir aylık sürede 453 hastanın 182'si (%40.1) verilen tedavi ile sigarayı bırakmıştı, 271'i (%59.9) sigarayı bırakmamıştı.

Üç aylık sürece ulaşan 407 hastamızdan 129'u (%31.7) verilen tedavi ile sigarayı bırakmıştı, 278'i (%68.3) sigarayı bırakmamıştı.

Altı aylık sürece ulaşan 327 hastamızdan 85'i (%26.0) verilen tedavi ile sigarayı bırakmıştı, 242'si (%74.0) sigarayı bırakmamıştı.

Bir yıllık sürece ulaşan 76 hastamızdan 20'si (%25.0) verilen tedavi ile sigarayı bırakmıştı, 56'sı (%75.0) sigarayı bırakmamıştı (Tablo 3).

Tablo 3. Sigara Bırakma Sürelerine göre Sigara Bırakma Durumu

Sigara Bırakma Süreleri	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam
1. ayda	182 (%40.1)	271 (%59.9)	453 (%100.0)
3. ayda	129 (%31.7)	278 (%68.3)	407 (%100.0)
6. ayda	85 (%26.0)	242 (%74.0)	327 (%100.0)
1. yılda	20 (%25.0)	56 (%75.0)	76 (%100.0)

Katılımcıların sigara bırakma durumunun başvuru yaşı, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk sayısı, meslek gibi sosyodemografik özelliklerle ilişkisi incelendiğinde bulunan farklılık istatistiksel olarak anlamsızdı ($p>0.05$). Cinsiyetle sigara bırakma başarısı ilişkisinde anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Erkek cinsiyetin bırakma başarısının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyet ile Sigara Bırakma Durumu

Cinsiyet	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam	Sonuç
Erkek	147 (%50.7)	144 (%49.3)	291 (%100.0)	$\chi^2=4.79$ $p=0.029$
Kadın	35 (%22.2)	127 (%70.8)	162 (%100.0)	
Toplam	182 (%40.1)	271 (%59.9)	453 (%100)	

Anketimizi uygulamak amacıyla hastalarımıza telefonla ulaştığımızda başvuru tarihinden itibaren;

Bir ay geçen, NRT kullanan hasta sayısı 206 idi. Bu hastaların 81'i (%39.3) 1 aylık süre boyunca sigarayı bırakmıştı.

Üç ay geçen, NRT kullanan hasta sayısı 202 idi. Bu hastaların 65'i (%32.1) 3 aylık süre boyunca sigarayı bırakmıştı.

Altı ay geçen, NRT kullanan hasta sayısı 193'tü. Bu hastaların 56'sı (%29.0) 6 aylık süre boyunca sigarayı bırakmıştı.

Bir yıl geçen, NRT kullanan hasta sayısı 70'ti. Bu hastaların 20'si (%28.5) 1 yıllık süre boyunca sigarayı bırakmıştı (Tablo 5).

Tablo 5. NRT ile Sigara Bırakma Durumu

Bırakma Süresi	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam
1. Ayda	81 (%39.3)	125 (%60.7)	206 (%100.0)
3. Ayda	65 (%32.1)	137 (%67.9)	202 (%100.0)
6. Ayda	56 (%29.0)	137 (%71.0)	193 (%100.0)
1. Yılda	20 (%28.5)	50 (%71.5)	70 (%100.0)

Anketimizi uygulamak amacıyla hastalarımıza telefonla ulaştışımızda başvuru tarihinden itibaren;

Bir ay geçen, Bupropiyon başlanan hasta sayısı 108’di. Bu hastaların 48’i (%44.4) sigarayı bırakmıştı.

Üç ay geçen, Bupropiyon başlanan hasta sayısı 68’di. Bu hastaların 23’ü (%33.8) sigarayı bırakmıştı.

Altı ay geçen, Bupropiyon kullanan hasta sayısı 21’dir. Bu hastaların 5’i (%23.8) sigarayı bırakmıştı (Tablo 6).

Tablo 6. Bupropiyonla Sigara Bırakma Durumu

Bırakma Süresi	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam
1. Ayda	48 (%44.4)	60 (%55.5)	108 (%100.0)
3. Ayda	23 (%33.8)	45 (%66.2)	68 (%100.0)
6. Ayda	5 (%23.8)	16 (%76.2)	21 (%100.0)

Anketimizi uygulamak amacıyla hastalarımıza telefonla ulaştışımızda başvuru tarihinden itibaren;

Bir ay geçen, biyorezonans başlanan hasta sayısı 146’dır. Bu hastaların 49’u (%33.6) sigarayı bırakmıştı.

Üç ay geçen, biyorezonans başlanan hasta sayısı 132’dir. Bu hastaların 38’i (%28.8) sigarayı bırakmıştı.

Altı ay geçen, biyorezonans başlanan hasta sayısı 104’tür. Bu hastaların 22’si (%21.2) sigarayı bırakmıştı (Tablo 7).

Tablo 7. Biyorezonans ile Sigara Bırakma Durumu

Bırakma Süresi	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam
1. Ayda	49 (%33.6)	97 (%66.4)	146 (%100.0)
3. Ayda	38 (%28.8)	94 (%71.2)	132 (%100.0)
6. Ayda	22 (%21.2)	82 (%78.8)	104 (%100.0)

Anketimizi uygulamak amacıyla hastalarımıza telefonla ulaştığımızda başvuru tarihinden itibaren;

Bir ay geçen, yalnızca motivasyonel görüşme yapılan hasta sayısı 21'di. Bu hastaların 4'ü (%19.0) sigarayı bırakmıştı.

Üç ay geçen, yalnızca motivasyonel görüşme yapılan hasta sayısı 16 idi. Bu hastaların 3'ü (%18.8) sigarayı bırakmıştı.

Altı aylık süresi dolmuş olan, yalnızca motivasyonel görüşme yapılan hasta sayısı 11'di. Bu hastaların 2'si (%18.0) sigarayı bırakmıştı (Tablo 8).

Tablo 8. Motivasyonel görüşme ile Sigara Bırakma Durumu

Bırakma Süresi	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam
1. Ayda	4 (%19.0)	17 (%81.0)	21 (%100.0)
3. Ayda	3 (%18.8)	13 (%81.2)	16 (%100.0)
6. Ayda	2 (%18.0)	9 (%82.0)	11 (%100.0)

Sigaraya başlama yaşı ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Sigara başlama yaşı 18 ve altında olanların sigara bırakma başarısı daha yüksek bulundu (Tablo 9).

Tablo 9. Sigara Başlama Yaşı ile Sigara Bırakma Durumu

Sigaraya Başlama Yaşı	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam	Sonuç
18 ve altı	157 (%48.2)	169 (%51.8)	326 (%100.0)	$X^2=9.75$ $p=0.021$
18 üstü	25 (%19.7)	102 (%80.3)	127 (%100.0)	
Toplam	182 (%40.1)	271 (%59.9)	453 (%100.0)	

Çalışmamıza katılan hastaların %17.6'sı (n:80) spor yapmaktaydı. Sigara bırakma başarısı ile spor yapma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0.05$). Spor yapanlarda bırakma oranı daha yüksekti (Tablo 10).

Tablo 10. Spor Yapma İle Sigara Bırakma Durumu

Spor Yapma	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam	Sonuç
Evet	55 (%68.7)	25 (%31.3)	80 (%100.0)	X ² =19.38 p=0.001
Hayır	127 (%34.2)	246 (%65.8)	373 (%100.0)	
Toplam	182 (%40.1)	271 (%59.9)	453 (%100.0)	

Çalışmamızda bulunan hastaların sigara bırakma sürecinde sigara durumlarını sorgulamak için telefonla aranma durumuyla sigara bırakmadaki başarısı arasındaki ilişki incelendiğinde bulunan farklılık istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($p<0.05$). Telefonla arananlarda bırakma başarısı daha yüksek görüldü (Tablo 11).

Tablo 11. Telefonla Aranma ile Sigara Bırakma Durumu

Telefonla Aranma	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam	Sonuç
Evet	163 (%51.4)	154 (%48.6)	317 (%100.0)	X ² =7.59 p=0.005
Hayır	19 (%14.0)	117 (%86.0)	136 (%100.0)	
Toplam	182 (%40.1)	271 (%59.9)	453 (%100.0)	

Hastalara sigara bırakma sürecinde bu süreçle ilgili aile veya arkadaşları tarafından destek verilmesinin sigara bırakma başarısına etki düzeyi incelendiğinde bulunan farklılık istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($p<0.05$). Destek verilen hastalarda bırakma başarısı daha yüksek bulundu (Tablo 12).

Tablo 12. Destek Alma ile Sigara Bırakma Durumu

Destek Alma Durumu	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam	Sonuç
Destek Alan	166 (%56.4)	128 (%43.6)	294 (%100.0)	$X^2=24.0$ $p<0.001$
Destek Almayan	16 (%11.0)	143 (%89.0)	159 (%100.0)	
Toplam	182 (%40.1)	271 (%59.9)	453 (%100.0)	

Hastalarımızın sigarayı bırakma sürecinde polikliniğe başvuru sayıları ve sigara bırakma başarısı arasındaki ilişki incelendiğinde bulunan farklılık istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($p<0.05$). Polikliniğe başvuru oranı arttıkça sigara bırakma başarısı da artmaktadır (Tablo 13).

