



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**FARMAKOLOJİK VE NONFARMAKOLOJİK DESTEK
TEDAVİSİ BAŞLANMASINA RAĞMEN SİGARAYI
BIRAKAMAYAN HASTALARDAKİ BAŞARISIZLIK
NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ömer Selçuk KINALI

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Ankara, 2020

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**FARMAKOLOJİK VE NONFARMAKOLOJİK DESTEK
TEDAVİSİ BAŞLANMASINA RAĞMEN SİGARAYI
BIRAKAMAYAN HASTALARDAKİ BAŞARISIZLIK
NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ömer Selçuk KINALI

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Ankara, 2020

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

FARMAKOLOJİK VE NONFARMAKOLOJİK DESTEK TEDAVİSİ
BAŞLANMASINA RAĞMEN SİGARAYI BIRAKAMAYAN HASTALARDAKİ
BAŞARISIZLIK NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Ömer Selçuk KINALI

Uzmanlık Tezi

29.06.2020

Doç. Dr. Mükremin ER

Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜ

Dr. Öğr. Üyesi Basri Furkan DAĞCIOĞLU

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Tıpta Uzmanlık derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Adı Soyadı

Enstitü Müdürü

Bu tezin Tıpta Uzmanlık için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.
29.06.2020

Dr. Ömer Selçuk KINALI

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecinde göstermiş olduğu hoşgörü, sabır ve katkılarından dolayı tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Mükremin ER'e,

Uzmanlık eğitimim süresince deneyim ve destekleri ile yol gösteren kıymetli hocalarım Prof. Dr. Mehmet UĞURLU, Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜ, Doç. Dr. Ahmet KESKİN'e,

Tez yazım sürecinde olduğu gibi hayatımın her döneminde ve her konuda bana her türlü desteği sağlayan annem, babam ve kardeşim, her konuda anlayış ve desteğinden ötürü sevgili eşim Nehir ARIK KINALI'ya teşekkür ve sevgilerimle...

Dr. Ömer Selçuk KINALI

Ankara 2020

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
SUMMARY.....	v
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLOLAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bağımlılık.....	4
2.2. Sigaranın Sağlığa Zararları	5
2.3. Pasif Sigara İçiciliği	8
2.4. Sigara Bırakmanın Sağlık Üzerine Etkileri.....	9
2.5. Sigaranın Ekonomik Etkileri.....	10
2.6. Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım.....	11
2.6.1. Nikotin Replasman Tedavileri (NRT)	11
2.6.2. Bupropion HCL	14
2.6.3. Vareniklin	15
2.6.4. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	16
2.7. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi.....	20
2.8. Yeni Bırakmış Bireylerde İzlem ve Nüksün Önlenmesi.....	22
2.9. Dünyada ve Türkiye’de Sigara Mevzuatı	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Modeli	28
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	29
3.4. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri ve Ölçütleri	29
3.4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Değişken ve Ölçütler.....	29
3.4.2. Sigaraya ilişkin değişken ve ölçütler	29
3.4.3. Diğer değişkenler ve ölçütler	29
3.5. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni	30

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	31
TARTIŞMA.....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
7. KAYNAKLAR.....	68
8. EKLER.....	76
EK-1. HASTALARA UYGULANAN ANKET FORMU	76
EK-2. ETİK KURUL RAPORU	78



ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, sigara bırakmada kullanılan farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi alanların 12. aydaki bırakmış olma durumlarının değerlendirilmesi ve bırakamayanların başarısızlık nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif çalışmamız, 01.05.2015 ile 31.12.2017 tarihleri arasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları sigara bırakma polikliniğine gelen hasta dosyalarının incelenip, kişilerin aranıp sigarayı bırakıp bırakamamaları ile ilgili 12 soruluk bir anket uygulanmasıyla gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların cinsiyetleri, yaşları ve medeni durumları, sigara bırakma durumlarını istatistiksel olarak anlamlı etkilememiştir ($p>0,05$). Ancak, eğitim düzeyleriyle sigarayı bırakma durumları incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p:0,027$). Üniversite mezunları ile ilkokul ve ortaokul-lise mezunları arasında olduğu ve bu farkın sigara bırakma durumu açısından üniversite mezunu lehine olduğu bulunmuştur (Sırasıyla $p:0,003$ ve $p:0,007$). Önerilen tedavilerin kullanım sonuçlarında vareniklin ile nikotin sakızı ($p:0,013$), nikotin bandı ($p:0,025$) ve bilişsel davranışçı terapi ($p:0,029$) arasında vareniklin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur. Başarısız olma sebeplerinden, stres ($p:0,001$), kahvaltıdan sonraki sigaradan vazgeçememe ($p:0,0001$), uyandıktan sonraki sigara isteğinden vazgeçememe ($p:0,001$), boş vakitlerinde sigaranın aklına gelmesi ($p:0,001$) ve “diğer” seçeneği ($p:0,047$) istatistiki açıdan diğer seçeneklere göre daha etkili bulunmuştur.

Sigara, sadece içen kişiyi değil bütün toplumu etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, nikotin bağımlılığı, Fagerstrom nikotin bağımlılık testi, sigara bırakma, sigara bırakma polikliniği, başarı oranları



SUMMARY

Aim: In this study, it was aimed to evaluate the smoking cessation status of those who received pharmacological and non-pharmacological treatment at the 12th month and to investigate the causes of failure of those who could not quit smoking.

Method: Our retrospective study was carried out between 01.05.2015 and 31.12.2017 by examining the files of patients who came to Ankara Yıldırım Beyazıt University Atatürk Training and Research Hospital Chest Diseases Outpatient Clinic and applying a 12-questions survey about whether or not to quit smoking.

Results: Gender, age and marital status of the participants did not significantly affect their smoking cessation status ($p > 0.05$). However, when the education levels and smoking cessation were examined, it was determined that there was a significant difference ($p: 0.027$). It has been found that there is a difference between university graduates and primary and middle school-high school graduates and this difference is in favor of university graduates in terms of smoking cessation ($p: 0.003$ and $p: 0.007$, respectively). A significant difference in favor of varenicline was found between varenicline and nicotine gum ($p: 0.013$), nicotine patch ($p: 0.025$) and cognitive behavioral therapy ($p: 0.029$) in the use results of the recommended treatments. The reasons for failure include stress ($p: 0.001$), inability to give up smoking after breakfast ($p: 0.0001$), not being able to give up smoking after waking up ($p: 0.001$), thinking about smoking in free time ($p: 0.001$), and "other" option ($p: 0.047$) was found to be statistically more effective than other options.

Smoking affects not only the smoker but the whole society.

Keywords: Smoking, nicotine addiction, Fagerstrom nicotine addiction test, smoking cessation, smoking cessation clinic, success rates

SİMGELER ve KISALTMALAR

TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gamma-Aminobütirik Asit
FNBT	: Fagertröm Nikotin Bağımlılık Testi
AML	: Akut Miyeloid Lösemi
FEV	: Zorlu Ekspiratuar Volüm
KKH	: Kronik Kalp Hastalığı
DNA	: Deoksiribonükleik Asit
ANUG	: Akut Nekrotizan Ülseratif Gingivitis
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
TTS	: Transdermal Terapötik Sistem
HCL	: Hidroklorik Asit
MAO	: Monoamin Oksidaz
FTA	: Fagerström Tolerans Anketi
FDA	: Food and Drug Administration
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
BMI	: Body Mass Index
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	16
Şekil 2. Katılımcıların sayısal olarak sigara bırakma durumları.....	33
Şekil 3. Katılımcıların oransal olarak sigara bırakma durumları	33
Şekil 4. Katılımcıların FNBT durumları	37
Şekil 5. Katılımcıların kullandıkları tedaviler	38
Şekil 6. Tedavi maliyetini karşılama oranları	40
Şekil 7. Katılımcıların relaps zamanlarının oranlaması.....	41
Şekil 8. Katılımcıların relaps durumları	41
Şekil 9. Katılımcıların relaps - cinsiyet durumları.....	42
Şekil 10. Katılımcıların relaps - medeni durum ilişkileri	43
Şekil 11. Katılımcıların relaps - FNBT ilişkileri.....	44
Şekil 12. Katılımcıların relaps - eğitim durumu ilişkileri	45
Şekil 13. Katılımcıların relaps - yaş ilişkileri	46
Şekil 14. Katılımcıların relaps - sigara bırakma girişimi ilişkileri	47
Şekil 15. Katılımcıların relaps - tedavi ilişkileri.....	49
Şekil 16. Katılımcıların sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurma durumları	51
Şekil 17. Katılımcıların sigara bırakma konusundaki başarısızlık sebepleri	53
Şekil 18. "Stres" başlığı altında sigarayı bırakma konusundaki başarısızlık sebepleri.....	54
Şekil 19. "Diğer" başlığının altındaki sigarayı bırakma konusundaki başarısızlık sebepleri	54



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sigaranın sağlığa verdiği zararlar	6
Tablo 2. Transteorik Model değişim evreleri.....	18
Tablo 3. 5A (5Ö) stratejileri.....	18
Tablo 4. 5R stratejileri	19
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	31
Tablo 6. Katılımcıların eğitim durumlarının sigara bırakma ile ilişkisi açısından karşılaştırılması	32
Tablo 7. Katılımcıların “kimin isteğiyle polikliniğe başvurma durumları daha önceki sigara bırakma girişimleri ve FNBT” durumları	35
Tablo 8. Katılımcıların sigara bırakma girişimlerinin sigara bırakma durumları açısından karşılaştırılması	36
Tablo 9. Katılımcıların FNBT değerlendirmelerinin sigara bırakma durumları açısından karşılaştırılması	36
Tablo 10. Katılımcıların kullandıkları tedaviler	39
Tablo 11. Aralarında anlamlı farklılık olan tedaviler.....	39
Tablo 12. Katılımcıların relaps durumları ile ilgili istatistiksel sonuçlar	48
Tablo 13. Katılımcıların sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurma durumları ile ilgili istatistikler	50
Tablo 14. Katılımcıların sigara bırakma konusundaki başarısızlık sebeplerinin istatistikleri.....	52



1. GİRİŞ

Sigaranın, ülkemizde sağlık, ekonomik ve toplumsal açıdan en önde gelen sorunlardan biri olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü' ne göre bağımlılık, 'düzenli olarak günde bir sigara içme' olarak tanımlanmış ve sigara "dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını" olarak görülmektedir. Buna bağlı olarak, sigarayı kullanma sıklığı da hiç azımsanmayacak orandadır. TÜİK 2016 verilerine göre; Türkiye'de 15 yaş üzeri nüfusun % 26,5' i her gün tütün ürünü kullanmakta ve bu oranın 2010 yılında ise % 25,4, 2014 yılında % 27,3 olduğu kılavuzda açıkça belirtilmiştir.

Tütün Atlası'na göre ise Kuzey Kore'den sonra dünyada en yüksek oran olarak Türkiye'deki erkeklerin % 31' i tütün kullanımının sebep olduğu hastalıklar sebebiyle hayatlarını kaybetmektedirler. Ek olarak, kadınlardaki ölüm oranının ise % 12 olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de, 83 bin 100 kişi her yıl tütün kaynaklı sebeplerle hayatlarını kaybederken; 252 bin çocuk ve 14,5 milyon yetişkin tütün ürünü kullanmaktadır. Bu istatistiklerde de görüldüğü gibi sigara ülkemizin başındaki en büyük sorunların başında gelmektedir.

Sigaraya başlama nedenleri araştırıldığında ise; % 80' den fazlasının arkadaş ortamında başladığı ifade edilirken, ikinci en sık nedenin ise merak etmek olduğu bilinmektedir. Bir diğer nedenin ise, ailede sigara içen birey(ler) olması haline bu durumun normal bir davranış modeli olarak algılanması olduğu düşünülmektedir.

Sigara içen bireylerin % 70 civarı sigarayı bırakmak istemektedir ancak yalnızca 1/3' ü başarılı olabilmektedir (1). Sigara bırakma pek çok faktöre bağlı olabilmektedir. Bunlardan bazılarının; motivasyon, kararlılık, tecrübe, sosyodemografik özellikler, bağımlılık, psikolojik ve çevresel faktörler, komorbidite ve vergilendirme olduğu bilinen faktörlerdir (2). Sigara bırakmada; eğitim durumu da önemli yer tutmaktadır. Bu konuda literatür araştırılması yapıldığında sigarayı bırakanların % 48' inin üniversite mezunu, yüzde 35' inin lise mezunu olduğu görülmektedir. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça

sigara konusunda bilincin artmasına ve sigara bıraktırma merkezlerine ulaşmada kolaylık olmasına bağlanmıştır. Sigara içmenin sağlığa zararları ile sigarayı bırakmanın sağlığa faydaları daha önce sigarayı bırakamayanlar için ayrıca motivasyon kaynağı oluşturabilmektedir. Sigaraya uygulanacak verginin arttırılmasının da sigara bıraktırmada etkin yollardan birisi olduğu düşünülmektedir (3). Sigara bırakma başarısına etki eden olumsuz faktörlerden birine örnek olarak sigara bırakıldıktan sonra alınan kilolar verilebilir. Hatta, sigara bırakmaya karar verenlerin eyleme geçmesini engelleyen en önemli olaylardan birisinin de alınacak kilolardan korkulması olduğu bilinmektedir (4).

Sigara, günümüzde önlenebilir ölümcül hastalıkların sebeplerinin başında gelmektedir. Sigara; yemek borusu, mesane, akciğer, baş ve boyun bölgesi ve böbrek kanserleri gibi birçok kansere sebep olmaktadır (5). Maligniteler dışında koah, astım gibi solunum problemlerine de sebep olabilmektedir. Sigara kullanmayı bırakan bireylerde sigaranın neden olabileceği hastalıkların ortaya çıkma riski ise azalmakta hatta sigaranın neden olduğu hastalıkların ilerleme hızı dahi azalmaktadır (6).