Tablo 13. Polikliniğe Başvuru Sayısı ile Sigara Bırakma Durumu

Polikliniğe Başvuru Sayısı	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam	Sonuç
1 Kez	126 (%34.8)	236 (%65.2)	362 (%100.0)	$X^2=26.51$ $p=0.001$
2 Kez Ve Fazlası	56 (%61.5)	35 (%38.5)	91 (%100.0)	
Toplam	182 (%40.1)	271 (%59.9)	453 (%100.0)	

Hastaların bırakma konusunda kendilerine verdikleri güven değeri ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak farklılık anlamlıdır ($p<0.05$). Hastanın kendine olan güven değeri arttıkça sigara bırakma başarısı da artmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Kendine Güven Değeri ile Sigara Bırakma Durumu

Kendine Güven Değeri	Sigarayı Bırakanlar	Sigarayı Bırakmayanlar	Toplam	Sonuç
1-2	11 (%13.0)	74 (%87.0)	85 (%100.0)	$\chi^2=18.96$ p=0.004
3	77 (%40.5)	113 (%59.5)	190 (%100.0)	
4-5	94 (%52.8)	84 (%47.2)	178 (%100.0)	
Toplam	182 (%40.1)	271 (%59.9)	453 (%100.0)	

Tedavi verilen hastalarda en sık görülen yan etki alerji olmuştur. Totalde Bupropiyonla 19 kişide, NRT ile 16 kişide olmak üzere 35 kişide ilaç yan etkisi görülmüştür. Biyorezonans yöntemiyle yan etki görülmemiştir. Bupropiyonla en sık görülen yan etki GİS (gastrointestinal) semptomları; NRT ile en sık yan etki ise alerjidir (Tablo 15).

Tablo 15. Tedavi Yan Etkileri

Tedavi Yan Etkileri	n	%
Baş ağrısı - dönmesi	5	(%14.3)
Alerji	11	(%31.4)
GİS Semptomlar	8	(%22.9)
Çarpıntı	4	(%11.4)
Uyku Sorunları	3	(%8.6)
KCFT Yüksekliği	1	(%8.6)
Psikolojik Yakınmalar	3	(%2.9)
Toplam	35	(%100.0)

Hastalarımızın yaşadığı ortamlarda (ev, iş yeri) %83 oranında sigara içilmekteydi. Sigara içilmesi durumunun hastanın sigara bırakma başarısına etkisi bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Yaşadığı ortamda sigara içilen hastaların bırakma başarısı daha düşük bulundu.

Sigarayı bırakan 182 hastamızın 41'inin (%22.5) sigara kaçamağı yaptığı belirlendi. Bu kaçamağın yapılmasının en sık sebebinin %48.8 oranıyla arkadaş ortamı olduğu görüldü (Tablo 16).

Tablo 16. Kaçamak Nedenleri

Kaçamak Nedenleri	n	%
Sigara İçme İsteği	17	41.5
Stres, Üzüntü	4	9.7
Arkadaş Ortamı	20	48.8
Toplam	41	100.0

Katılımcıların sigara bırakma durumunun fagerström nikotin bağımlılık test puanı, sigara kullanım süresi (paket/yıl), günlük sigara sayısı ile ilişkisi incelendiğinde bulunan farklılık istatistiksel olarak anlamsızdı ($p>0.05$).

Sigara bırakma süreleri ve kullanılan tedavi yöntemlerini tek tabloda toparlayacak olursak 1 aylık sigara bırakma durumu NRT ile %39.3, biyorezonansla %33.6, Bupropiyonla %44.4, motivasyonel görüşme (mg) ile %19.0'dı. 3 aylık sigara bırakma durumu NRT ile %32.1, biyorezonansla %28.8, Bupropiyonla %33.8, motivasyonel görüşme ile %18.8'di. 6 aylık sigara bırakma durumu NRT ile %29.0, biyorezonansla %21.2, Bupropiyonla %23.8, motivasyonel görüşme ile %18.0'dı. 1 yıllık sigara bırakma durumu NRT ile %28.5 idi (Tablo 17).

Tablo 17. Detaylı Sigara Bırakma Durumu

Bırakma Süresi	Sigarayı Bırakanlar					Sigarayı Bırakmayanlar				
	NRT	Biyorezonans	Bupropiyon	MG	Toplam	NRT	Biyorezonans	Bupropiyon	MG	Toplam
1 Ay	81 (%39.3)	49 (%33.6)	48 (%44.4)	4 (%19.0)	182 (%40.1)	125 (%60.7)	97 (%66.4)	60 (%55.5)	21 (%81.0)	271 (%59.9)
3 Ay	65 (%32.1)	38 (%28.8)	23 (%33.8)	3 (%18.8)	129 (%31.7)	137 (%67.9)	94 (%71.2)	45 (%66.2)	13 (%81.2)	278 (%68.3)
6 Ay	56 (%29.0)	22 (%21.2)	5 (%23.8)	2 (%18.0)	85 (%26.0)	137 (%71.0)	82 (%78.8)	16 (%76.2)	9 (%82.0)	242 (%74.0)
1 yıl	20 (%28.5)	-	-	0 (%0)	20 (%25.0)	50 (%71.5)	-	-	6 (%100.0)	56 (%75.0)

5. TARTIŞMA

Sigara ve diğer tütün ürünlerini kullanmak en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Aynı zamanda ülkemiz açısından önemli düzeyde mali kayba sebep olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 yılı Avrupa Tütün Kullanım Raporu'na göre; sigara kullanımı erken ölüm riskini artırmaktadır ve tütün kullanımı dünyadaki erken ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Tüm ölümler içinde yüzde 18 üzerinde bir yere sahip olduğu belirtilmektedir (135).

Sigarayı bırakmak çok önemli olmakla birlikte, sigarayı kendi kendine bırakmaya çalışan sigara içicilerinin %90-95'i bir yıl içinde tekrar sigaraya başlamaktadır (88). Bu nedenle sigara bırakma konusunda verilecek destek ve tedavi yöntemleri önem arz etmektedir.

Sigara bırakma birimleri tütün ile savaşın yapıldığı ana merkezlerdir (53). Biz de bu doğrultuda hastanemizde hizmet vermekte olan sigara bırakma polikliniğimizin verilerini inceleyerek sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri tespit edip polikliniğimize ve hastalarımıza katkı sağlamayı amaçladık.

2020 TÜİK verileri incelendiğinde en sık sigara kullanımının 35-44 yaş aralığında olduğu belirlendi (3). Bizim çalışmamızda da polikliniğimize başvuran hastaların yaşlarına bakıldığında toplumla uyumlu olarak çoğunluğu 25-45 yaş aralığındaydı (%61.1). Fidan ve arkadaşlarının 2003-2004 tarihlerinde yürüttüğü çalışmada, Afyon'da bir sigara bırakma polikliniğine başvurmuş 135 hastadan 50 yaş ve üzerinde olanların sigara bırakmadaki başarılarının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p=0.035$) (136). Argüder ve arkadaşlarının 2010-2011 tarihlerinde yürüttüğü çalışmada da bir sigara bırakma polikliniğine başvuran 400 olgunun 3 ay sonunda tedavi sonuçları analiz edildiğinde, sigarayı bırakanların yaş ortalamaları bırakmayanlara göre yüksek olarak tespit edilmiştir ($p=0.046$) (137). Bazı çalışmalarda ise yaş ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (6,138). Bizim çalışmamızda da başvuru yaşının sigara bırakma başarı oranıyla ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı seviyede fark tespit edilmedi ($p>0.05$).

Çalışmamıza katılan hastaların %64.2'si erkekti. Uzaslan ve arkadaşları tarafından Bursa'da (139), Solak ve arkadaşları tarafından İzmir'de yürütülen bir çalışmada (140) ve ayrıca Afyon'da yürütülen bir çalışmada da (136), bizim çalışmamızla benzer olarak sigara bırakma merkezlerine müracaat eden erkek birey

sayısı daha fazladır. Bu durum sigara içme prevalansının erkeklerde fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir (141).

Kanatsız ve arkadaşlarının yapmış olduğu sigara bırakmada etkisi olan ve farmakolojik tedavilerin değerlendirilmesi çalışmasında, 2011-2012 yılları arasında İstanbul'da bir sigara bırakma polikliniğine başvuran 422 hastanın %55.5'i erkek olup, cinsiyetle sigara bırakmadaki başarısı arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.495$) (142). Huang ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada yıl 2014'te Kuzey Tayvan'daki bir sigara bırakma birimine başvuran ve 6 ay sonra telefonla aranarak bilgi alınan 877 hastanın %77.8'i erkek olup, cinsiyetle sigara bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p=0.076$) (143). Sağlam ve arkadaşlarının 2012'de yürüttüğü bir çalışmanın sonucunda ise erkekler sigara bırakmada daha başarılı olmuşlardır (144). Sigara bırakmada erkeklerin daha başarılı olduğunu gösteren başka çalışmalarda (64,68,145) mevcuttur. Bizim çalışmamızda da sonuçlar literatürle uyumluydu, cinsiyetin sigara bırakma başarısına olan etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0.05$). Erkeklerde sigara bırakma başarısı daha yüksekti.