Sigaranın gebelikte içilmesi, düşüklere, ani bebek ölümlerine neden olabilir. Ayrıca bebeklerde beyin ve organ gelişimini olumsuz etkileyip konjenital malformasyonlara (yarık damak, dudak vb) ve düşük doğum ağırlığına neden olabilir.

Sigara yalnızca içen kişiye zarar vermemekle birlikte ortamda bulunan kişi(ler)e de zararlı olabilmektedir. Bu konuya örnek verecek olursak; hiç sigara kullanmayan bir kişi, etrafındaki aktif sigara içicilerin dumanlarına maruz kalırsa aktif olarak sigara içmiş bir akciğere sahip olabilmektedir. Ülkemizdeki çocukların % 55' i ne yazık ki pasif içiciliğe ailesi tarafından maruz bırakılmaktadır. Bu durumun da gelecekte sağlıklı bireylerin yetişme şansını azaltacağı öngörülmektedir. Örneğin, günde 10 adet sigara içilen bir evdeki çocuğun, solunum yolu rahatsızlığına yakalanma potansiyelinin, hiç içilmeyen bir evdeki çocuğa göre 2 kat daha fazla olduğu bilinmektedir.

Sigaranın zararlarına ekonomik açıdan bakılacak olursa, insanlara büyük bir mali yük oluşturan sigaranın, bir aileye ortalama maliyetinin evde tek içen olması halinde 1 paket/gün olarak kabaca bir hesap yapıldığında ayda ortalama 450 TL gibi bir harcama

olacağı sonucu çıkmaktadır. Bu da özellikle düşük/orta gelir düzeyli bir aile için hiç küçümsenmeyecek bir meblağdır. Bu sonuçlardan, asgari ücret alan bir kişinin maaşının neredeyse % 20 'sinin sigaraya ayrıldığı açıkça ortaya çıkmaktadır. Tütünün ülkemize 8-10 milyar dolar civarında zarar verdiği düşünülmektedir. Zararın bu kadar büyük olduğu bir ortamda sigaranın bırakılmasına yönelik tedaviler tüm sağlık girişimleri arasında ekonomik açıdan büyük önem taşımaktadır (7).

Sigara bırakmak için en yaygın destek tedavileri arasında bupropion, vareniklin, nikotin replasman tedavisi (NRT) vardır. Bu tedavilerin maddi bedellerini bazı durumlarda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) karşılarken zaman zaman ise kişi kendi cebinden karşılamak durumunda kalmaktadır. Yapmayı planladığımız araştırmamızın, tedavisini kendi cebinden karşılayan kişiler ile tedavisi SGK tarafından karşılanan kişilerin sigara bırakma istatistikleri arasındaki farklar önemli bölümünü oluşturmaktadır.

Yukarıdaki gerekçeler de göz önünde bulundurulduğunda sigarayı bırakmanın kişi ve toplum için ne kadar hayati bir önemi olduğu aşikardır. Sigara bırakmada ise asıl hedefin halk sağlığı olduğu bilinmekte ve kişi bazlı değil toplum bazlı sağlığın hedeflenmesinin öneminin büyük olduğu düşünülmektedir (8).

Amacımız sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların uygulanan farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviye rağmen başarısızlık sebeplerinin araştırılması ile elde edilen verilerin ışığında bu sebeplerin üzerine eğilerek, sigara bırakma çalışmalarını daha efektif hale getirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık

Bağımlılık, bir nesneye, kişiye ya da bir varlığa duyulan önlenemez istek veya bir başka iradenin tahakkümü altına girme durumu olarak tanımlanır. Bu tanımdan anlaşılacağı üzere birçok bağımlılık çeşidi vardır. Bizim araştıracağımız bağımlılık türü ise nikotin bağımlılığıdır.

Sigara yüksek oranda nikotin içeriyor. Nikotin de bağımlılık yapma potansiyeli çok yüksek bir madde. Bu nedenle sigaranın kokain, esrar kadar yüksek düzeyde bağımlılık yapma potansiyeli vardır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bağımlılık 'düzenli olarak günde bir adet sigara içme' olarak tanımlamıştır aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü sigarayı "dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını" olarak görmüştür.

Türkiye Psikiyatri Derneği bağımlılığın kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesi olduğunu ifade etmektedir. Dünya sağlık Örgütü (DSÖ) madde bağımlılığını "kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelerden belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı" olarak tanımlar. Sigara içme içilen ortamda bulunma kişide fiziksel ve psişik bağımlılık oluşturur. (Türkiye psikiyatri derneği)

Sigara dumanının solunması ile nikotinin akciğerlere ulaşması sağlanır. Akciğerlere duman partikülleri ile gelen nikotin pulmoner venöz dolaşım yoluyla hızla absorbe edilir. Devamında arteriyel dolaşıma da katılıp hızla beyine ulaşır. Beyinde nikotinik kolinerjik reseptörlere bağlanarak birtakım nörotransmitterlerin salınmasını tetikler. Bu nörotransmitterlerden biri olan dopamin haz, zevk alma ve bağımlılık ile ilişkilidir. Nikotin korpus striatum, mezolimbik alan ve frontal kortekste dopamini serbest bırakır. Nikotin bunlara ek olarak dopamin salınımı kolaylaştıran glutamat ve dopamin salınımını baskılayan Gamma-Aminobütirik Asit (GABA) salınımını da arttırır (9).

Tütün 1950'li yıllara kadar alışkanlık yaratan, bağımlılık yaratmayan bir ürün kabul edilmekteydi. 1964 yılına kadar tütün ürünlerinin bağımlılık yapmadığı

düşünülmüyordu. Sonraki çalışmalarda, günde 5 ve altında sigara içenlerin oranı sadece %10 idi. Kalan %90'lık kesim ise zamanla içtikleri sigara sayısını artırmaktaydı. Sigara içme davranışının kişiler arasında benzerlik gösterdiği ve sigara kullananların büyük bir çoğunluğunun bırakmayı istemesine rağmen içmeye devam ettikleri yolundaki veriler nikotin bağımlılığının tanımlanmasına sebep olmuştur (10). Sigara içme davranışının devamında ve tedavi başarı oranlarının düşüklüğünde en önemli nedenlerden biri yine nikotin bağımlılığıdır (11).

Nikotinin etkileri doza bağımlıdır. Kandaki nikotin seviyesinin artışı zehirlenme belirtilerine azalışı yoksunluk, çekilme belirtilerine yol açmaktadır. Nikotin yoksunluğu için nikotinin birkaç hafta süreyle kullanılması gerekir, bıraktıktan sonraki 24 saat içinde ise disforik(huzursuz, kötü hissetme) ya da çökkün duygudurum, anksiyete, uykusuzluk, çabuk kızma, düşüncelerini yoğunlaştıramama, bradikardi, iştah artması gibi belirtilerin en az dört tanesinin bulunması gerekiyor. Bu belirtiler ise sigara arama davranışını artırmakla beraber sigaraya toleransı beraberinde getiriyor ve doğal olarak günlük tüketilen sigara miktarını artırıyor. Öte yandan bilimsel kanıtları olmasa bile sigaranın sağladığı zihinsel uyarılma, gevşeme, öğrenmeyi kolaylaştırma, dikkat ve bellek üzerine olan olumlu etkileri de sigara bırakmayı zorlaştırmaktadır (Türkiye psikiyatri derneği).

Nikotin bağımlılığının kişilerde ne düzeyde olduğunu anlamak için sıklıkla kullanılan ölçek Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)'dir.

2.2. Sigaranın Sağlığa Zararları

Sigara kullananların %50'si sigaranın sebep olduğu hastalıklar sebebiyle hayatlarını kaybetmektedir. Sigara, en sık görülen ölüm nedenleri arasında altıncı sırada bulunmaktadır. Dünyada ve ülkemizde en ölümcül hastalıklar olan kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), akciğer ca, özefagus ca, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar gibi birçok ölümcül hastalığın sebeplerinden biri de sigaradır. Bu hastalıkların dışında mide ca, pankreas ca, meme ca, mesane ca da yine sigaranın sebep olabileceği hastalıklardan bazılarıdır. Sigara kullanımının 40 kadar hastalığın kesin nedeni olduğu bilinmektedir, kardiyovasküler hastalık ve kansere bağlı ölümlerin

%30'undan ve kronik akciğer hastalıklarının %80'inden sorumlu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sindirim sistemi hastalıkları, dişte sararmalar, diş çürükleri, ve ağız kokusu da sigara kullananların sık karşılaştığı sorunlardan birkaçıdır (12). Sigaranın sağlığa verdiği zararlar Tablo 1.'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sigaranın sağlığa verdiği zararlar

SİGARANIN NEDEN OLDUĞU HASTALIKLAR			
KANSERLER	Akciğer Larinks Oropharinks Özefagus Mesane Pankreas Mide Kolon Servisk Akut Miyeloid Lösemi (AML)	KRONİK HASTALIKLAR	KOAH Astım Aterosklerotik Kalp Hastalığı Koroner Arter Anevrizması Aort Anevrizması Serebrovasküler Hastalıklar Katarakt

Sigaranın içeriğinde bulunan nikotin tek başına kanserojen değildir. Nikotin katran ile kanserojen etkide bulunur. Nikotinin vücuttaki etkilerinden bazıları; kalp atım hızını ve basıncını artırmak, ateroskleroz sürecini hızlandırıp kalp üzerine binen yükü artırmak ve trombosit agregasyonunu artırmaktır. Katran tütün dumanının artığıdır ve doku kanserine neden olabilen birçok kimyasal madde içerir. Ayrıca katranın deney hayvanlarında kansere yol açtığı da gösterilmiştir. Kanser ölümlerinin yaklaşık %30'u sigara kaynaklıdır (13).

Sigara içenlerin yaklaşık %20'sinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişmektedir. Yıllık FEV1 düşüşü sigara içen bireylerde hızlanırken, bu düşüşü hafifleten en mühim faktörün sigaranın bırakılması olduğu tespit edilmiştir (14).

Sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişki uluslararası araştırmalarla desteklenmiştir. Akciğer kanserinin %80-90'ı sigara içen kişilerde meydana gelmektedir. Akciğer kanseri gelişme riski sigara içen bireylerde içmeyenlere göre 10-65 kat artmıştır. Sigarayı bırakanlar kişilerde ise akciğer kanseri gelişme riskinin 10-15 yılda sigara içmeyenlerin oranına gerilediği bildirilmektedir (15).

Kardiyovasküler hastalıkların en önemli ve önlenebilir risk faktörü olarak da sigara kabul edilmektedir. Kardiyovasküler hastalıkta sigara içen kişilerde ölüm oranı 2-6 kat fazladır. Sigara içenler aynı zamanda hipertansif ve hiperkolesterolemik iseler, bu risk daha da yükselir (16).

İntersitisyel akciğer hastalıkları da sigaranın neden olduğu hastalık gruplarından biridir. Bu grubun alt başlıkları ise idiyopatik pulmoner fibrozis, respiratuar bronşiolitis, deskuamatif interstisyel pnömoni ve pulmoner langerhans hücreli histiyositozistir (17).

Sigaranın; meme kanserinin etiolojisinde de rol oynadığı düşünülmektedir. Sigara dumanının içeriğindeki maddelerin, meme dokusuna ulaşabildiği gösterilmiştir. DNA eklentilerinin ve P 53 gen mutasyonlarının sigara kullanan kişilerde sigara kullanmayan kişilere göre daha fazla olduğunu bildiren çok sayıda çalışma vardır (18).

Türkiye'de yaygın kanser türünden biri de mesane kanseridir. Özellikle erkeklerde, sigara kullanımı mesane kanseri için en önemli risk faktörüdür. Mesane kanserine neden olan aromatik aminler ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar sigara dumanında bulunmaktadır. Mesane kanseri riski sigara bırakma ile belirgin olarak azalmaktadır (19,20). Sigara içmek kadınlarda serviks kanseri ve erkeklerde prostat kanseri riskini de artırmaktadır (20,21).

Sigara periodontal hastalıklar ile de yakından ilişkilidir. Periodontal hastalığın yaş, cinsiyet, oral hijyen ve sosyoekonomik durum gibi hazırlayıcı etkenleri arasından en önemli etkeni olarak sigara kabul edilmiştir. Özellikle son yıllarda, dişeti çekilmesi, akut nekrotizan ülseratif gingivitis (ANUG) ve periodontitis gibi rahatsızlıklara neden olduğu bildirilmektedir (22).

Psikoaktif bir madde olan, sigara, ruhsal ve davranışsal bozukluklara neden olmaktadır. Şizofreni hastalarında nikotin bağımlılığı prevalansı oldukça yüksektir (%58-92). Bunun nedeni olarak, bu hastalardaki sigara kullanımının antipsikotiklerin kan seviyesini azalttığı böylece bilişsel yetenekler ya da ekstrapiramidal yan etkiler üzerindeki olumlu sonuçları görülmektedir (23).

Sigaranın uzun süreli kullanımı doğurganlık ve yardımcı üreme teknikleri üzerine negatif etkileri olduğu bilinmektedir. İnfertilite oranının sigara içen kadınlarda içmeyen kadınlara göre % 13 daha yüksek bulunmuş, gebe kalma süresinin de 3-12 ay daha uzun sürede gerçekleştiği tespit edilmiştir. Sigara içeriğindeki maddeler, üreme fonksiyonlarının azalmasına ve foliküler tükenmenin hızlanmasına neden olmakla birlikte nikotin ovumun uterusu ilermesini önlediği, ovumda genetik anomalilere eğilimi ve düşük riskini artırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca, nikotin menopoz süresini de 2-4 yıl erkene çekmektedir. Sigara erkeklerinde üreme fonksiyonlarını etkilemektedir. Sigara dumanında bulunan bileşenler DNA'ya bağlanması sonucu hücre DNA'sında bozulmaya sebep olup spermde genetik hasara yol açarlar. Yardımcı üreme tekniklerinin başarısı açısından da kadının içtiği her sigara yılı tedavi başarısını %9 oranında azaltmaktadır. (24).

2.3. Pasif Sigara İçiciliği

Pasif sigara içiciliği, aktif sigara içicilerinin üflediği duman karışımının solunması olarak tanımlanmaktadır. Bu duman, doğrudan hava ile karıştığı için zehirli madde miktarını yüksek oranda içerir, bu da solunum, kalp-damar hastalıkları, akciğer kanseri vb. riskini artırmaktadır (25).

Seksenli yıllarda pasif içicilerde akciğer kanseri riskinde artış olduğu bildirilmiştir. Bunun üzerine kalp-damar sağlığı açısından bu konunun üzerinde durulmuştur. Yanan sigara dumanının 1/3'ü içen kişinin akciğerlerine ulaşırken 2/3'ü akciğerine ulaşmayıp havaya karışmaktadır. Sigara içmeyen kişiler havaya karışan bu duman ile maruziyette bulunmaktadır. Bu kişilerde koroner kalp hastalığı riski %20 – 50

oranında artmaktadır. Ayrıca pasif içicilik ergenlik çağındaki kişilerde de dislipidemiye neden olmaktadır (26).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünya genelinde çocukların yaklaşık yarısının pasif olarak sigara dumanından etkilendiğini belirtmektedir. Gene yapılan araştırmalara göre dünyada 700 milyon çocuğun evinde sigara içilmektedir (27).

Dünya çapında pasif içicilik toplumun yaklaşık %40'ını etkilemekte olup her yıl 603.000 kişinin hayatını kaybetmesiyle sonuçlanmaktadır. Maruziyet en fazla, sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda ve sigara içmeyen kadınlarda görülmektedir. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin aktif sigara kullanımı sonucunda çocuklarda alt solunum yolu hastalıklarında artış olduğu görülmüştür. Pasif içiciliğin erişkinlerde ve çocuklarda sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin görülmesi üzerine dumansız hava sahasına sahip mekânların oluşturulması gündemde önemli yer tutmuştur. Dumansız hava sahası uygulamasının olduğu mekanlarda uygulanan yasaklar ile pasif içiciliğin sağlık üzerindeki etkilerinin azaldığı görülmüştür. 2009 yılında ülkemizde kapalı alanlarda sigara içiminin yasaklanmasıyla beraber sigara bırakma konusunda olumlu sonuçlar elde edilmiştir. (28).

Gestasyonel dönemde de sigara dumanına maruziyet hem anne hem de fetus açısından olumsuz tablolara yol açmaktadır. Sigara dumanı fetusta düşük doğum ağırlığı, konejital anomaliler ve intra uterin gelişme geriliği gibi olumsuzluklara sebep olabilmektedir. Yeni doğan döneminde de yetersiz anne sütü alımına, solunum sistemi hastalıklarına ve ani bebek ölümüne neden olabilmektedir. Bebek gelişiminde de bilişsel ve davranışsal fonksiyonları olumsuz etkileyebilmektedir (29).

2.4. Sigara Bırakmanın Sağlık Üzerine Etkileri

Sigarayı bıraktıktan hemen sonra vücutta değişimler başlamaktadır. Bu değişimlerden bazıları;

- 20 dk sonra nabız atımı ve hızlı nefes alımı normale döner.
- 8 saat sonra kandaki oksijen seviyesi normal seviyeye gelir.
- 24 saat sonra vücuttaki karbonmonoksit atılır.

- 48 saat sonra koku ve tat duyuları düzene girmeye başlar vücuttaki nikotin seviyesi normalleşir.
- 72 saat sonra soluk alışverişi normalleşir.
- 2 – 12 hafta sonra eforla olan yorgunluk ve tıkanma azalır, dolaşım düzene girer.
- 3 – 9 ay sonra akciğer performansı % 10 civarı artar.
- 12 ay sonra kardiyovasküler hastalık riskinde % 50 azalma olur.
- 12 – 36 ay sonra mesane kanseri riski % 50 oranında azalır.
- 5 yıl sonra akciğer kanseri riski ve kalp krizi riski % 50 oranında azalır.
- 10 – 15 yıl sonra kalp krizi riski sigara kullanmayan bireylerle aynı seviyeye gelir, akciğer kanseri riski de sigara kullanmayan bireylere oranla yarıya düşmektedir (30).

Yukarıda da değinildiği gibi sigarayı bırakan kişilerde KOAH ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere birçok hastalığın riski önemli oranda düşmektedir. Sigarayı bıraktıktan sonra hasta olan kişilerde ise mortalite oranları aktif olarak sigara kullanırken hasta olan kişilere göre anlamlı olarak azalmaktadır (31).

Sigara bıraktıktan 30 gün sonra HDL-K seviyelerinde yükselme olabilir (32). Plazma viskozitesinde olabilecek artışlar koroner arter hastalığı açısından risk oluşturur. Sigaranın bırakılmasıyla plazma viskozitesinde azalma meydana gelmektedir (33). Sigarayı bıraktıktan sonra kişilerin daha fazla yemek yediği ve bundan dolayı kilo aldıklarını belirten bazı yazarlar da vardır. Bu konu üzerinde sıklıkla tartışılan bir konudur (34).

2.5. Sigaranın Ekonomik Etkileri

Sigaranın sağlık üzerine olan olumsuz etkileri kadar ekonomik yönden de olumsuz etkileri vardır. Sigaranın bir aileye ortalama maliyetini hesaplayacak olursak evde tek içen kişi ve günde 1 paket sigara kullanması halinde aylık 450 TL gibi bir masrafı olacaktır. Asgari ücretle geçinen bir aile için bu para aylık gelirlerinin yaklaşık % 20'sine denk gelmekte olup, hiç azımsanmayacak bir bedeldir.

Sigara içen kişiye olduğu kadar topluma da ekonomik açıdan büyük bir yüküdür. Dünya bankası tütün ürünlerinin her yıl 200 milyar dolar zarara yol açtığını belirtiyor. Sigara içimi direk ve indirek olarak ekonomik kayba sebep olur. Tütün tüketiminin tüketim maliyeti, kazalar, yoksunluğun yol açtığı ekonomik yük, iş gücü kaybı gibi indirek maliyetleri de mevcuttur (35).

Sigara, toplum sağlığı açısından önemli sonuçları olan global bir problemdir. Sigara kullanımının artması, aileler, yoksullar, ulusal sağlık sistemleri dolayısıyla ülkelerin de ekonomileri üzerinde ciddi yükler oluşturmaktadır. Hükümetler sağlık harcamalarının artmasına engel olmak için sigara kullanımı ile mücadele etmek zorundadırlar. Sigara, kullananların ve dumanına maruz kalanların sağlığını olumsuz etkilerken diğer yönden sigaranın neden olduğu hastalıkların tedavi maliyetlerinin ailelere ve sosyal güvenlik sistemine verdiği zararlar nedeniyle içmeyenler için de önemli bir ekonomik yüküdür (36).

Sigara fiyatlarının arttırılıp daha pahalı hale getirilmesi ile düşük gelirli bireylerde kullanım sıklığını düşürmek hedeflenmişse de bu bireylerde kullanım sıklığı değişmemiştir. Yapılan çalışmalarda düşük gelir düzeyli ülkelerde fakir bireylerin daha yüksek miktarda sigara kullandığı tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü de sigara içiminin en çok hane halkı geliri veya servet ile ilgili olduğunu belirtiyor (16).

2.6. Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım

Sigara bırakma yöntemlerinin sigaranın bırakılmasındaki amaçları, kişide meydana gelen sigara bağımlılığının üstesinden gelmektir. Günümüzde, bupropion ve vareniklin sigara bırakmaya yardımcı olması için kullanılan ilaçlar arasında yer almaktadır (37).

2.6.1. Nikotin Replasman Tedavileri (NRT)

Sigara bıraktırmada en sık kullanılan yöntemdir. Fizyolojik ve psikolojik yoksunluk sendromlarının azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Gebelerde, emzirenlerde ve kalp hastalığı olanlarda güvenli bir şekilde kullanılabilir (38).

NRT arasında etkinlik bakımından bir fark olmadığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (39). Bu nedenle herhangi biri kullanıldıktan sonra istenilen sonuç alınmadığı takdirde kombine edilebilirler. En yaygın kullanılanı sakız ve bant kombinasyonlarıdır. Tedavi başarısızlığında, ciddi fiziksel bağımlılık durumlarında NRT ile bupropion da kombine edilebilir. NRT'nin önerilmediği durumlardan bazıları; gebelik ve emzirme süreci, <3 hafta içerisinde geçirilmiş miyokard infarktüsü, düzensiz anjina pectoris, malign aritmi, serebrovasküler hastalıktır.

Nikotin Bandı

- Nikotin bantlarının 7 ile 35 mg nikotin içeren pek çok farklı boyutları bulunmaktadır. 16 ve 24 saatlik formları mevcut olup ülkemizde 24 saatlik formu bulunmaktadır (40). Bant 1 mg nikotinin vücuda kontrollü olarak verilmesini sağlar. Üç farklı boyutta bulunan 24 saatlik formlardan, 30 TTS formunda 21 mg, 20 TTS formunda 14 mg, 10 TTS formunda ise 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır.
- Günde 15'ten fazla sigara içen bireylerde 30 TTS formu ile başlanıp 4 hafta devam edilmektedir. Devamında ise iki hafta boyunca 14 mg ve 7 mg şeklinde tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. Günde 15'ten az sigara içenlerde ve bırakıldıktan sonra yoksunluk tanımlanan bireylerde 14 mg'lık doz başlanıp azaltılarak 8 haftaya tamamlanabilmektedir.
- Kanda tepe değere ulaşma süresi 2-4 saattir ve 24 saat sabit bir seviye sağlar.
- Bandın yapıştırılacağı yerler için üst kol veya gövde ön tarafında kılsız bölgeler tercih edilmelidir ve uygulama yeri her gün değiştirilmelidir.
- Tedavi ile sigara içilmemesi gerekmektedir.
- Yan etkiler minimal düzeyde genellikle hafif ve geçici olarak görülebilmektedir. Uygulama yerinde alerjik reaksiyon, taşikardi, baş ağrısı, aritmi, soğuk algınlığı, kas ağrısı, bulantı, sersemlik, uykusuzluk, karın ağrısı, öksürük, anksiyete, kabızlık, ishal, dispepsi, emosyonel değişiklikler, eklem ağrısı görülebilmektedir.

Nikotin Nazal Sprey

- Her iki buruna birer püskürtmeye bir doz denir. Her püskürtme 0,5 mg nikotin içermektedir. Saatte 1-2 doz önerilmektedir. Maksimum günlük doz 40 mg'dır.

Sıklıkla karşılaşılan yan tesirleri, burun ve boğaz irritasyonu, bulantı, aksırık, öksürük, burun akıntısı, sinüzit ve çarpıntıdır (41).

- Türkiye’de bulunmamaktadır.

Nikotin Sakızı

En yaygın kullanılan nikotin replasman tedavisidir. Nikotin sakızının 2 mg ve 4 mg’lık formları vardır. Sakız bir-iki çiğnenip yanak mukozasında bekletilerek emilir. Sakız yavaş bir şekilde birkaç kez çiğnenip yanak mukozasına sıkıştırılarak bekletilmelidir. Hızlı ve çok çiğneme, aşırı tükürük salgısı ve gastrointestinal sistem yan etkilerine yol açabilmektedir. Çiğneme sırasında bir şey yenilip içilmemelidir (42).

- Günde 25’ten az sayıda sigara içenlerde 2 mg, 25’ten fazla sayıda adet sigara içenlerde 4 mg formunun günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilmektedir 2 mg olan preparatlar ile 4 mg’lık preparatlar arasında düşük bağımlılık düzeyinde fark yokken yüksek bağımlılık düzeylerinde 4mg olan preparatların daha etkili olduğu tespit edilmiştir (39).
- Kullanım süresi için 8-12 hafta yeterlidir. Gerekliği zaman süre uzatılabilir.
- Nikotin sakızının düzenli nikotin düzeyi sağlayamaması nedeniyle çiğneme sıklığı ve miktarını çoğu zaman hastalar belirlemektedir. İki sakız arasında en az yarım saat olmalıdır.
- En sık görülen yan etkileri ağız irritasyonu, dispepsi, bulantı, hıçkırık ve çene ağrısıdır (43).

Nikotin Sublingual Tablet

- 2 mg’lık tabletleri vardır ve dilaltında çözülmeaktadır. Emilim nikotin sakızı gibi oral mukozada olmaktadır.
- Saatte bir tablet kullanılması tavsiye edilmektedir. Tabletlerin kullanım süresi 20 dakikadır.
- Türkiye’de bulunmamaktadır.
- Nikotin Pastil
- 1, 2 ve 4 mg’lık formları bulunmaktadır. Pastil ağız içinde döndürülerek yavaşça çözülmalıdır.

- Kullanım süresi 30 dakikadır, sonra atılmalıdır. Günde en fazla 15, saatte ise 1 pastil kullanımı önerilmektedir.