Çalışmamıza katılanların %65.8'i ($n:298$) evliydi. Yapılan birçok sigara bırakma çalışmasında da sigara bırakmak için başvuruda bulunan bireylerin çoğunluğu evliydi (146). Şahbaz ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmanın sonuçları evli olanların sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (147). İngiltere'de yürütülen bir çalışmanın sonuçları da evli olanlarda sigara bırakma başarısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (148). Argüder ve arkadaşlarının 2013 yılında yürüttüğü bir araştırmada ise medeni durum ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir (137). Bizim çalışmamızda da medeni durumun sigara bırakma başarısına olan etkisine bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark bulunmadı. ($p>0.05$).

Çalışmamızdaki katılımcıların %50.1'i ($n:227$) üniversite mezunuydu. Eğitim durumuyla ilgili yapılan birçok çalışmayı incelediğimizde, üniversite ve üzerinde eğitime sahip olanların oranı %30.5 ile %65.1 arasında değişim göstermekteydi (137,149–152). Eğitim seviyesinin sigara bırakma başarısına etki ettiğini ve eğitim seviyesi düşük olanların sigara bırakma başarısının da düşük çıktığını gösteren birkaç araştırma mevcuttur (148,153–156). Argüder ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyinin sigara bırakma durumunu etkilemediği bulunmuştur (137). Bizim

çalışmamızda da eğitim durumunun sigara bırakma üzerine etkisi incelendiğinde farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Çalışmamızdaki katılımcıların %42.4'ü (n:192) memur olarak çalışmakta idi. Berkeşoğlu ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı bir çalışmada, çalışmakta olanlarda sigara bırakma başarı yüksekliği gösterilmiş (6), Fai ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada ise meslekle sigara bırakma başarısı ilişkisine bakıldığında çalışmayanların daha fazla oranda sigarayı bıraktıkları gösterilmiştir (157). Monso ve arkadaşlarının 2001 yılında İspanya'da yürütmüş olduğu bir çalışmada meslekle sigara bırakmadaki başarı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (158). Esen ve arkadaşlarının 2015-2016 yılları arasında İstanbul'da yürütmüş olduğu bir çalışmada da meslek ve sigara bırakma durumu arasında ilişki bulunmamıştır (159). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak meslek ile sigara bırakma başarı ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0.05$).

Çalışmamızda hastaların %71.9'unun (n:326) sigara başlama yaşı 18 yaş öncesidir. Yürütülen bazı çalışmalarda gençlerde sigaraya başlama yaşı 11-18 yaş aralığında gösterilmiştir (160–162). Sigaraya başlama yaşının sigara bırakma başarısına etkisi incelendiğinde; Koçak ve arkadaşlarının İstanbul'da yapmış olduğu bir çalışmada 550 hastada bir yıl sonunda sigara bırakma başarı oranlarına bakıldığında, sigaraya erken yaşta başlayanların daha başarısız oldukları belirlenmiştir (163). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da 15 yaşından küçükken sigaraya başlayanlar, 15 yaşından büyükken başlayanlara göre daha az oranda sigarayı bırakabilmişlerdir (136). Bazı çalışmalarda ise başlama yaşı ile bırakma başarısı arası anlamlı ilişki bulunmamıştır (164,165). Bizim çalışmamızda ise sigaraya başlama yaşı ile sigara bırakma başarı ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Diğer çalışmaların aksine 18 yaş altında sigaraya başlayanların sigara bırakma başarısı daha yüksek bulundu.

Fagerström nikotin bağımlılık testi puanı çalışmamızdakilerin %39.7'sinin (n:180) çok yüksek olarak bulunmuştur. Yaşar ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada sigarayı bırakanların FNBT puan ortalamasının, bırakmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu gösterilmiştir (166). Fai ve arkadaşlarının 2016 yılında yapmış olduğu bir çalışmada FNBT skoru düşük olanların sigara bırakma başarısı daha yüksek gösterilmiştir (157). Yapılan birkaç çalışmada ise FNBT puanının sigara bırakmayı başarmayla ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur

(167–169). Bizim çalışmamızda da FNBT puanı ile sigara bırakma başarısı ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı seviyede fark bulunmadı ($p>0.05$).

Çalışmamızda sigara içme sürelerine (paket/yıl) bakıldığında %39.3'ünün (n:178) 11-20 paket/yıl aralığında içtiği görülmüştür. Bacha ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre sigarayı bırakanların bırakmayanlara göre anlamlı derecede daha az sigara paket/yıla sahip olduğu gösterilmiştir (170). Raherison ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya göre sigara bırakma başarısı ile sigara paket/yıl arasında anlamlı fark bulunmamıştır (171). Bizim çalışmamızda sigara içme süreleriyle (paket/yıl) sigara bırakma başarı ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Çalışmamızda günlük içilen sigara sayısına bakıldığında %58.4'ünün (n:265) 11-20 aralığında sigara içtiği belirlendi. Pezzuto ve arkadaşları 2018 yılında yaptıkları çalışmada günlük içilen sigara adeti fazla olanların, sigara bırakma başarılarının daha düşük olduğunu göstermiştir (172). Pıçakçefe ve arkadaşları tarafından Muğla'da 2015-2016 yılları arasında yürütülmüş bir çalışmada, sigara bırakmak isteyen 335 kişinin %75.4'ü (n:135) 20 adet ve altı, %24.6'sı (n:200) 21 adet ve üzeri sigara kullanıyor olup, günlük içilen sigara sayısının bırakma başarısına etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p=0.414$) (138). Başka çalışmaların sonuçları da günlük kullanılan sigara sayısının bırakma başarısına etkisinin olmadığı yönündedir (173,174). Bizim çalışmamızda da literatüre uyumlu olarak günlük içilen sigara sayısı ile sigara bırakma başarı ilişkisi incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi ($p>0.05$).

Sigara bırakma deneme sayısı ile bırakma başarısı arasındaki ilişki incelendiğinde; Joo ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, bırakma deneme sayısı arttıkça bırakma başarısının da artmış olduğu tespit edilmiştir (175). Raherison ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan bir çalışmada sigara bırakmada deneme sayısı arttıkça bırakma başarı sıklığının azaldığı gösterilmiştir (171). Yaşar ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada sigara bırakma deneme sayısı ile bırakma başarısı arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark gösterilmemiştir (168). Bizim çalışmamızda da sigara bırakma deneme sayısı ile bırakma başarısı arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farka rastlanmadı ($p>0.05$).

Sigara bırakma oranlarına bakıldığında ülkemizde yapılmış bir çalışmada 3. ay bırakma başarısı %36.5 olarak gösterilmiştir (137). Salepçi ve arkadaşları 24 hastaya ilaç tedavisi, 79 hastaya davranış terapi, motivasyonel görüşme yapmış ve 1 yıl süresince hastaları sıkı takip ederek sigara bırakmadaki başarı oranını 15. günde %75,

3. ayda %54, 6. ayda %48.5, 1. yılda %41.2 olarak bulmuşlardır (149). Kuzey Tayvan'da yapılan bir çalışmada 877 hastada ise 6. aydaki bırakma oranı %37.7 olarak bulunmuştur (143). Marakoğlu ve arkadaşlarının Konya'da 2011-2014 yılları arasında yürütmüş olduğu bir çalışmada, sigara bırakma polikliniğine gelen 3322 hastanın sigara bırakma genel başarı oranına bakıldığında 1. ay %55.8, 3. ay %40, 6.ay %30.7 olarak bulunmuştur (176).

Bizim çalışmamızda ise Ocak -Aralık 2022 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran ve anketimize katılan sigara bırakma tedavisi kullanan 453 hastanın sigara bırakma durumları incelendiğinde; 1 aylık sigara bırakma oranı %40.1, 3 aylık sigara bırakma oranı %31.7, 6 aylık sigara bırakma oranı %26.0, 1 yıllık sigara bırakma oranı %25.0'dı.