2.6.2. Bupropion HCL

- Non-trisiklik antidepresan grubu bir ilaçtır. Dopamin ve norepinefrin geri alımını zayıf düzeyde inhibe ederek etki gösterir. Serotonin üzerine etkili değildir. Karaciğerden metabolize edilmektedir. Bu yüzden karaciğer problemi olanlarda kullanımı sınırlıdır. Yarı ömrü 21 saattir. Nikotin replasman tedavisi dışında sigara bırakmada kullanılan ilk ilaçtır (44).
- Sigarayı bırakma üzerine olan etkisi, antidepresan etkisinden bağımsızdır.
- Kullanım süresi olarak 8 haftanın yeterli olabileceği bildirilmektedir. Tedaviye sigara bırakılmadan önce başlanır ve 7–14 gün içerisinde bir bırakma günü belirlenir. İlk 3 gün 150 mg, 4. Gün ve devamında 300mg/gün (2x150mg tb) olarak kullanılır. İleri yaşlarda önerilen doz 150 mg/gündür (45).
- Bupropionun tek başına kullanımı ile nikotin bandı ile beraber kullanılması arasında herhangi bir fark bulunamamıştır (46).
- <18 yaş olanlarda kullanımı önerilmemektedir.
- Uykusuzluk, ağız kuruluğu ve baş ağrısı sık görülen yan etkileridir. Allerjik reaksiyon, sindirim sistemi yakınmaları da olabilmektedir.
- Bupropion önerilen bireylerin teofilin kullanımı da varsa tedavi süresince teofilinin kesilmesi gerekmektedir. Teofilin kesilemiyorsa da bupropion tedavisi 150 mg/gün dozunda sürdürülmelidir.
- Bupropion kullanımının kontrendike olduğu durumlar; epilepsi öyküsü, epilepsi eşiğini düşüren ilaç kullanımı (nöroleptik kullanımı), alkol suistimali, anoreksi nervroza, bulumia, kafa içi yer kaplayan kitle, yakın tarihte beyinde cerrahi müdahale öyküsü ve MAO inhibitörü kullanımıdır. Bu faktörlere sahip kişilerde buproion kullanımı epileptik nöbet geçirme riskini artırmaktadır.

2.6.3. Vareniklin

- Santral sinir sisteminde nikotinik reseptörlerden $\alpha 4\beta 2$ subünitesi içerenler nikotin bağımlılığı oluşumunda kilit rol oynar. Vareniklin de $\alpha 4\beta 2$ reseptörleri uyarak nikotinik agonist etkileri ile dopamin salınımını sağlayabilir. İlerleyen dönemde nikotin alınsa bile dopamin salınımında artış meydana gelmez (antagonist etki). Vareniklin nikotin bağımlılığını agonist ve antagonist fonksiyonları ile azaltmaktadır. Yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasına da engel olmaktadır (47).
- Tedaviye bupropionda olduğu gibi kişi sigara kullanırken başlanır ve tedavinin 8- 14. günler arasında bir gün bırakılması önerilir. İlk 3 gün 1x0.5mg, 4-7. günlerde 2x0.5mg, 8. günden itibaren 2x1mg olarak tedaviye devam edilir. En sık görülen yan etkisi hafif ve orta şiddette bulantıdır. Baş ağrısı, uykusuzluk, anormal rüya görmeler, halüsinasyonlar daha nadir bildirilen diğer yan tesirleridir (48).
- Bilinen kontrendikasyonu ve ilaç etkileşimi tespit edilmemiştir. Ancak klinik kullanımlarda nöropsikiyatrik semptomlar (intihar düşüncesi-eylemi, davranış değişiklikleri, ajitasyon, depresif duygudurum, gibi) meydana geldiğine dair bildirimler olmuştur. Bu sebeple tedavi planlanan olgular psikiyatrik hastalık açısından sorgulanmalı, tedavi esnasında da nöropsikiyatrik semptomlar açısından takip edilmelidir. Öte yandan araç kullananlarda uyusukluk yaşama olasılığına karşı da olgular uyarılmalıdır (49).

2.6.4. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım



Şekil 1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Polikliniğe başvuran hastalar değerlendirilirken “Transteorik Model” kullanılabilir. Bu model hastanın sigara bırakma tedavisine hazır olup olmama derecesini göstermektedir (50).

2.6.4.1. Sigara Bırakmada Hipnoz ve Hipnoterapinin Kullanımı

Sigarayı bırakma için yardımcı olabilecek birçok farmakolojik tedavi seçeneği bulunmaktadır. Bu ilaçların yardımıyla sigarayı bırakmayı başaranların sayısı hiç de azımsanmayacak ölçüdedir. Ancak bu ilaçları kullanmasına rağmen bırakamayan, ilaç kullanmak istemeyen, ilaç yan etkisi nedeniyle veya gebelik ve emzirme gibi bazı nedenlerle ilaç kullanamayan kişiler için bilişsel davranışsal terapi ile hipnoterapinin kombinasyonu uygun ve etkili bir seçenek olarak ön plana çıkmaktadır. Hipnoterapi ilaç tedavileriyle de birlikte de uygulanabilir. Yapılan klinik çalışmalar farmakolojik tedavilere ek olarak hipnoterapi uygulamasının sigara bırakma başarısını artırdığını göstermiştir. Sigara bırakma için yapılacak hipnoterapinin bilişsel davranışçı yaklaşım ile kombine edilmesi halinde daha etkin ve kalıcı bir bırakma süreci sağlanması ile ilgili yayın ve çalışmalar gelecekteki yapılacak çalışmalara örnek oluşturabilir (51).

Hipnoz, insan yaşamındaki bir dizi problemi (depresyon, anksiyete, bağımlılık, vb.) tetikleyen, daha da kötüleştiren ve veya sürdüren uyumsuz düşüncelerin, duyguların ve davranışların belirlenmesinde ve değiştirilmesinde etkisi kanıtlanmış bilimsel bir yöntemdir. Hipnoterapi, hipnozun tedavide kullanımına verilen isimdir. Hipnoterapi, sigara içme ile ilgili davranışları değiştirmek ve sigara içilmesi ile ilgili düşünceleri yeniden yapılandırmak için sigara bırakma sürecinde etkin bir şekilde uygulanabilir (52).

Sigara bırakmada uygulanan hipnozda, doğrudan ve dolaylı (Erickson) birçok farklı telkin kalıbı kullanılabilir. Her insanın kişisel özellikleri, yaşam öyküleri kendine özgüdür, bu nedenle sigarayı bırakma için kullanılabilecek herkes için geçerli tek bir hipnoterapi yöntemi yoktur. Elbiseyi konfeksiyon mağazasından almak yerine terziye diktirmek örneğindeki gibi, hipnoterapi seansı öncesinde kişisel tıbbi öykü alarak kişiye özgü bir hipnoterapi yöntemi belirlemek daha doğru bir yaklaşımdır.

Seansların sayısı da yine kişiye özgü olması gerekir, bazı kişilerde tek seans yeterli olurken birçoklarında ise 3-5 seans gerekmektedir (52).

2.6.4.2. Transteorik Model Değişim Evreleri

Tablo 2. Transteorik Model değişim evreleri

Bırakmayı Düşünmeme (Pre-Contemplation)	Kişi en az 6 ay içinde sigara bırakmayı düşünmez, hastalık risklerini göz ardı edip yardımı reddeder.
Bırakmayı Düşünme (Contemplation)	Kişi 6 ay içinde bırakmayı düşünmekte, sigaranın sağlığa verebileceği zararlar hakkında bilgi sahibidir. Sigarayı bırakmak için harekete geçmekle düşünmek arasında kalmıştır.
Bırakmaya Hazırlanma (Preparation/Ready For Action)	Kişi riskler hakkında bilgi sahibidir ve 1 ay içinde bırakmaya karar vermiştir.
Bırakmayı Deneme (Action)	Kişi sigarayı bırakmış ancak henüz 6 ayı doldurmamıştır. Nüksün en fazla olduğu dönemdir.
Bırakmayı Sürdürme (Maintenance)	Kişi 6 aydan uzun süredir sigarayı bırakmıştır.

2.6.4.3. Basamaklı Tedavi Modeli

Sigara bırakmada kullanılan bir diğer yöntem de 5A ve 5R (53,54) yöntemleri dediğimiz basamaklı tedavi modelidir

5A (5Ö) Kavramı:

Tablo 3. 5A (5Ö) stratejileri

ASK	ÖĞREN
ADVISE	ÖNER
ASSESS	ÖLÇ
ASSIST	ÖNDERLİK ET
ARRANGE	ÖRGÜTLE

ASK (ÖĞREN): Başvuruda bulunan bütün kişilerin tütün kullanım durumlarını öğrenip vital bulguları ile birlikte kayıt altına alma. Tütün kullanım durumları da;

sigarayı bırakmak isteyenler, sigarayı bırakmak istemeyenler ve sigarayı henüz bırakmış olanlar şeklinde ayrılmıştır.

ADVISE (ÖNER): Açık, güçlü ve kişiye özel bir mesajla sigarayı bırakmasını önermektir.

ASSES (ÖLÇ): Nikotin bağımlılık seviyesinin ölçülmesi ve bırakma girişimindeki isteğinin sorgulanmasıdır

ASIST (ÖNDERLİK ET): Başvuran kişinin tedavisinin düzenlenip, kişiye özel danışmanlık yapılmasıdır.

ARRANGE (ÖRGÜTLE): Bıraktıktan sonrası için yapılacak izlemleri içeriyor. Yüz yüze görüşme yapılamıyorsa telefonla görüşme sağlanmalıdır. Bu anlarda kişinin bırakma çabalarından övgüyle bahsedilip karşısına çıkabilecek zorluklar açısından önerilerde bulunulmalıdır.

5R (TeRKET) Kavramı:

Tablo 4. 5R stratejileri

RELEVANCE	İLİŞKİ
RISKS	RİSKLER
REWARDS	ÖDÜLLER
ROADBLOCKS	ENGELLER
REPETITION	TEKRAR

RELEVANCE (İLİŞKİ): Başvurana sigaranın sebep olabileceği zararları kişiyle ilişkilendirip anlatmak.

RISKS (RİSKLER): Başvuran kişiye sigaranın kısa ve uzun dönemde sebep olabileceği potansiyel zararlar hakkında bilgi vermek.

REWARDS (ÖDÜLLER): Başvuran kişiye sigarayı bıraktıktan sonra sahip olabileceği kazançlardan bahsetmektir.

ROADBLOCKS (ENGELLER): Başvuran kişinin sigara bırakmak için önünde bulunan engelleri tespit edip tedavi açısından mevcut durumu değerlendirmektir.

REPETITION (TEKRARLAR): Özellikle motivasyonu düşük bireyler için her görüşmede motivasyonel görüşme yapılması.

2.7. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Sigara kullananlarda bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde en sık kullanılan test Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)'dir. Sigarayı bırakmak isteyenlerde bağımlılık seviyesinin tespitinde ve buna bağlı olarak tedavi seçiminde büyük önem taşımaktadır (55).

FNBT fagerström tolerans anketinin (FTA) gözden geçirilmesiyle meydana getirilmiştir. İlk defa 1978 yılında Fagerstrom, fagerstrom tolerans anketini önermiştir. Fagerstrom tolerans anketi (FTA) 8 sorudan oluşmaktaydı. 1991 yılında Heatherton ve ark. bu anketi yeniden ele alıp FNBT'yi ortaya çıkarmışlardır. FNBT'nin Türkçe geçerliliği Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır. FNBT, FTA testine göre daha kısa ve pratik bir testtir. Bazı çalışmalarda da FNBT'nin FTA'ya göre güvenilirliğinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (56).

FNBT 6 sorudan oluşmaktadır. Sorulara verilen cevaplara bağlı olarak bağımlılık derecesini gösteren bir puan ortaya çıkmaktadır. Puanlama 0 ila 10 puan arasında değişmektedir. 0-2 puan çok düşük bağımlıyı, 3-4 puan düşük bağımlıyı, 5 puan orta düzeyde bağımlıyı, 6-7 puan yüksek bağımlıyı ve 8-10 puan çok yüksek bağımlıyı ifade etmektedir (57).

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

1- Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

- En çok 10 tane [0 puan]
- 11-20 tane [1 puan]
- 21-30 tane [2 puan]
- 31 tane [3 puan]

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

- En çok 5 dakika [3 puan]
- 6-30 dakika [2 puan]
- 31-60 dakika [1 puan]
- 60 dakikadan fazla [0 puan]

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

a) Evet [1 puan]

b) Hayır [0 puan]

4- En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

a) Günün ilk sigarası [1 puan]

b) Diğer herhangi biri [0 puan]

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

a) Evet [1 puan]

b) Hayır [0 puan]

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

a) Evet [1 puan]

b) Hayır [0 puan]

[0-2 puan] çok düşük bağımlılık

[3-4 puan] düşük bağımlılık

[5 puan] orta derecede bağımlılık

[6-7 puan] yüksek bağımlılık

[8-10 puan] çok yüksek bağımlılık

Fagerstrom Tolerans Anketi

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

a. İlk 30 dakika içinde [1 puan]

b. 30 dakikadan sonra [0 puan]

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı? (kütüphane, sinema vs.)

a. Evet [1 puan]

b. Hayır [0 puan]

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

a. Sabah ilk içilen sigara [1 puan]

b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar [0 puan]

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

a. 26 ve daha fazla [2 puan]

b. 16-25 adet [1 puan]

c. 15 ve daha az [0 puan]

5. Uyandıktan sonra ilk saatlerde diğer zamanlarına göre daha sık sigara içiyor musunuz?

a. Evet [1 puan]

b. Hayır [0 puan]

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

a. Evet [1 puan]

b. Hayır [0 puan]

7. Kullandığınız sigaranın nikotin düzeyi nedir?

a. 0.9 mg veya daha az [0 puan]

b. 1.0-1.2 mg [1 puan]

c. 1.3 mg ve daha fazla [2 puan]

8. Hiç sigara içtiniz mi?

a. Hiçbir zaman [0 puan]

b. Arasında [1 puan]

c. Her zaman [2 puan]

2.8. Yeni Bırakmış Bireylerde İzlem ve Nüksün Önlenmesi

Sigarayı bırakmış bireylerde nüks büyük bir sorundur. Sigarayı bırakmış bir bireyin en az bir sigara (hatta bir puf) içmesi hata, sigara içme durumunun başlangıç seviyesine dönmesi ise nüks anlamına gelmektedir. Sigarayı bırakanlarda dönem dönem içme isteği ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda içmemek için mücadele etmek yerine sigara içebilirler. Bu durum suçluluk hissiyle beraber kendine duyduğu güvende sarsılmaya neden olabilir. En kötü yanı ise yapılan hata ile kalmayıp eski içme düzenine çok çabuk bir şekilde dönme eğilimine neden olmasıdır. Sigaraya tekrar başlayan bireylerde bırakmaktan vazgeçme gibi olumsuz bir tablo da oluşabilir. Tekrar başlayanların %15'i bir daha denememek üzere bırakmaktan vazgeçmektedir. Sigarayı

bırakanlarda nüksü önlemek için önceden nükse neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin getirilmesi planlanmalıdır. Daha önceki bırakma girişimlerinde bırakma nedenleri, ne kadar süre bırakabildikleri ve neden tekrar başladıkları sorgulanmalıdır (58).

Nüksün en güvenilir öngörücülerden biri, tek bir sigara içiminin yaşanmasıdır. Çünkü daha önceki girişimlerinde hata deneyimi olan bireylerin %95 kadarı nükse doğru ilerleme gösterecektir. Sigara bırakmaya motive olan bireylerde davranışsal ve farmakolojik yöntemler, sigara bırakmak için etkili yöntemlerdir. Fakat eldeki veriler, kısa zamanda nüksten korunmak için herhangi bir davranışsal yöntemin kullanımını desteklememektedir. Sigara içmeden geçen süre ne kadar uzunsa sigara bırakma başarısı da o kadar yüksek olmaktadır. Sigara bırakma polikliniklerinde takip edilen bireylerin takip süresi bıraktıktan sonra 6-12 ay olmalıdır. Nüks riski İlk haftalarda daha yüksek olmakla birlikte uzun süreli bırakma süreçlerinden sonra da nüks görülebilmektedir. Sigarayı kendi kendine bırakmayı deneyen bireylerin %30'u ya da yarısı ilk birkaç gün içinde, yine %50-60'ı ise ilk iki hafta içinde sigara içmeye başlamaktadır. Yine bir çalışmada bırakma sonrası ilk günde hiç sigara içmeyen kişilerin uzun dönemde sigara bırakma olasılıklarının on kat daha fazla olduğu görülmüştür (59,60). Uygulanan tedavilere rağmen, sigaranın bırakılması sağlandıktan sonra 6 ile 12 ay içinde hastaların %70-80'inde nüksler gelişebilmektedir (61,62). Nüks oranları sigara bırakılarak geçen yıllara paralel olarak azalmaktadır. Bıraktıktan sonraki nüks oranının ikinci yıl için %15, iki yıldan sonra her yıl %2-4, 10 yıldan sonra ise her yıl için %1'in altında olduğu tahmin edilmektedir (63). Davranışsal-bilişsel teknikler ve farmakoterapi ile destek sağlanan olgularda bile bırakma gününden sonraki ilk dört haftada biyokimyasal olarak verifiye edilmiş bırakma oranının %37 olduğu gösterilmiştir (58).

Nüks riskinin yüksek olduğu gruplar (58,64,65);

- Genç yaşta olma
- Günlük sigara tüketimi fazla olanlar
- Düşük eğitim düzeyi olanlar
- Bıraktıktan sonra kilo artışı olanlar
- Sağlık bilinci düşük olanlar

- Alkol tükemi fazla olanlar
- Çevresinde ve ailesinde sigara içen sayısı fazla olan bireyler
- Sigarayı bırakma süreleri 1 yılın altında olan bireyler
- Sinirli, kendine acıma hissinde olanlar
- Tedaviye uyum sağlamakta zorlananlar
- Kendini kötü, depresif hissedenler
- Kendine olan güveni fazla olup istediği zaman bırakabileceğine inananlar
- Sevdiği kişileri kaybedenler (vefat durumu)
- İş yükü fazla olanlar
- Stresli ve kaygılı olanlar
- Ekonomik sıkıntıları olanlar
- Negatif düşünceleri ve kötümserlik durumu olanlar

Nüks önleme yöntemleri

- Yüksek riskli durumlar: Sigaraya tekrar başlamaya sebep olacak yüksek riskli durumlar hakkında bilgi verilmektedir.

- Kendini izleme: Sigara içme isteğinin geldiği durumların analizinin yapılması önerilmektedir. Nerede, ne zaman, kiminle, ne yaparken ve ne düşünüyorken içme isteğinin geldiğine dikkat edilmesi önerilmektedir.

- Baş etme becerileri: Uyarı kontrolü (uyarıcı etkenleri sınırlama) ve asertiv davranma (ısrarları reddetme) üzerinde durulmaktadır.

- Hatalı düşünceler ve yanıtlarının oluşturulması: Yaygın rasyonalizasyonlara örnekler verilmekte ve uygun yanıtlar önerilmektedir.

Gelişmeyi belirleme: Sigara içilmeden geçen süre içindeki kazanımların farkına varılması sağlanmaktadır.

- İstekle baş etme: Sigara içme isteği geldiğinde bu istekle baş etme yolları işlenmektedir.

- Yeni alışkanlıklar bulma: Bireyi oyalayacak başka alışkanlıklara yönelmenin önemi üzerinde durulmaktadır.

- Kayma (slip) veya sürçme (laps) durumunda yapılacaklar: Kayma veya sürçme durumuna ilişkin stratejiler ele alınmaktadır (66).

Sigara bırakma döneminde bırakan bireyde ilk iki hafta çekilme semptomları yoğun geçeceğinden 1. ayda iki görüşme önerilir. Görüşmelerden ilkinin yüz yüze olması şartıyla hastanın gelememe durumuna göre ikinci görüşme telefonla yapılabilir. Bırakmak isteyen kişi belirlenen sigara bırakma gününde sigarayı bırakamamışsa sebepleri karşılıklı konuşularak tekrar gün belirlenmelidir. Sonraki görüşmelerde tedaviye hasta uyumu ve tedavinin yan etkileri kontrol edilmelidir. Görüşmeler ilk aydan sonra 3 aya kadar aylık, sonrasında 3 aylık takipler şeklinde en az bir yıl olmalıdır.

Görüşmelerde dikkat edilmesi gereken konular;

- Hastanın sigara bırakma konusunda kararlılığının ve isteğinin takdir edilmesi
- Nikotin çekilme semptomlarının sorgulanması
- Tedavi yan etki ve etkinliğinin sorgulanması
- Nikotin çekilme semptomlarının dışında yaşadığı sorunların sorgulanması
- Bırakma gününden sonra kaçamak yapıp yapmadığının sorulması (58).

Sigarayı henüz bırakmış bireyler, kendilerinin neden sigara bağımlısı olduğunu bilmelidirler ve bu nedenlerle baş edebilme stratejileri ile stres yönetimini geliştirebilmeli, özgüvenlerini artırmalıdır. Nikotin bağımlılığında fiziksel olarak yoksunluk erken hataya neden olabilir. Aşırı sigara içme arzusu geldiğinde önerilen stratejiler dikkate alınmalıdır. Bu gibi durumlarda;

- Sigara bırakmanın getireceği ekonomik rahatlık ve sağlık problemlerinin çözümü düşünülmeli,
- Sigara içme durumunda ise tersi olarak oluşabilecek ekonomik yük ve meydana gelebilecek sağlık problemleri düşünülmeli,
- Bir sigaradan bir şey olmaz gibi düşünceler olmamalı,
- Sigara bırakırken karşılaşılan zorluklar hatırlanarak bırakmanın ne kadar zor gerçekleştiği hatırlanmalı,
- Bu süreçte birkaç kez bu durumu yaşadıklarını ve sonunda da başarılı olduklarını düşünülmeli (67).

Nüks olguların tedavileri düzenlenirken (68);

- Hastanın önceki bırakma sürecinde kullandığı ilaçların dışında kalan ilaçları tercih etmek, ilaçları kombine ederek kullanmak veya tedavi süresini uzatmak gibi seçenekler üzerinde düşünülebilir.

Nikotin replasman tedavisi (NRT) 6 aya kadar uzatılabilmektedir. Vareniklin, Bupropion ve bazı NRT ürünlerinin 6 ay kadar kullanımı U.S. Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanmıştır (69).

2.9. Dünyada ve Türkiye’de Sigara Mevzuatı

Tütün imalatı Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulmasıyla birlikte Reji Şirketi’nden devralınmıştır. Reji Şirketinin tütün imal etmek, satmak, satın almak ve sigara üretmek, satışını yapmak gibi hakları mevcuttu. 1932 yılında tütün, alkollü içkiler, barut, patlayıcı maddeler ve tuz ile ilgili "inhisar" hizmetlerini yürütme görevi 1932 yılında kurulan İnhisarlar Umum Müdürlüğü’ne verildi. TEKEL bu şekilde kurulmuş oldu. 1984 yılında yabancı sigaraların ithal ve satış yetkisi TEKEL’e verilmiştir. 1986 yılında yabancı sigara ithali ve satışı serbest bırakılmıştır. Bu tarihten sonra sigara reklamları ve sigara kullanımı hızla artmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde (TBMM) tütün mamullerinin önlenmesine dair kanun 1991 yılında kabul edilmiştir fakat bu karar Cumhurbaşkanı tarafından reddedilmiştir. Gene 1991 yılında yabancı sigara şirketlerinin ülkede fabrika kurma hakkı yasa ile kabul edilmiştir. 1995 yılında sigara mücadelesi konusunda çaba gösteren kamu kurumları ile sivil toplum kuruluşlarını bir araya getiren ulusal komite kurulmuştur. Bu komite daha önce reddedilmiş olan yasanın yeniden hazırlanarak TBMM’ye sevk edilmesi yönünde çaba göstermiştir. Bu çabaların sonucu olarak TBMM’de 7 Kasım 1996 günü 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” kabul edilmiş ve 26 Kasım 1996 günü Resmî Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasadaki başlıca maddeler tütün mamullerinin her türlü reklam ve tanıtımının ve sigara satışının 18 yaşından küçük çocuklara yasaklanması, sigaranın sağlığa zararlı olduğuna dair işaretlerin sigara paketleri üzerine yazılması, toplu olarak bulunan yerlerde, toplu taşıma araçlarında, sağlık, eğitim ve spor tesislerinde sigara içiminin kısıtlanması şeklindedir. Yasa ayrıca bütün televizyon kanallarına ayda en az 90 dakika boyunca tütün kullanımının zararları ve korunma

yolları konularında eğitici yayın yapma yükümlülüğü de getirmiştir. Uluslararası tütün firmaları ise bu yasanın Anayasa'ya aykırı olduğunu iddia ederek iptali için dava açmış, ancak Anayasa Mahkemesi “kamu yararının ve genel sağlığın korunması” bakımından Anayasa'ya aykırılık bulmamıştır ve yapılan itirazı reddetmiştir (70,71,72). Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)'nin kabul edilmesinden sonra 28 Nisan 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı sözleşmeyi imzalamış ve 25 Kasım 2004 tarihinde de TBMM tarafından kabul edilmiştir (73,74,75). 4207 sayılı kanunda 2008 yılında yapılan değişiklikle madde 2'de; taksilerde dâhil toplu taşıma araçlarında, okul öncesi eğitim kurumları, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dâhil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumları ile kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında, özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde sigara tüketilmesi yasaklanmış, tütün ürünü tüketilmesi için ayrı odalar tahsis edilmesi yasal zorunluluk haline gelmiştir. Madde 3'te; tütün ürünlerinin her türlü televizyon, radyo, yazılı basında reklam faaliyetleri yasaklanmıştır. Madde 4'te; tütün ürünlerinin kullanılmasının yasak olduğu yerlere afiş asılması, yine tütün ürünlerinin satışının yapıldığı yerlere uyarı afişlerinin asılmasına, Madde 6'da kanun hükümlerine uymayanlara kişi ve işletmelere para cezası uygulanmasına başlanmıştır. 4207 sayılı Kanun'da 2013 yılında değişiklik yapılp “tütün içermeyen ancak tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan her türlü nargile ve sigara, tütün ürünü kabul edilir,” hükmü getirilmiştir. Elektronik sigaralar da yasak kapsamına alınmıştır (70,72).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Uzmanlık tez çalışması olarak yürütülen bu araştırma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 19.12.2018 tarih ve 26379996/315 protokol numaralı ve 271 sayılı karar numarası ile bilimsel açıdan uygun bulunmuştur.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma retrospektif bir çalışma olup, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği'ne 01.05.2015 ile 31.12.2017 tarihleri arasında başvurmuş 1199 hasta oluşturmaktadır. Araştırmaya; Sigara Bırakma Polikliniği'ne ilk gelişlerinde elde edilen bilgiler doğrultusunda doldurulan dosyaları incelenerek telefonla ulaşılabilen ve çalışma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 573 hasta dahil edilmiştir.

Araştırma Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği'nde belirtilen tarihler arasında dahil edilme şartlarına uygun ve hariç bırakma şartlarını taşımayan 573 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

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

Hariç bırakma kriterleri

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

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

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

3.4. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri ve Ölçütleri

3.4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Değişken ve Ölçütler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim düzeyi

3.4.2. Sigaraya ilişkin değişken ve ölçütler

- Sigara bırakmak için kaçınıcı girişimi
- Daha önce sigarayı bırakma durumu
- Sigarayı bırakırken karşılaşılan zorluklar
- Günlük içilen sigara miktarı
- Gün içerisinde sigara içilen zamanlar
- Nikotin bağımlılık düzeyi: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile saptanmıştır.