Sigara bırakma başarı oranı ve uygulanan tedavi yöntemi ilişkisi incelendiğinde; Mutlu ve arkadaşlarının 2012-2013 yılları arasında Çanakkale'de bir sigara bırakma birimine başvurmuş 127 hastanın 6 aylık sigara bırakma oranı %32.3 olarak gösterilmiştir. Sigarayı bırakanlara verilen tedavi seçenekleri incelendiğinde %3.7'sinin yalnızca davranış tedavisi ile, %18.3'ünün NRT ile, %34.1'inin Bupropiyon ve %36.7'sinin Vareniklin ile sigarayı bırakmış olduğu belirlenmiştir ve sonuç olarak verilen tedavi yöntemleriyle sigara bırakma başarıları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Vareniklin ve Bupropiyonun daha başarılı olduğu görülmüştür (177). Başka bir çalışmada 634 kişiden sadece NRT verilen 297 hastanın en az bir yıl takip sonucunda sigara bırakma oranı; 15. günde %46.8, 1. yılda %33.6 iken; başlangıçta sadece kısa bilgilendirme yapılan hastaların bırakma oranı ise 15. günde %11.8, 1. yılda %10.9 olarak belirlenmiştir (178). Diğer bir çalışmada 162 kişiden 46'sına (%28.4) 8 haftadan uzun Vareniklin verilmiş ve sigara bırakma başarıları birinci ayda %38.8 oranında, üçüncü ayda %37.0 oranında, altıncı ayda %36.6 ve birinci yılda %32.1 oranında bulunmuştur (179). Cahill ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada sigara bırakma sonuçları; Vareniklin %27.6, NRT %17.6, Bupropiyon %19.1, plasebo %10.6 olarak bulunmuştur yani Vareniklin, NRT ve Bupropiyondaki başarı plasebodan fazladır ve NRT kombinasyonları (örneğin, yama artı inhaler) ise %31.5 oranında sigara bırakmada en etkili sonuç olmuştur (180). Argüder ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada sigara bırakma başarıları NRT ve davranış terapisiyle %14.5, Bupropiyon ve davranış terapisiyle %21, Vareniklin ve davranış terapisi birlikte kullanıldığında ise %34 olarak belirlenmiştir (137).

Çalışmamızda tedavi yöntemlerine göre bırakma sürelerini detaylı incelediğimizde Bupropiyon kullananların 1 aylık sigara bırakma oranı %44.4, 3 aylık sigara bırakma oranı %33.8, 6 aylık sigara bırakma oranı %23.8'di. NRT kullananların 1 aylık sigara bırakma oranı %39.3, 3 aylık sigara bırakma oranı %32.1, 6 aylık sigara bırakma oranı %29.0, 1 yıllık sigara bırakma oranı %28.5'ti. Yalnızca motivasyonel görüşme yapılanların 1 aylık sigara bırakma oranı %19.0, 3 aylık sigara bırakma oranı %18.8, 6 aylık sigara bırakma oranı %18.0'dı. Bupropiyon kullananların sigara bırakma başarısı daha yüksekti.

Polikliniğimizde sigara bıraktırmak amacıyla kullanmış olduğumuz tedavi yöntemlerinden biri de biyorezonans yöntemidir. Marakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada biyorezonans yöntemiyle sigara bırakma başarı oranları incelendiğinde 1. ayda %66.3 (238/359), 3. ayda %46.6 (144/309) olarak gösterilmiştir (181). Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada biyorezonans yöntemi ve motivasyonel görüşme beraber kullanılarak sonuçlar incelendiğinde, 1. ayda sigara bırakma oranı %59.2 (925/1338) olarak belirlenmiştir (119). Biyorezonans yöntemi ile yapılan bir başka çalışmada ise sigara bırakma başarı oranları 1. haftada %46.5, 1. ayda %35, 3. ayda ise %28.1 olarak gösterilmiştir (182). Bizim çalışmamızda ise Biyorezonans ve motivasyonel görüşme ile 1 aylık sigara bırakma oranı %33.6, 3 aylık sigara bırakma oranı %28.8, 6 aylık sigara bırakma oranı %21.2 olarak tespit edildi. Çalışmamıza katılan biyorezonans kullanan hastaların; sigara bırakma kararlılığının az olması, yöntemi sadece denemek için kullananların olması literatüre göre başarı oranındaki düşüklüğünün sebebidir.

Sigara bırakmada kullanılan farklı tedavi yöntemlerinde görülen yan etkiler incelendiğinde, 2009 yılında Dugan ve Garrison tarafından yürütülen bir araştırmada bupropiyon ve vareniklin ile en sık karşılaşılan ilaç yan etkileri; uyku ile ilgili sorunlar, bulantı, uykusuzluk ve baş ağrısı olmuştur (183). Koçak ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada vareniklin ve bupropiyon ile; bulantı ve uyku bozukluğu sık görülmüştür (163). Cahill ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmadaki yan etkiler ise; nörolojik bulgular, GİS bulguları, uyku problemleri ve bulantı olarak tespit edilmiştir (184). Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise en sık görülen yan etki NRT ile lokal cilt reaksiyonlarıdır (178) Bizim çalışmamızda sık karşılaşılan yan etkiler bupropiyon ve NRT ile ; alerji, GİS semptomları, çarpıntı, uyku problemleri olarak belirlendi. NRT ile görülen alerji yan etkisi istatistiksel olarak diğer yan etkilerden anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$).

Hastaları verilen tedavi yöntemlerine karşı gelişebilecek istenmeyen etkiler hakkında bilgilendirmek ve bu durumlarla karşılaşılması halinde tekrar başvurmalarını söylemek sigara bırakma başarılarının artmasını ve hastanın tedaviyi daha doğru şekilde kullanmasını sağlayacaktır.

Hastaların bırakma sürecinde telefonla aranma durumunun sigara bırakma başarısına etkisi incelendiğinde; Simon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, telefonla aranan hastalardaki başarı aranmayanlara göre daha fazladır (185). Ayrıca telefonla aranmanın etkisinin olduğu sonucuna varan başka çalışmalar da mevcuttur (186,187). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde telefonla aranan hastalarda sigara bırakma başarısı, aranmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlendi ($p<0.05$). Hastaların sigara bırakma sürecinde yüz yüze ya da telefonla görüşerek, yaşadığı sorunları paylaşmaları, bu konuda destek ve öneri almalarının sigara bırakmadaki başarılarını artıracığı düşünülmektedir.

Sigara bırakma başarısına aile ve arkadaş desteğinin etkisi incelendiğinde, kısa süre için desteğin etkisinin olduğu fakat uzun dönem için etkisinin olmadığını ortaya koyan bazı çalışmalar vardır (188,189). Sigara bırakma döneminde çevreden gelen desteğin önemli olduğunu ortaya çıkaran çalışmalar da mevcuttur (190,191). Bizim çalışmamızda sigara bırakma sürecinde görülen aile, arkadaş desteği durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($p<0.05$). Destek görenlerde bırakma oranı daha yüksek görüldü.

Sigara bırakma için görüşme yapılan hastaların yakınları, sosyal çevresine de bilgilendirme yapmak ona sağlanacak destek ve bu sayede ortaya çıkacak sigara bırakma başarısı açısından önemli yer tutmaktadır.

Alkol tüketiminin sigara bırakma başarısına etkisi incelendiğinde Raherison ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılan bir çalışmada Fransa’da bir sigara bırakma birimine başvuran 198 hastanın sigarayı bırakma başarısı ile alkol tüketimi arasında negatif ilişki gösterilmiştir (171). Başka bir çalışmada ise Koçak ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmış olup, sigaraya tekrar başlayanların alkol kullanım oranı anlamlı düzeyde yüksek gösterilmiştir (163). Bizim çalışmamızda alkol kullanma durumunun sigara bırakmaya etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Spor yapmanın sigara bırakmaya etkisini inceleyen 14 çalışmanın analiziyle hazırlanan derlemede, sigara kullanma isteğini ve yoksunluk semptomlarını kontrol etmeye yardımcı olması amacıyla küçük dozlarda egzersizin tavsiye edilmesi

gerektiğini belirlemişlerdir (192). Bir başka meta-analizde 15 çalışmanın verileriyle değerlendirilmiş, 12'sinde spor yapmanın sigara kullanma isteğine karşı olumlu bir etkisi olduğunu ortaya koymuşlar ve spor yapmanın sigara içme isteği ve nikotin yoksunluk belirtilerini olumlu etkileyebileceğini tespit etmişlerdir (193). Bizim çalışmamızda spor yapmanın sigara bırakmaya etkisi incelendiğinde de benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olumlu etkisi olduğu görüldü ($p<0.05$).

Sigara bırakmak için görüşme yaptığımız hastalara yaşam tarzı değişiklikleri, spor yapma, yürüyüş yapma, yeni hobiler geliştirme gibi öneriler sigara bırakmasına fayda sağlaması açısından önemlidir.

Hastaların polikliniğe gelme sayısının sigara bırakma başarısıyla ilişkisi değerlendirildiğinde; Pıçakçıefe ve arkadaşları tarafından Muğla'da 2015-2016 yılları arasında yapılmış olan bir çalışmada, 335 kişide başvuru sayısı artmasıyla, sigara bırakma başarısının arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu gösterilmiştir ($p=0.001$) (138). Huang ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise birin üzerinde yapılan başvurunun altı aydaki sigara bırakma başarısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir ($p=0.026$) (143). Joo ve arkadaşları tarafından 2015-2017 yılları arasında yapılan çalışmada, Güney Kore'de 205 kişide sigara bırakma birimine düzenli aralıklarla gelmelerinin sigara bırakma başarısını arttırdığı tespit edilmiştir (175). Bizim çalışmamızda polikliniğe yapılan başvuru sayısı ile sigara bırakma başarısı arası ilişki incelendiğinde literatürle uyumlu olarak bulundu. Polikliniğimize başvuru sayısı arttıkça sigara bırakma başarısının da anlamlı düzeyde arttığı görüldü ($p<0.05$).