3.4.3. Diğer değişkenler ve ölçütler

- Kişisel öykü
- Aile öyküsü
- Sistem sorgulama
- Uygulanan tedavi
- Posterior - anterior akciğer filmi

- Solunum fonksiyon testi ve elektrokardiyografi

3.5. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

- Sigarayı bırakma durumu

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Telefonla anket doldurma ve hasta dosyalarından elde edilen bulgular, IBM SPSS (statistical package for social sciences) 24.0 paket programı aracılığıyla analiz edildi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; tanımlayıcı analizler (ortalama, yüzde ve standart sapma), Independent Samples, Ki-kare analizi, ANOVA, Tukey, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan toplam 573 kişinin 393'ü (% 68,6) erkek, 180'i (% 31,4) kadındı. Cinsiyet durumuyla sigara bırakma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların 257'sinin (% 44,9) 25-40 yaş aralığında, 258'inin (% 45) 40-65 yaş aralığında olduğu görüldü. Katılımcıların yaşları sigara bırakma durumlarını istatistiksel olarak anlamlı etkilememiştir ($p>0,05$). Araştırmaya katılanların büyük kısmının evli olduğu görüldü (% 77). Katılımcıların medeni halleriyle sigara bırakma durumlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırmamızda katılımcıların eğitim düzeyleriyle sigarayı bırakma durumlarına bakıldığı zaman p değerini 0,027 olarak buluyoruz ve aralarında anlamlı bir farklılık olduğunu tespit ediyoruz. Katılımcıların sadece 5 tanesi (% 0,9) ilkokul dahil hiçbir okulu okumamış olup 174 tanesi (% 30,4) üniversite okumuştur. Yapılan istatistik araştırmasında anlamlı olan farklılığın üniversite mezunları ile ilkokul ve ortaokul-lise mezunları arasında olduğu ve bu farkın sigara bırakma durumu açısından üniversite mezunu lehine olduğunu tespit ettik (sırasıyla $p:0,003$ ve $p:0,007$). Yani üniversite mezunlarının ilkokul ve ortaokul-lise mezunlarına göre sigara bırakma başarıları anlamlı olarak daha yüksek. Bunların dışında kalan diğer eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Sayı (Oran) n(%)*	Sigarayı Bırakanlar n(%)**	Sigarayı Bırakamayanlar n(%)**	P
Cinsiyet	Kadın	180 (31,4)	57 (31,7)	123 (68,3)	0,350†
	Erkek	393 (68,6)	113 (28,7)	280 (71,3)	
Yaş	18-25	44 (7,7)	8 (18,2)	32 (81,8)	0,917‡
	26-40	257 (44,9)	79 (30,7)	178 (69,3)	
	41-65	258 (45)	77 (29,8)	181 (70,2)	
	>65	14 (2,4)	6 (42,6)	8 (57,2)	

Medeni Hal	Evli	441 (77)	134 (30,4)	307 (69,6)	0,397†
	Bekar	132 (23)	36 (27,3)	96 (72,7)	
Eğitim	Okumamış	5 (0,9)	2 (40)	3 (60)	0,027‡
	İlkokul	149 (26)	40 (26,8)	109 (73,2)	
	Ortaokul-Lise	177 (30,9)	45 (25,4)	132 (74,6)	
	Ön Lisans	46 (8)	14 (28,6)	32 (71,4)	
	Üniversite	174 (30,4)	64 (36,8)	110 (63,2)	
	Yüksek Lisans	22 (3,8)	5 (22,7)	17 (77,3)	
TOPLAM		573 (100)	170 (29,7)	403 (70,3)	

† Pearson Ki Kare, ‡ Kruskall Wallis

*Grupların kendi içlerindeki dağılım oranları

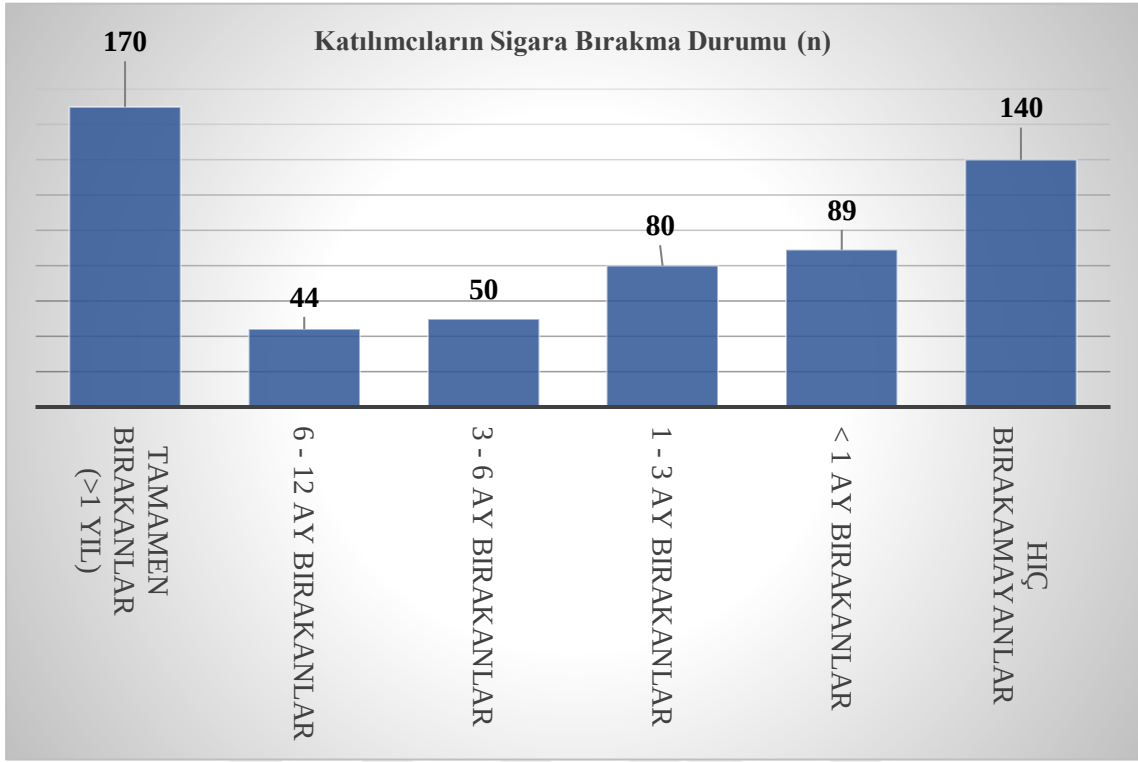
**Grupların alt başlıklarının sigarayı bırakan ve bırakamayanlarının oranları

Tablo 6. Katılımcıların eğitim durumlarının sigara bırakma ile ilişkisi açısından karşılaştırılması

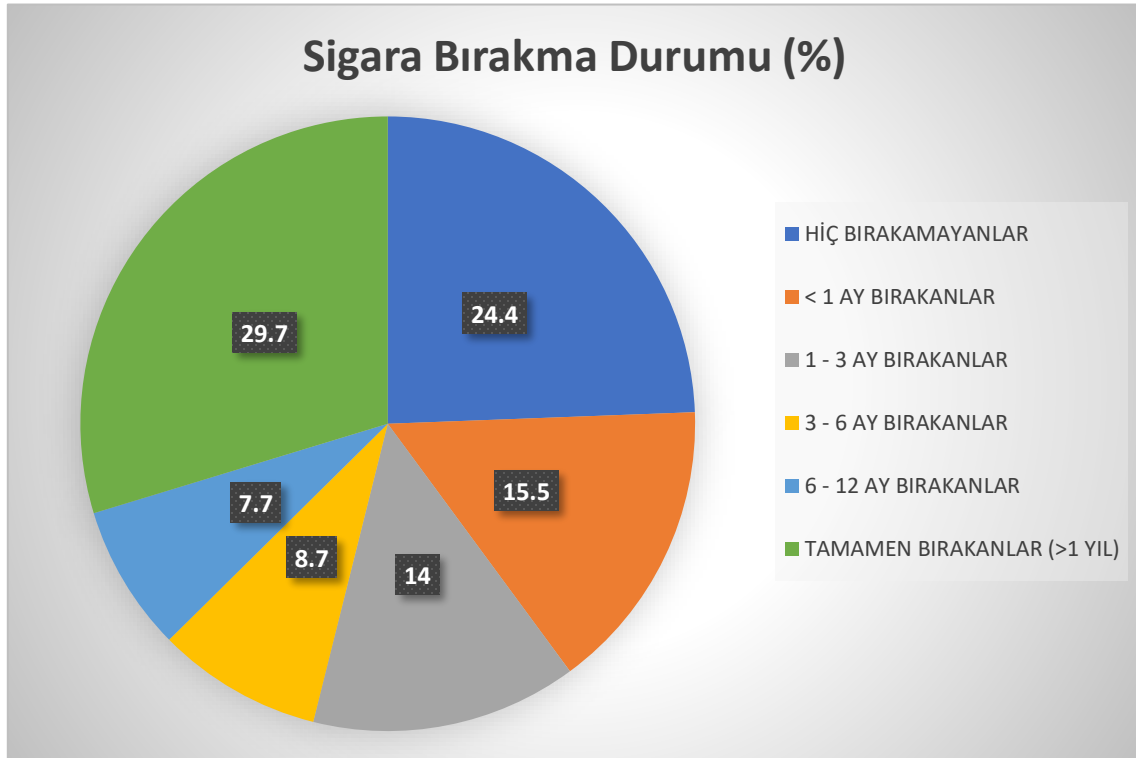
	Eğitim Durumları		p*
Sigara Bırakma Durumu	Lisans Mezunu	İlkokul Mezunu	0,003
	Lisans Mezunu	Ortaokul – Lise Mezunu	0,007

*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların sigara bırakma durumlarındaki başarı durumları incelendiğinde 170 kişinin (% 29,7) sigarayı tamamen bıraktığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu sonuç istatistiki olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Katılımcıların 140 tanesi (% 24,4) ise sigarayı 1 gün bile olsa bırakamadığını ifade etmiştir.



Şekil 2. Katılımcıların sayısal olarak sigara bırakma durumları



Şekil 3. Katılımcıların oransal olarak sigara bırakma durumları

Katılımcıların 259 tanesinin (% 45,2) BMI'i 25-29,9 aralığında yani kilolu bulunmuştur. Sadece 2 tanesi morbid obez, 17 tanesi de zayıf bulunmuştur. Katılımcıların BMI durumları sigara bırakma durumu açısından anlamlı bir fark teşkil etmemiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan bireylerin sigara bırakma polikliniğine kendi isteğiyle başvuranların sayısı 563'tür (%98,3) Bu kişilerin istatistik araştırması da sigara bırakma durumu açısından anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların büyük çoğunluğu daha önceki dönemlerinde sigarayı bırakmayı denemişlerdir. 291 tanesinin (%50,8) 2. veya 3. denemesi, 142 tanesi de (%24,8) en az 4. denemesidir. Araştırmamızda katılımcıların sigarayı bırakma girişimlerine baktığımızda anlamlı bir farklılık elde ediyoruz. ($p:0,016$). Sigarayı ilk kez bırakmayı deneyenler daha önce bırakmayı denemiş olanlara göre başarısız bulunmuştur. İstatistiki açıdan da ilk kez bırakmayı deneyenler ile 2. veya 3. denemesi olanlar arasında ($p:0,008$) ve ilk kez bırakmayı deneyenler ile en az 4. denemesi olanlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p:0,014$). Ancak 2. veya 3. bırakma denemesi olanlar ile en az 4. denemesi olanlar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Araştırmamızda katılımcıların FNBT sonuçlarıyla sigara bırakma durumları arasında anlamlı farklılık elde ettik ($p:0,020$). FNBT değerlendirmesinde büyük çoğunluğun yüksek bağımlılık ve çok yüksek bağımlılık düzeyinde olduğu görülmüştür. 183 kişi (%32) yüksek bağımlı, 194 kişi (%33,9) çok yüksek bağımlı bulunmuştur. FNBT değeri çok yüksek bağımlı olanların sigara bırakma çabaları düşük bağımlı olanlara göre daha başarısız olmuştur. Bu durum istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur($p:0,032$). Diğer FNBT sonuçları ile sigara bırakma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. Katılımcıların “kimin isteğiyle polikliniğe başvurma durumlarıi daha önceki sigara bırakma girişimleri ve FNBT” durumları

		Sayı (Oran) n(%)*	Sigarayı Bırakanlar n(%)**	Sigarayı Bırakamayanlar n(%)**	P
Kimin İsteğiyle Polikliniğe Başvurdu	Kendi İsteğiyle	563 (98,2)	167 (29,7))	396 (70,3)	0,450¶
	Başkasının Tavsiyesiyle	7 (1,2)	1 (14,3)	6 (85,7)	
	Hastalık	3 (0,6)	2 (66,6)	1 (33,3)	
Daha Önceki Bırakma Girişimleri	İlk Deneyimi	140 (24,4)	36 (25,7)	104 (74,3)	0,016‡
	2. veya 3. Girişimi	291 (50,8)	86 (29,6)	205 (70,4)	
	En az 4. Girişimi	142 (24,8)	48 (33,8)	94 (66,2)	
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi FNBT	Çok Düşük Bağımlı	50 (8,7)	19 (38)	31 (62)	0,020¶
	Düşük Bağımlı	73 (12,7)	32 (43,8)	41 (56,2)	
	Orta Derecede Bağımlı	73 (12,7)	24 (32,9)	49 (67,1)	
	Yüksek Bağımlı	183 (32)	50 (27,3)	133 (72,7)	
	Çok Yüksek Bağımlı	194 (33,9)	45 (23,2)	149 (76,8)	
TOPLAM		573 (100)	170 (29,7)	403 (70,3)	

¶ Anova, ‡ Kruskall Wallis

*Grupların kendi içlerindeki dağılım oranları

**Grupların alt başlıklarının sigarayı bırakan ve bırakamayanlarının oranları

Tablo 8. Katılımcıların sigara bırakma girişimlerinin sigara bırakma durumları açısından karşılaştırılması

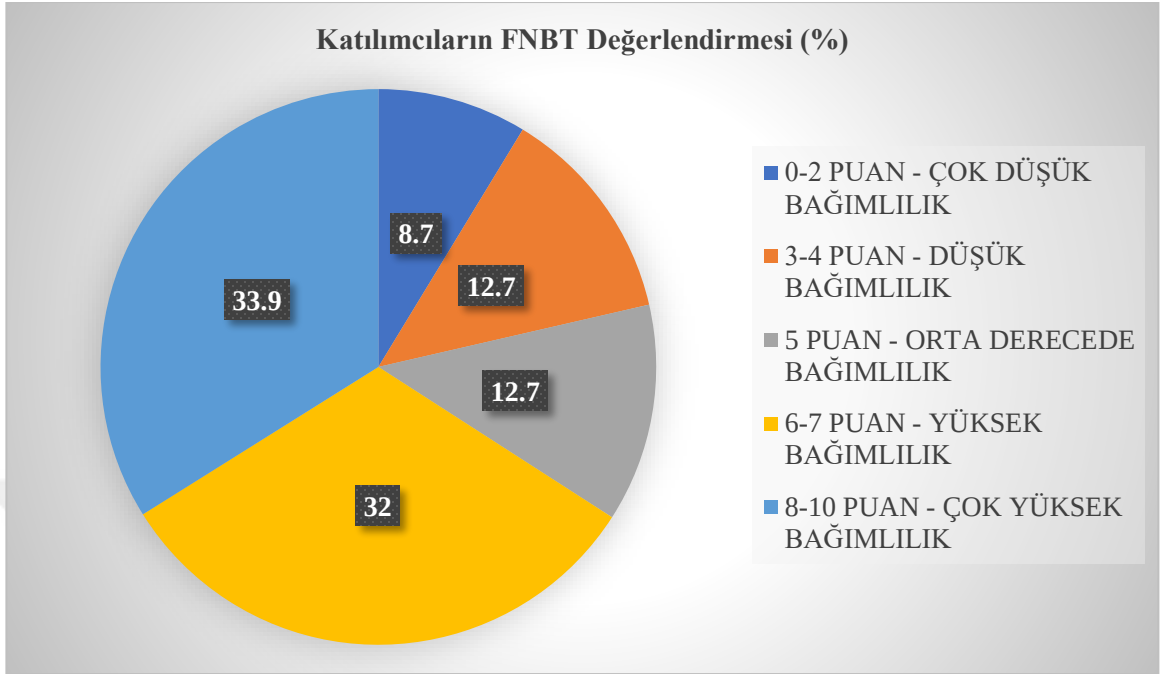
	Sigara Bırakma Girişimleri		P*
Sigara Bırakma Durumu	İlk Bırakma Girişimi	2. veya 3. Bırakma Girişimi	0,008
	İlk Bırakma Girişimi	En Az 4. Bırakma Girişimi	0,014
	2. veya 3. Bırakma Girişimi	En Az 4. Bırakma Girişimi	0,903

*Mann Whitney U Testi

Tablo 9. Katılımcıların FNBT değerlendirmelerinin sigara bırakma durumları açısından karşılaştırılması

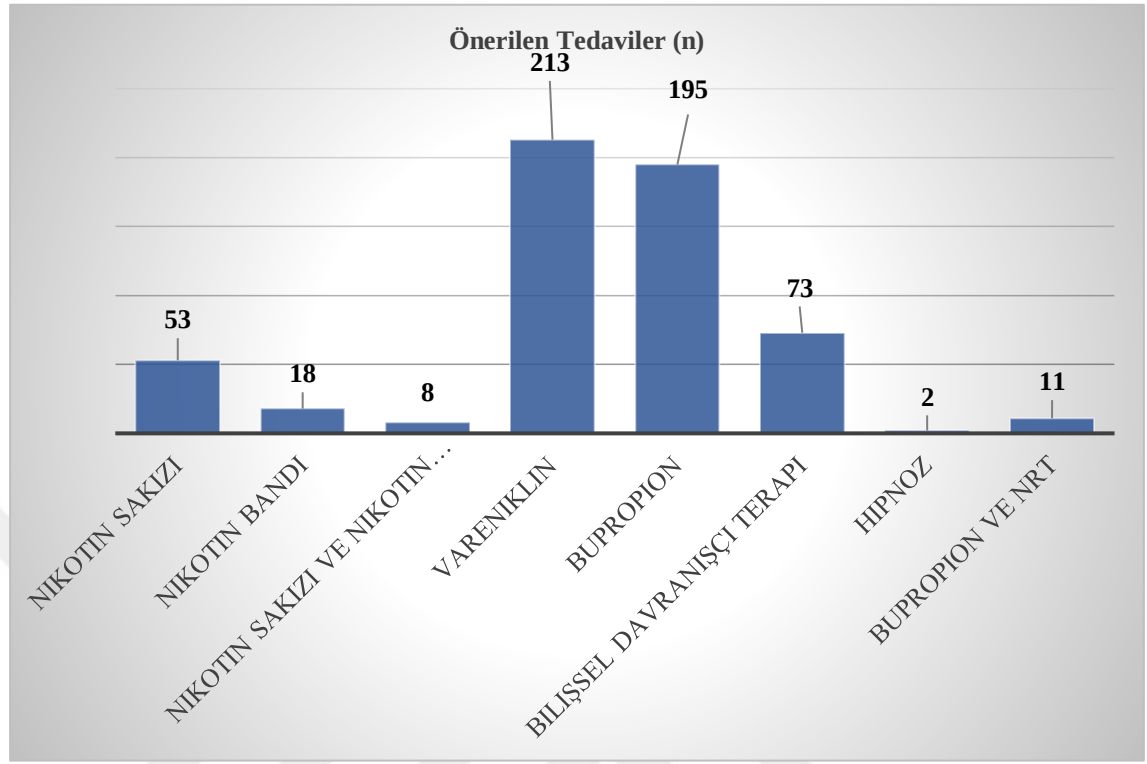
	FNBT		P*
Sigara Bırakma Durumu	Çok Yüksek Bağımlı	Düşük Bağımlı	0,032
	Çok Yüksek Bağımlı	Çok Düşük Bağımlı	0,117
	Yüksek Bağımlı	Düşük Bağımlı	0,212
	Yüksek Bağımlı	Çok Düşük Bağımlı	0,412

*Anova/Tukey Testi



Şekil 4. Katılımcıların FNBT durumları

Çalışmamıza katılan bireylere sigara bırakma polikliniğinde önerilen tedavilere baktığımızda en yüksek oranda tavsiye edilen yöntemin vareniklin olduğunu görmekteyiz. 213 kişiye (% 37,2) vareniklin, 195 kişiye (% 34) bupropion önerilmiştir. Araştırmamızda katılımcılara tavsiye edilen tedavileri incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p:0,044$). Önerilen tedavilerin kullanım sonuçlarında vareniklin ile nikotin sakızı ($p:0,013$), nikotin bandı ($p:0,025$) ve bilişsel davranışçı terapi ($p:0,029$) arasında vareniklin lehine anlamlı bir fark bulunmuştur. Vareniklinin tedavi başarısında bu tedavilere üstünlüğü anlamlı bulunmuştur. Diğer tedavilerin aralarındaki ilişkilerde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 5. Katılımcıların kullandıkları tedaviler

Tablo 10. Katılımcıların kullandıkları tedaviler

TEDAVİLER	Toplam Sayı (Oran) n(%)*	Sigarayı Bırakanlar n(%)**	Sigarayı Bırakamayanlar n(%)**	P
Nikotin Sakızı	53 (9,2)	13 (24,5)	40 (75,5)	0,044‡
Nikotin Bandı	18 (3,1)	3 (16,7)	15 (83,3)	
Nikotin Sakızı + Nikotin Bandı	8 (1,4)	3 (37,5)	5 (62,5)	
Vareniklin	213 (37,2)	72 (33,8)	141 (66,2)	
Bupropion	195 (34)	51 (26,2)	144 (73,8)	
Bilişsel Davranışsal Terapi	73 (12,7)	25 (34,2)	48 (65,8)	
Hipnoz	2 (0,3)	1 (50)	1 (50)	
Bupropion + NRT	11 (1,9)	2 (18,2)	9 (81,8)	

‡ Kruskal Wallis

*Tüm tedaviler içindeki kullanım oranı

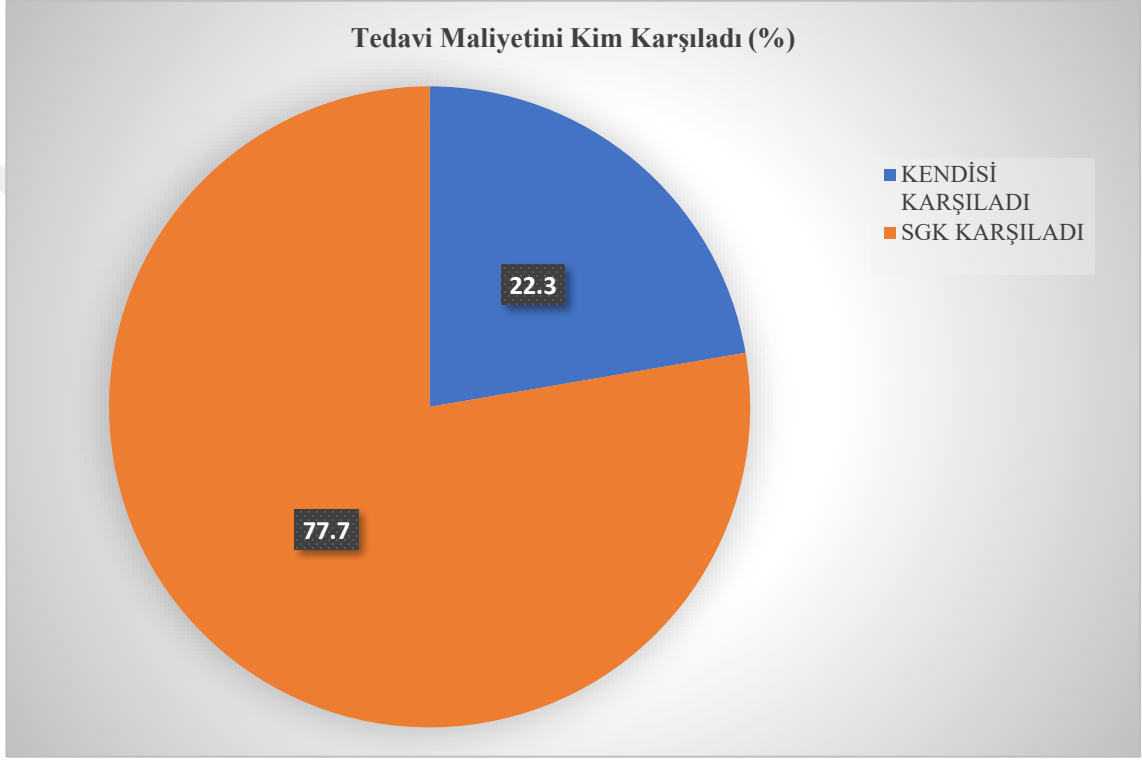
**O tedavinini kendi içindeki sigara bıraktırma ya da bırakıramama oranı

Tablo 11. Aralarında anlamlı farklılık olan tedaviler

TEDAVİLER		P*
Vareniklin	Nikotin Sakızı	0,013
Vareniklin	Nikotin Bandı	0,025
Vareniklin	Bilişsel Davranışçı Terapi	0,029

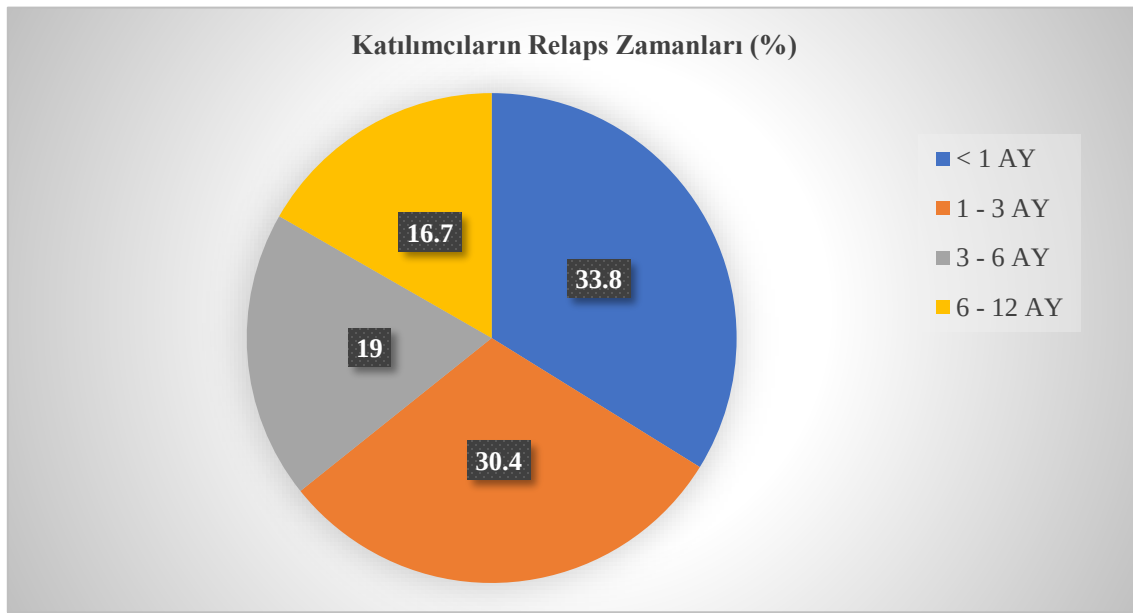
*Mann Whitney U Testi

Önerilen tedavinin maliyetini karşılama araştırması bupropion ve vareniklin için yapılmıştır. Bu kişilerin 320 tanesinin (%77,7) tedavisini SGK karşılamış olup büyük çoğunluk tedavi için para vermemiştir. Tedaviyi kendi cebinden karşılayan bireyler ile tedavisi SGK tarafından karşılanan bireylerin sigara bırakma başarıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