Sigara bırakma için başvuran hastalarla mümkün olduğunca net tarihlerle görüşme randevusu ayarlamak hastaların polikliniğe gelme sayısının ve bu sayede sigara bırakma başarısının artmasını sağlayacaktır.

Çalışmamızdaki kısıtlılıklar; polikliniğimizde Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz temin edilen tedavi yöntemlerinin farklı zamanlarda elimizde olması en önemli kısıtlılıktı. 2022 yılı Ocak, Şubat, Mart, Nisan, Mayıs, Haziran aylarında elimizdeki tek sigara bırakma yöntemi NRT idi. Kasım, Aralık aylarında elimizdeki tek sigara bırakma yöntemi Bupropiyonu. Biyorezonans uygulaması ise Temmuz, Ağustos, Eylül, Ekim Aylarında uygulandı. Tedavi yöntemlerinin aynı dönemde izlemine sağlayamadığımız için tedavi yöntemlerinin kıyaslaması zorlaşmıştı. Çalışmada kullandığımız verilerin kişisel ifadelere dayanması, kişilere telefonla ulaşma konusunda zorluk çekme, tanınmayan numaraların açılmaması, katılımcıların çalışmaya zaman ayırmak istememesi, sorulan sorulara cevap vermek istememeleri,

yanlış telefon numarası, telefon numarasının değişmesi ya da bilinmeyen numaralara kapatılması gibi iletişimsel sorunlar çalışmamızdaki önemli kısıtlılıklardandı.

Diğer kısıtlılık, Sağlık Bakanlığı'nın ücretsiz sağladığı tedavi yöntemlerinden vareniklin etken maddeli ilaç 2021 Ağustos ayında Türkiye de toplatıldığı için bu yöntemin kullanılamamış olmasıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastalardaki bir yıllık sigara bırakma oranları ve bırakmayı etkileyen faktörler incelendi.

Ocak 2022-Aralık 2022 tarihlerinde polikliniğimize başvuran 453 hastanın kullanılan tedavi yöntemi ile 1 aylık sigara bırakma oranı %40.1 (n:182), 3 aylık %31.7 (n:129), 6 aylık %26 (n:85), 1 yıllık %25 (n:20) olarak tespit edildi. Bu sonuçlar hastaların sigarayı bırakma sonrasında sık kontrol edilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

1 aylık sigara bırakma oranı NRT kullananlarda %39.3, Bupropiyon kullananlarda %44.4, biyorezonans uygulananlarda %33.6, yalnızca motivasyonel görüşme yapılanlarda %19.0'dı. 3 aylık sigara bırakma durumu NRT ile %32.1, biyorezonansla %28.8, Bupropiyonla %33.8, motivasyonel görüşme ile %18.8'di. 6 aylık sigara bırakma durumu NRT ile %29.0, biyorezonansla %21.2, Bupropiyonla %23.8, motivasyonel görüşme ile %18.0'dı. 1 yıllık sigara bırakma durumu NRT ile %28.5 idi.

Hastalarımızın verilen tedaviyi kullanma süresi arttıkça sigara bırakma başarısının da artmakta olduğu görüldü. Tedaviyi düzenli ve önerilen sürelerle uygun kullanmanın tedavi başarısını artıracakı gözlemlendi.

Hastalara sigarayı bıraktıktan sonra yaşayabilecekleri sorunlardan bahsedilmeli, bu sorunlarla nasıl başa edecekleri konusunda bilgi verilmelidir. Hastalara stresle başa çıkma yollarından bahsedilmesi ve hastaların bu yollara başvurması nüks riskini azaltabilir.

Hastalarımızın başvuru anındaki yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, çocuk sayısı, Fagerström nikotin bağımlılık test düzeyi, günlük kullanılan sigara sayısı, paket/yılı ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Hastaların sigaraya başlamadaki yaş 18'den küçük olanların sigara bırakma başarısı daha yüksek bulundu.

Hastalarımızın sigara bırakma durumuyla ilgili görüşmek için telefonla aranmasının sigara bırakma başarısını artırdığı görüldü. Bu da hastayı telefonla aramanın takiplerdeki yerinin önemini göstermektedir.

Sigara bırakma sürecinde aile veya arkadaş tarafından destek görmenin sigara bırakma başarısını artırdığı belirlendi. Bırakma sürecine giren hastaların sosyal

evresine bilgilendirmede bulunulmalı, sigarayı bırakma konusunda destek vermeleri söylenmelidir.

Hastalarımızın spor yapma oranı arttıkça sigara bırakma başarısının da arttığı gözlemlendi. Bu nedenle hastalara spor yapmalarını önermek, hem sigara bırakmaya yardımcı olacak hem de sigara bırakma döneminde kilo artışının önüne geçilmesini sağlayacaktır.

Hastalarımızın alkol, madde kullanım durumuyla sigara bırakma başarısı arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Yaşanılan ortamda sigara içiliyor olmasının, hastalarımızın sigara bırakma başarısını olumsuz etkilediğı görüldü. Sigara bırakma sürecine başlayan bireylerin sigara içilen mekânlardan olabildiğince uzak kalmaları gerekmektedir. Ayrıca sigara içme yasaklarının etkili bir biçimde uygulanması konusunda tüm toplum sorumluluk almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bilir N, Eds AZ Aytemur, S Akçay, O Elbek. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. :21-23s.
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Tütünle Mücadele Süreci, 2016.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. 2021a. İstatistik Veri Portalı [İnternet]. [a.yer 29 Mayıs 2023].
4. GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey 2016 [İnternet]. [a.yer 29 Mayıs 2023].
5. Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu (2014) [İnternet]. 2014 [a.yer 29 Mayıs 2023].
6. Berkeşoğlu Ç, Özgür ES, Demir AU. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 25 Aralık 2018;11(3):355-65.
7. Koszowski B, Goniewicz M, Czogała J. [Alternative methods of nicotine dependence treatment]. Przegl Lek. 2005;62(10):1176-9.
8. Barış Yi. 2017. Tütün Kullanımının Tarihçesi [Online]. [İnternet]. 2017 [a.yer 29 Mayıs 2023].
9. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic. 2019 [İnternet]. 2019 [a.yer 29 Mayıs 2023].
10. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün (Nicotiana tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı Le Developpement Historique et la Dispersion Géographique de la Cultivation de Tabac en Turquie. Doğu Coğrafya Derg. 31 Ocak 2014;18(30):0.
11. Cunningham R. Smoke & Mirrors: The Canadian Tobacco War. IDRC .Books,Ottawa, Cairo, Dakar, Johannesburg etc. [İnternet]. 1996 [a.yer 12 Haziran 2023].
12. Mackay JL, Eriksen MP. The tobacco atlas [İnternet]. World Health Organization; 2002 [a.yer 29 Mayıs 2023].

13. Seydioğulları M. Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. Tütün ve Tütün Kontrolü. 2009;3–20 [İnternet]. [a.yer 29 Mayıs 2023].
14. Özel İhtisas Komisyonu. Tütün ve Tütün Ürünleri Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Dokuzuncu kalkınma raporu Ankara; 2007. Devlet Planlama Teşkilatı; 2007. 172s s.
15. Tütün Mamüllerinin Zararları Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun [İnternet]. 2008 [a.yer 29 Mayıs 2023]. T.C. Resmî Gazete.
16. Crews KM, Payne TJ. Tobacco update: scientific advances, clinical perspectives. Am J Med Sci. Ekim 2003;326(4):165-6.
17. Otan H, Apti R. Tütün. 1.baskı. İzmir: ETAEM yayını, 1989:9.
18. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. Eur Respair Mon. 01 Ocak 2002;21.
19. What’s In a Cigarette? American Lung Association [İnternet]. [a.yer 30 Mayıs 2023].
20. Smith CJ, Perfetti TA, Garg R, Hansch C. IARC carcinogens reported in cigarette mainstream smoke and their calculated log P values. Food Chem Toxicol Int J Publ Br Ind Biol Res Assoc. Haziran 2003;41(6):807-17.
21. Malaiyandi V, Sellers EM, Tyndale RF. Implications of CYP2A6 genetic variation for smoking behaviors and nicotine dependence. Clin Pharmacol Ther. Mart 2005;77(3):145-58.
22. Cahn Z, Siegel M. Electronic cigarettes as a harm reduction strategy for tobacco control: a step forward or a repeat of past mistakes? J Public Health Policy. Şubat 2011;32(1):16-31.
23. Kallischnigg G, Weitkunat R, Lee PN. Systematic review of the relation between smokeless tobacco and non-neoplastic oral diseases in Europe and the United States. BMC Oral Health. 01 Mayıs 2008;8:13.
24. Samet JM. Smoking kills: experimental proof from the Lung Health Study. Ann Intern Med. 15 Şubat 2005;142(4):299-301.
25. Tansey T, Reynolds L. WHO Framework Convention On Tobacco Control. 2012.

26. Warner KE, Mackay J. The global tobacco disease pandemic: nature, causes, and cures. *Glob Public Health*. 2006;1(1):65-86.
27. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition [İnternet]. [a.yer 30 Mayıs 2023].
28. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Yayın No:948 [İnternet]. [a.yer 30 Mayıs 2023]. E
29. Rakel RE Houston T. Nikotin Bağımlılığı. Bölüm 49. RAKEL Aile Hekimliği. Elsevier Health Sciences; 2019. 1133-1151 s.
30. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ*. 08 Ekim 1994;309(6959):937-9.
31. Haghani A, Arpawong TE, Kim JK, Lewinger JP, Finch CE, Crimmins E. Female vulnerability to the effects of smoking on health outcomes in older people. *PloS One*. 2020;15(6):e0234015.
32. Global Burden of Disease [database]. Washington, DC: Institute of Health Metrics; 2019. IHME [İnternet]. [a.yer 30 Mayıs 2023].
33. T.C. Sağlık Bakanlığı , Müdürlüğü TSHG. 2010. Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı. Ankara: Anıl Matbaacılık. p. 17-23.
34. Smith JA. Commentary on “prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: Mortality results after 13 years of follow-up”. Division of Urologic Surgery, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO 63130, USA: *J. Natl Cancer Inst* 2012; 104(2):125-32. Epub January 6, 2012. *Urol Oncol*. 2012;30(6):960-1.
35. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, vd. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 04 Ağustos 2011;365(5):395-409.
36. Chang SS. Re: Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. *J Urol*. Ağustos 2020;204(2):384.
37. Karlikaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z. Tütün Kontrolü *Toraks Dergisi* 2006; 7(1):51-64.

38. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınç O, Örsel O, Özcebe H ve ark. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı Sağlık Bakanlığı Yayınları (Nb. 796);2010 [İnternet]. [a.yer 30 Mayıs 2023].
39. Tobacco use and effects on health. Chapter 1. Tobacco Or Health In The European Union Past, Present And Future, The Aspect Consortium Executive Summary. 2004: 25-68 p [İnternet]. [a.yer 30 Mayıs 2023].
40. Centers for Disease Control and Prevention (US), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US), Office on Smoking and Health (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General [İnternet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010 [a.yer 30 Mayıs 2023]. (Publications and Reports of the Surgeon General).
41. Doll R, Hill AB. The Mortality of Doctors in Relation to Their Smoking Habits. Br Med J. 26 Haziran 1954;1(4877):1451-5.
42. Edwards R. The problem of tobacco smoking. BMJ. 24 Ocak 2004;328(7433):217-9.
43. de Angelis C, Nardone A, Garifalos F. Smoke, alcohol and drug addiction and female fertility. Reprod Biol Endocrinol RBE. 12 Mart 2020;18(1):21.
44. Moore E, Blatt K, Chen A, Van Hook J, DeFranco EA. Relationship of trimester-specific smoking patterns and risk of preterm birth. Am J Obstet Gynecol. Temmuz 2016;215(1):109.e1-6.
45. Dherani M, Zehra SN, Jackson C, Satyanaryana V, Huque R, Chandra P, vd. Behaviour change interventions to reduce second-hand smoke exposure at home in pregnant women - a systematic review and intervention appraisal. BMC Pregnancy Childbirth. 14 Kasım 2017;17(1):378.
46. Shafey O. The tobacco atlas. 3rd ed., completely rev. and updated. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2009.
47. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015 [İnternet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [a.yer 30 Mayıs 2023].

48. Subramanian J, Govindan R. Lung cancer in never smokers: a review. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 Şubat 2007;25(5):561-70.
49. Heerfordt C, Heerfordt IM. Has there been an increased interest in smoking cessation during the first months of the COVID-19 pandemic? A Google Trends study. *Public Health*. Haziran 2020;183:6-7.
50. Hassan MM, Abbruzzese JL, Bondy ML, Wolff RA, Vauthey JN, Pisters PW, vd. Passive smoking and the use of noncigarette tobacco products in association with risk for pancreatic cancer: a case-control study. *Cancer*. 15 Haziran 2007;109(12):2547-56.
51. Organization WH. WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization; 2003.
52. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco [Internet]. World Health Organization; 2011 [a.yer 30 Mayıs 2023].
53. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package [Internet]. World Health Organization; 2008 [a.yer 30 Mayıs 2023].
54. Bilir N, Çak B, D. E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa, 2010.
55. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. [Internet]. [a.yer 30 Mayıs 2023].
56. Murray EW, Williams C, Christiansen BA, Fiore MC, Baker TB, Bailey WC, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*. Ağustos 2008;35(2):158-76.
57. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA*. 28 Haziran 2000;283(24):3244-54.
58. Fletcher C, Peto R, Tinker C, Speizer FE. The natural history of chronic bronchitis and emphysema. An eight-year study of early chronic obstructive lung disease

- in working men in London. Nat Hist Chronic Bronchitis Emphysema Eight-Year Study Early Chronic Obstr Lung Dis Work Men Lond [Internet]. 1976 [a.yer 30 Mayıs 2023];
59. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3(3-4):235-41.
60. Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J.* Kasım 1990;69(11):763-5.
61. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V, vd. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis#.
62. Balfour DJK. The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus accumbens [corrected]. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* Aralık 2004;6(6):899-912.
63. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J.* 25 Haziran 1977;1(6077):1645-8.
64. Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. *Chest.* Mayıs 2003;123(5):1730-9.
65. Aveyard P, Griffin C, Lawrence T, Cheng KK. A controlled trial of an expert system and self-help manual intervention based on the stages of change versus standard self-help materials in smoking cessation. *Addict Abingdon Engl.* Mart 2003;98(3):345-54.
66. Boztaş MH, Abatan E. Sigara Bırakmada İlaç Tedavisi (İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı). 2013;16:110-6.
67. Ussher M, West R, Steptoe A, McEwen A. Increase in common cold symptoms and mouth ulcers following smoking cessation. *Tob Control.* Mart 2003;12(1):86-8.
68. Griesel AG, Germishuys PJ. Salivary immunoglobulin A levels of persons who have stopped smoking. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* Şubat 1999;87(2):170-3.

69. Meyers AW, Klesges RC, Winders SE, Ward KD, Peterson BA, Eck LH. Are weight concerns predictive of smoking cessation? A prospective analysis. *J Consult Clin Psychol*. Haziran 1997;65(3):448-52.
70. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 Ocak 2012;1:CD006219.
71. Bolam B, West R, Gunnell D. Does smoking cessation cause depression and anxiety? Findings from the ATTEMPT cohort. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. Mart 2011;13(3):209-14.
72. Özkan M, Öztuna F, Karlikaya C, Solak AZ, Örsel O. Tütün kontrolü. *Toraks Derg*. 2006;7(1):51-64.
73. Office on Smoking and Health (US). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006. (Publications and Reports of the Surgeon General).
74. Samet JM. The health benefits of smoking cessation. *Med Clin North Am*. Mart 1992;76(2):399-414.
75. Schwartz JL. Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am*. Mart 1992;76(2):451-76.
76. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM, Khanchandani HS, Goodman MJ. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med*. Temmuz 2006;31(1):62-71.
77. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract*. 1982;19:276-88.
78. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*. Ağustos 2008;35(2):158-76.
79. Reichert J, Araújo AJ de, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales M da PU, vd. Smoking cessation guidelines--2008. *J Bras Pneumol Publicacao Of Soc Bras Pneumol E Tisiologia*. Ekim 2008;34(10):845-80.

80. Tobacco Use and Dependence Guideline. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. US Department of Health and Human Services; 2008.
81. Giulietti F, Filippini A, Rosettani G, Giordano P, Iacoacci C, Spannella F, vd. Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated Review for Daily Clinical Practice. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2020;27(5):349-62.
82. [Erdoğan M, Gülmez İ. (2013) Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi. Ankara: Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi [Internet]. 2013 [a.yer 31 Mayıs 2023].
83. McKee SA, Krishnan-Sarin S, Shi J, Mase T, O'Malley SS. MODELING THE EFFECT OF ALCOHOL ON SMOKING LAPSE BEHAVIOR. Psychopharmacology (Berl). Aralık 2006;189(2):201-10.
84. Wileyto EP, Patterson F, Niaura R, Epstein LH, Brown RA, Audrain-McGovern J, vd. Recurrent event analysis of lapse and recovery in a smoking cessation clinical trial using bupropion. Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob. Nisan 2005;7(2):257-68.
85. Simonelli MC. Relapse: a concept analysis. Nurs Forum (Auckl). 2005;40(1):3-10.
86. Shiffman S, Hickcox M, Paty JA, Gnys M, Kassel JD, Richards TJ. Progression from a smoking lapse to relapse: prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. J Consult Clin Psychol. Ekim 1996;64(5):993-1002.
87. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. Clin Psychol Rev. Eylül 2005;25(6):713-33.
88. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med. 14 Şubat 2002;346(7):506-12.
89. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD000146.
90. Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. Ther Adv Cardiovasc Dis. Ağustos 2009;3(4):287-308.

91. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* Eylül 1991;86(9):1119-27.
92. DeVaugh-Geiss AM, Chen LH, Kotler ML, Ramsay LR, Durcan MJ. Pharmacokinetic comparison of two nicotine transdermal systems, a 21-mg/24-hour patch and a 25-mg/16-hour patch: a randomized, open-label, single-dose, two-way crossover study in adult smokers. *Clin Ther.* Haziran 2010;32(6):1140-8.
93. Cleland JGF, Ghosh J, Freemantle N, Kaye GC, Nasir M, Clark AL, vd. Clinical trials update and cumulative meta-analyses from the American College of Cardiology: WATCH, SCD-HeFT, DINAMIT, CASINO, INSPIRE, STRATUS-US, RIO-Lipids and cardiac resynchronisation therapy in heart failure. *Eur J Heart Fail.* Haziran 2004;6(4):501-8.
94. Hausteil KO. Pharmacotherapy of nicotine dependence. *Int J Clin Pharmacol Ther.* Haziran 2000;38(6):273-90.
95. Dale LC, Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD. Treatment of nicotine dependence. *Mayo Clin Proc.* Aralık 2000;75(12):1311-6.
96. Benowitz NL, Fitzgerald GA, Wilson M, Zhang Q. Nicotine effects on eicosanoid formation and hemostatic function: comparison of transdermal nicotine and cigarette smoking. *J Am Coll Cardiol.* Ekim 1993;22(4):1159-67.
97. Meine TJ, Patel MR, Washam JB, Pappas PA, Jollis JG. Safety and effectiveness of transdermal nicotine patch in smokers admitted with acute coronary syndromes. *Am J Cardiol.* 15 Nisan 2005;95(8):976-8.
98. Kullanma talimatı nicorette invisi 25 mg Nikotin Bandı Cilt üzerine uygulanır.
99. Longo DR, Johnson JC, Kruse RL, Brownson RC, Hewett JE. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control.* Eylül 2001;10(3):267-72.
100. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri MA, Morris PB, vd. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on

Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol. 25 Aralık 2018;72(25):3332-65.

101. Tønnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A, vd. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. European Respiratory Society. Eur Respir J. Şubat 1999;13(2):238-46.
102. Simon JA, Duncan C, Carmody TP, Hudes ES. Bupropion for smoking cessation: a randomized trial. Arch Intern Med. 13 Eylül 2004;164(16):1797-803.
103. Hurt, RD, Sachs, DPL, Glover, ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation - PubMed [İnternet]. [a.yer 01 Haziran 2023].
104. Cornuz J. Smoking cessation interventions in clinical practice. Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg. Ekim 2007;34(4):397-404.
105. Wilkes S. The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2008;3(1):45-53.
106. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 24 Ocak 2007;(1):CD000031.
107. Livingston EH, Lynm C. Smoking Cessation. JAMA. 17 Ekim 2012;308(15):1599.
108. Swan GE, McAfee T, Curry SJ, Jack LM, Javitz H, Dacey S, vd. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial. Arch Intern Med. 27 Ekim 2003;163(19):2337-44.
109. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, vd. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 18 Eylül 2001;135(6):423-33.
110. Trofor A, Mihălţan F, Mihăicuta S, Lotrean L. Smoking cessation and prevention for young people--Romanian expertise. Pneumol Buchar Rom. 2009;58(1):72-8.

111. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J, vd. Varenicline: an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem*. 19 Mayıs 2005;48(10):3474-7.
112. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR, vd. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 05 Temmuz 2006;296(1):64-71.
113. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, vd. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 15 Temmuz 2008;179(2):135-44.
114. Larzelere MM, Williams DE. Promoting smoking cessation. *Am Fam Physician*. 15 Mart 2012;85(6):591-8.
115. Cerimele JM, Durango A. Does varenicline worsen psychiatric symptoms in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder? A review of published studies. *J Clin Psychiatry*. Ağustos 2012;73(8):e1039-1047.
116. Abrams D, Niaura R, Brown R, Emmons K, Goldstein M, Monti P. The tobacco dependence treatment handbook: A guide to best practices. New York: Guilford Press; 2003.
117. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ*. 31 Ocak 2004;328(7434):277-9.
118. Bilici M, Güven S, Köşker S, Şafak A, Semiz ÜB. Electroacupuncture Therapy in Nicotine Dependence: A Double Blind, Sham-Controlled Study. *Noro Psikiyatri Arsivi*. Mart 2016;53(1):28-32.
119. Karadağ M, Karadağ S, Ediz, Bülent, Işık, Ersal Salih. Nikotin Bağımlılığının Sigara Bırakmadaki Etkisi. 2011;(1):27-31.
120. Pihtili A, Galle M, Çuhadaroglu Ç, Kilicaslan Z, Issever H, Erkan F, vd. Evidence for the Efficacy of a Bioresonance Method in Smoking Cessation: A Pilot Study. *Forsch Komplementarmed [Internet]*. 2014 [a.yer 02 Haziran 2023];21(4).
121. Morell F. MORA-Therapie -- patienteneigene und Farblicht-schwingungen. Heidelberg, Haug. 1987.

122. Herrmann E. Therapie mit körpereigenen Schwingungen. Haug, Heidelberg 1998. 1998.
123. Nienhaus J, Galle M. Plazebokontrollierte Studie zur Wirkung einer standardisierten MORA-Bioresonanztherapie auf funktionelle Magen-Darm-Beschwerden. Forsch Komplementärmedizin 2006. 01 Mart 2006;13:28-34.
124. Balanlı M. M. Titreşim Tıbbı :“Geleceğin Tıbbı”. J Biotechnol Strateg Health Res. 30 Eylül 2019;3:138-49.
125. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care. Eylül 2008;53(9):1217-22.
126. Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer chemoprevention. Cancer Control J Moffitt Cancer Cent. 2003;10(4):315-24.
127. Richardson JL, Stephens S, Yates LM, Diav-Citrin O, Arnon J, Beghin D, vd. Pregnancy outcomes after maternal varenicline use; analysis of surveillance data collected by the European Network of Teratology Information Services. Reprod Toxicol Elmsford N. Ocak 2017;67:26-34.
128. Claire R, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Berlin I, Leonardi-Bee J, vd. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 04 Mart 2020;3(3):CD010078.
129. US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, Mangione CM. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 19 Ocak 2021;325(3):265-79.
130. Pinsky PF. Lung cancer screening with low-dose CT: a world-wide view. Transl Lung Cancer Res. Haziran 2018;7(3):234-42.
131. Karalezli A. Youth and Smoking Cessation Treatments. Güncel Göğüs Hastalık Serisi. 22 Şubat 2017;4(1):128-35.
132. Croyle RT, Morgan GD, Fiore MC. Addressing a Core Gap in Cancer Care - The NCI Moonshot Program to Help Oncology Patients Stop Smoking. N Engl J Med. 07 Şubat 2019;380(6):512-5.

133. Cataldo JK, Dubey S, Prochaska JJ. Smoking cessation: an integral part of lung cancer treatment. *Oncology*. 2010;78(5-6):289-301.
134. Nayan S, Gupta MK, Strychowsky JE, Sommer DD. Smoking cessation interventions and cessation rates in the oncology population: an updated systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg*. Ağustos 2013;149(2):200-11.
135. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition [İnternet]. 2019 [a.yer 05 Haziran 2023].
136. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. *Kocatepe Tıp Derg*. 01 Aralık 2005;6(3):27-34.
137. Argüder E, Karalezli A, Hasanoğlu HC, Kiliç H, Er M, Hezer H, vd. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Derg*. 2013;14(3):81-7.
138. Pıçakçıfe M, Akkaya V, Erbaş E, Doğu B. MUĞLA'DA 2015-2016 YILLARI ARASINDA SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ. *NOBEL Med*.
139. Karadağ MA, Özyardimci N, Yüksel EG, Ege E, Gözü RO, Uzaslan EK. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci*. 2000;9(2):63-9.
140. Erdinç E, Solak AZ, Telli CG. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Toraks Derg*. 2003;4(1):73-7.
141. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması; Türkiye 2016 Verileri1 - Global Adult Tobacco Survey (GATS) - [İnternet]. [a.yer 06 Haziran 2023].
142. Başlılar Ş, Uçak Basat S, Albay A, Şaylan B, Kanatsız B. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler ve Medikal Tedavilerin Değerlendirilmesi. *Eurasian J Fam Med*. 2017;6(2):65-71.
143. Huang WH, Hsu HY, Chang BCC, Chang FC. Factors Correlated with Success Rate of Outpatient Smoking Cessation Services in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 10 Haziran 2018;15(6):1218.

144. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turk J Med Sci [Internet]. 01 Ocak 2012 [a.yer 06 Haziran 2023];
145. Hecht SS. Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. J Natl Cancer Inst. 21 Temmuz 1999;91(14):1194-210.
146. Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: the contribution of smoking behavior and family background. Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob. Haziran 2004;6(3):447-55.
147. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri [İnternet]. [a.yer 07 Haziran 2023].
148. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? Addict Abingdon Engl. Haziran 2004;99(6):770-7.
149. Salepçi B, Çağlayan B, Fidan A, Torun E, Kader ŞN, Oruç Ö. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Derg. 2005;6(2):151-8.
150. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, ŞiPiT T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması.
151. Öner BALBAY, Ali Nihat ANNAKKAYA, Gülşen AYTAR. Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları. Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları -Düzce Tıp Fakültesi Dergisi [İnternet]. 2003 [a.yer 07 Haziran 2023].
152. Kökten R. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği çalışmalarının değerlendirilmesi. Evaluation for the study Of Quitting Smoking Clinic Of Trakya University Medical Faculty [Internet]. 2008 [a.yer 07 Haziran 2023];
153. Fernandez E, Garcia M, Schiaffino A, Borrás JM, Nebot M, Segura A. Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia, Spain. Prev Med. Mart 2001;32(3):218-23.

154. Lee C won, Kahende J. Factors Associated With Successful Smoking Cessation in the United States, 2000. *Am J Public Health*. Ağustos 2007;97(8):1503-9.
155. Reid JL, Hammond D, Boudreau C, Fong GT, Siahpush M. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*. Ekim 2010;12(Suppl 1):S20-33.
156. Steinberg MB, Randall J, Greenhaus S, Schmelzer AC, Richardson DL, Carson JL. Tobacco dependence treatment for hospitalized smokers: a randomized, controlled, pilot trial using varenicline. *Addict Behav*. Aralık 2011;36(12):1127-32.
157. Fai SC, Yen GK, Malik N. Quit rates at 6 months in a pharmacist-led smoking cessation service in Malaysia. *Can Pharm J CPJ Rev Pharm Can RPC*. Eylül 2016;149(5):303-12.
158. E Monsó, J Campbell, P Tønnesen. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention | *Tobacco Control* [İnternet]. [a.yer 07 Haziran 2023].
159. Esen AD, Soylem Y, Arica S, Belgin G, Gonultas N. Factors affecting success and abstinence within a smoking cessation clinic: A one-year follow-up study in Turkey. *Tob Prev Cessat*. 21 Aralık 2020;6:71.
160. Everett SA, Husten CG, Kann L, Warren CW, Sharp D, Crossett L. Smoking initiation and smoking patterns among US college students. *J Am Coll Health J ACH*. Eylül 1999;48(2):55-60.
161. Gencer M, Ceylan E, Yanik M. Harran Üniversitesi'ne kayıt yaptıran öğrencilerin sigaraya karşı tutumlarını etkileyen faktörler. *Toraks Derg*. 2005;6(2):144-50.
162. Kara S, Baş FY, Açıkalın C. Sigara içme davranışları ve etkili faktörler: Tıp ve Diş Hekimliği Fakülte- lerinin ilk ve son sınıf öğrencileri üzerinde çalışma Attitude to smoking and affecting factors: A study of first and last term students of medical and dentistry faculties.

163. Koçak ND, Eren A, Boğa S, Aktürk ÜA, Öztürk ÜA, Arınç S, vd. Relapse Rate and Factors Related to Relapse in a 1-Year Follow-Up of Subjects Participating in a Smoking Cessation Program. *Respir Care*. Aralık 2015;60(12):1796-803.
164. West R, McEwen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addict Abingdon Engl*. Haziran 2001;96(6):891-902.
165. Kaleta D, Korytkowski P, Makowiec-Dąbrowska T, Usidame B, Bąk-Romaniszyn L, Fronczak A. Predictors of long-term smoking cessation: results from the global adult tobacco survey in Poland (2009–2010). *BMC Public Health*. 22 Kasım 2012;12(1):1020.
166. Yasar Z, Kar Kurt O, Talay F, Kargi A. One-Year Follow-up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic: Factors Affecting the Cessation of Smoking. *Eurasian J Pulmonol*. 02 Eylül 2014;16(2):99-104.
167. Teker AG. Bir göğüs hastalıkları hastanesinin sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların izlem sonuçları ve bu sonuçlara etki eden faktörler [İnternet] [doctoralThesis]. Tıp Fakültesi; 2018 [a.yer 07 Haziran 2023].
168. Bayazit Yılmaz S. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 5 yıllık süreçteki sigara bırakma durumlarının değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi). [İnternet]. 2019 [a.yer 07 Haziran 2023].
169. Velioğlu U. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların nikotin bağımlılığının sosyodemografik özellikler ve depresyon ile ilişkisi [İnternet]. 2017 [a.yer 07 Haziran 2023].
170. Bacha ZA, Layoun N, Khayat G, Allit S. Factors associated with smoking cessation success in Lebanon. *Pharm Pract*. 2018;16(1):1111.
171. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med*. Ekim 2005;99(10):1303-10.
172. Pezzuto A, Stellato M, Catania G, Mazzara C, Tonini S, Caricato M, vd. Short-term benefit of smoking cessation along with glycopirronium on lung function

- and respiratory symptoms in mild COPD patients: a retrospective study. *J Breath Res.* 06 Ağustos 2018;12(4):046007.
173. Rzewnicki R, Forgays DG. Recidivism and self-cure of smoking and obesity: an attempt to replicate. *Am Psychol.* Ocak 1987;42(1):97-100.
174. Schachter S. Recidivism and self-cure of smoking and obesity. *Am Psychol.* Nisan 1982;37(4):436-44.
175. Joo H, Cho MH, Cho Y, Joh HK, Kim JW. Predictors of long-term smoking cessation among smokers enrolled in a university smoking cessation program: A longitudinal study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. Ocak 2020 [a.yer 08 Haziran 2023];99(5).
176. Marakoğlu K, Çetin Kargın N, Merve Uçar R, Kızmaz M. Evaluation of pharmacologic therapies accompanied by behavioural therapy on smoking cessation success: a prospective cohort study in Turkey. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 03 Temmuz 2017;27(3):221-7.
177. Mutlu P, Yıldırım BB, Açıkmış B. İkinci Basamak Kamu Hastanesinde Hizmet Veren Sigara Bırakma Polikliniğinde Alınan Sonuçlar. 16(4):0-0.
178. Demir T T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin, L L. Sigara Bırakma Polikliniğimizin Bir Yıllık İzlem Sonuçları. *Tüberküloz Ve Toraks Derg.* 2004;52(1):63-8.
179. Shie HG, Pan SW, Yu WK, Chen WC, Ho LI, Ko HK. Levels of exhaled carbon monoxide measured during an intervention program predict 1-year smoking cessation: a retrospective observational cohort study. *NPJ Prim Care Respir Med.* 16 Ekim 2017;27(1):59.
180. Cahill K, Stevens S, Lancaster T. Pharmacological treatments for smoking cessation. *JAMA.* 08 Ocak 2014;311(2):193-4.
181. Marakoğlu K. SİGARA BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDE MORA TERAPİ-BİOREZONANS. 2013;29(1).
182. Demir, M. Biyorezonans yöntemi ile sigara bırakma (Tıpta uzmanlık tezi). [Internet]. 2021 [a.yer 08 Haziran 2023].
183. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther.* Mart 2009;31(3):463-91.

184. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 Mayıs 2013;2013(5):CD009329.
185. Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, Snyder E, Murray J. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *Am J Med*. Mayıs 2003;114(7):555-62.
186. Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tob Control*. Aralık 2007;16(Suppl 1):i3-8.
187. Lee JY, Kim MJ, Jun HJ, Kang M, Park AR, Oh DE, vd. Adherence to varenicline and abstinence rates for quitting smoking in a private health promotion center-based smoking cessation clinic. *Tuberc Respir Dis*. Mayıs 2012;72(5):426-32.
188. Erturhan S. Cumhuriyet Üniversitesi Sigara Bıraktırma Polikliniği'nin "Sağlık Bakanlığı sigara bırakma tedavisi destek programı-2011" uygulamasının değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi) [İnternet]. 2013 [a.yer 08 Haziran 2023].
189. May S, West R, Hajek P, McEwen A, McRobbie H. Social Support and Success at Stopping Smoking. *J Smok Cessat*. 01 Kasım 2007;2(2):47-53.
190. Rice VH, Templin T, Fox DH, Jarosz P, Mullin M, Seiggreen M, vd. Social context variables as predictors of smoking cessation. *Tob Control*. 1996;5(4):280-5.
191. McMahon SD, Jason LA. Social support in a worksite smoking intervention. A test of theoretical models. *Behav Modif*. Nisan 2000;24(2):184-201.
192. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addict Abingdon Engl*. Nisan 2007;102(4):534-43.
193. Roberts V, Maddison R, Simpson C, Bullen C, Prapavessis H. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: systematic review update and meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. Temmuz 2012;222(1):1-15.