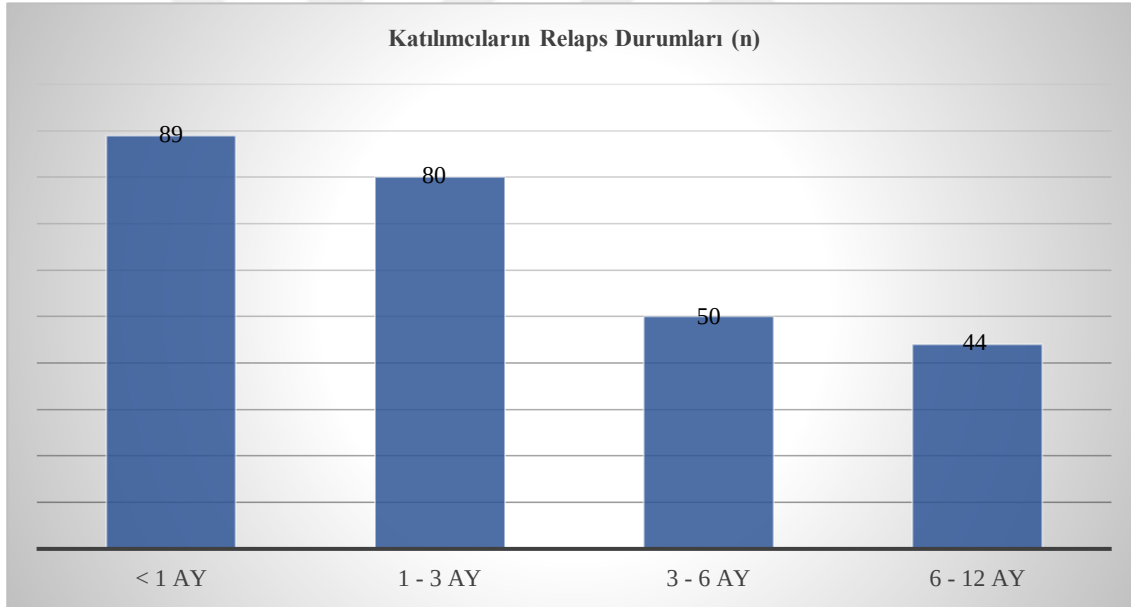


Şekil 6. Tedavi maliyetini karşılama oranları

Araştırmamızda katılımcıların relaps durumlarını incelediğimiz zaman sigarayı en az 1 gün bırakanlar arasında 263 katılımcının (% 60,7) tekrar sigara kullanmaya başladığını görmekteyiz. Relaps edenlerin 89 tanesi (% 33,8) bıraktıktan sonraki ilk 1 ayda tekrar sigara kullanmaya başlamıştır. 80 katılımcı (% 30,4) 1 – 3 ay, 44 katılımcı (% 16,7) ise 6–12 ay içerisinde tekrar sigara kullanmaya başlamıştır.

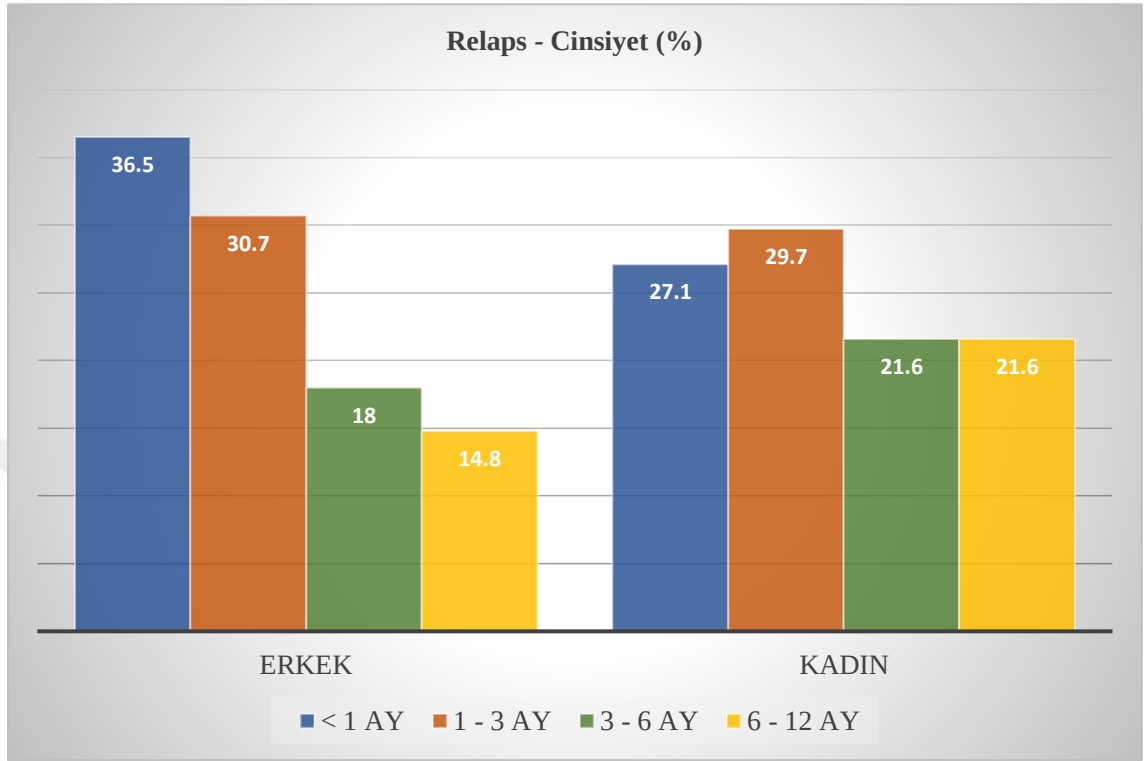


Şekil 7. Katılımcıların relaps zamanlarının oranlaması



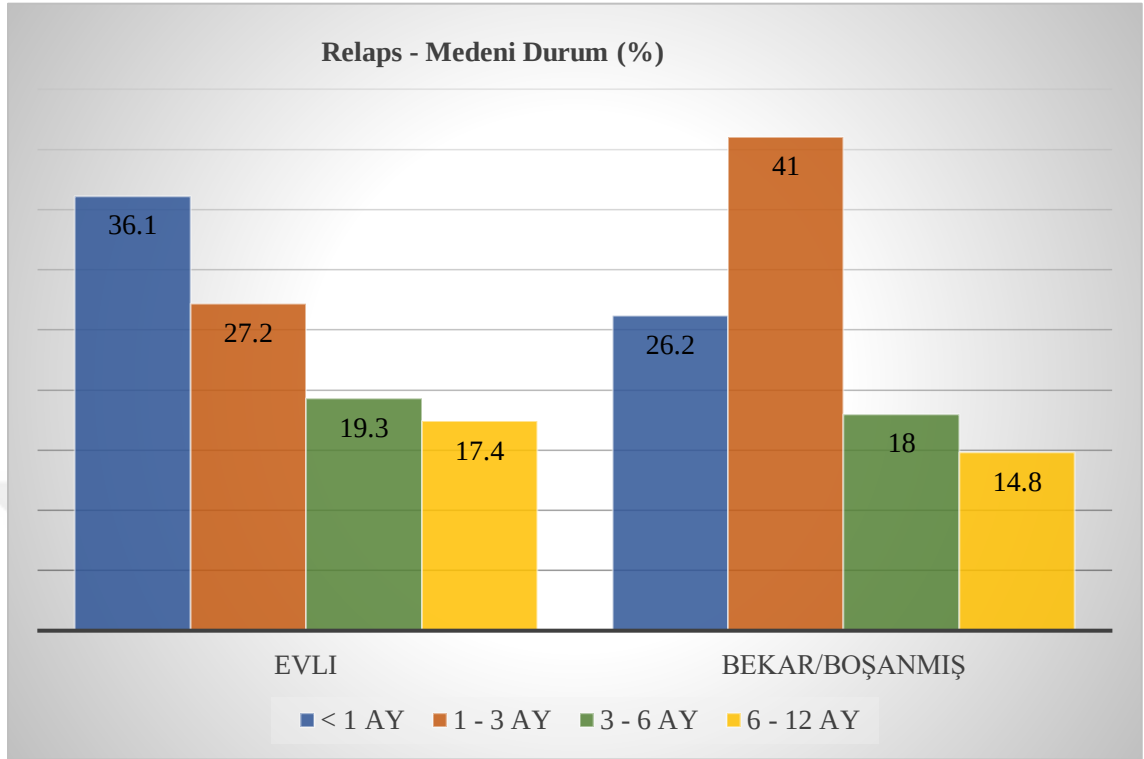
Şekil 8. Katılımcıların relaps durumları

Çalışmamızda relaps ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak erkeklerin kadınlara göre daha erken zamanda relaps ettiklerini tespit ettik. En az 1 gün sigarayı bırakanlar arasında erkeklerin % 22,8'inin, kadınların ise % 15,3'ünün ilk 1 ay içerisinde relaps ettiklerini tespit ettik. Kadınlar erkeklerde olan durumun aksine daha sıklıkla 1-3 ay arasında relaps etmişlerdir ve oranı 29,7'dir. Totalde yine en az 1 gün sigarayı bırakanlar arasında erkeklerin %62,6'sının, kadınların ise % 56,5'nin relaps ettikleri görülmüştür.



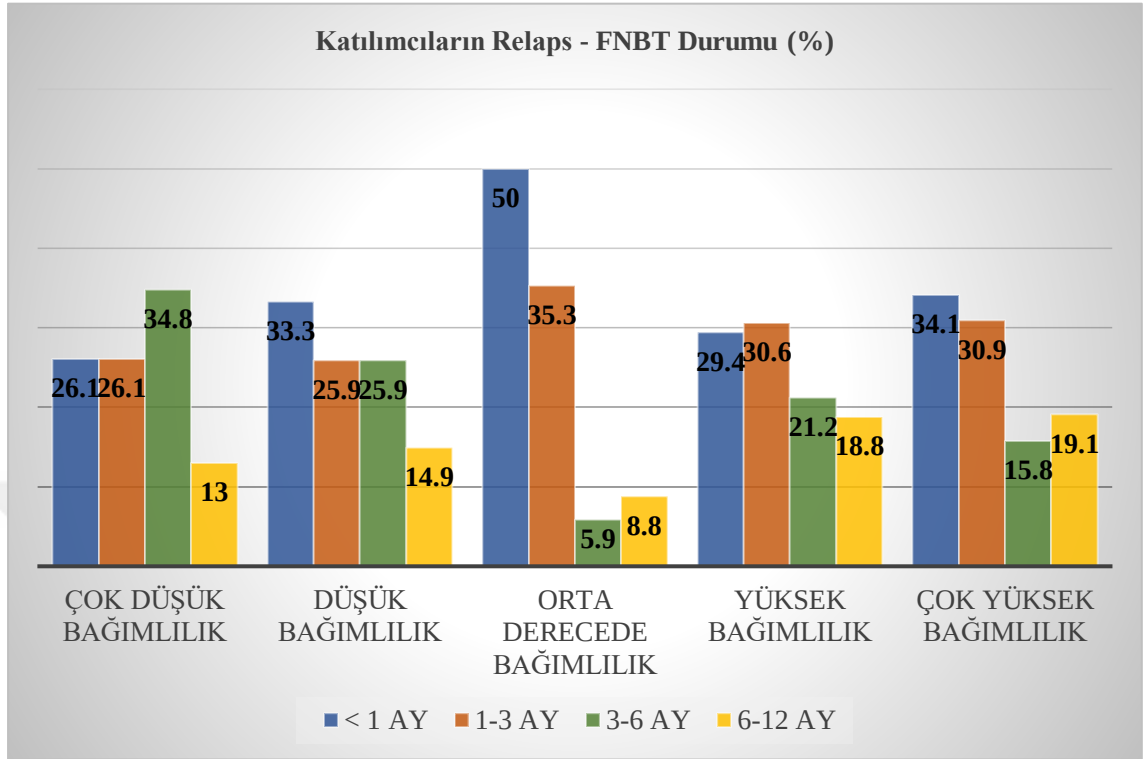
Şekil 9. Katılımcıların relaps - cinsiyet durumları

Araştırmamızda medeni durum ile relaps arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). En az 1 gün sigarayı bırakanlar arasında evlilerin relaps oranı % 60,1 iken bekarların oranı % 62,9 bulunmuştur. Evlilerin relaps edenlerin en sık olarak % 36,1 oranıyla ilk ay içerisinde, bekarlar ise % 41 oranıyla 1 – 3 ay içerisinde tekrar sigara kullanmaya başlamıştır.



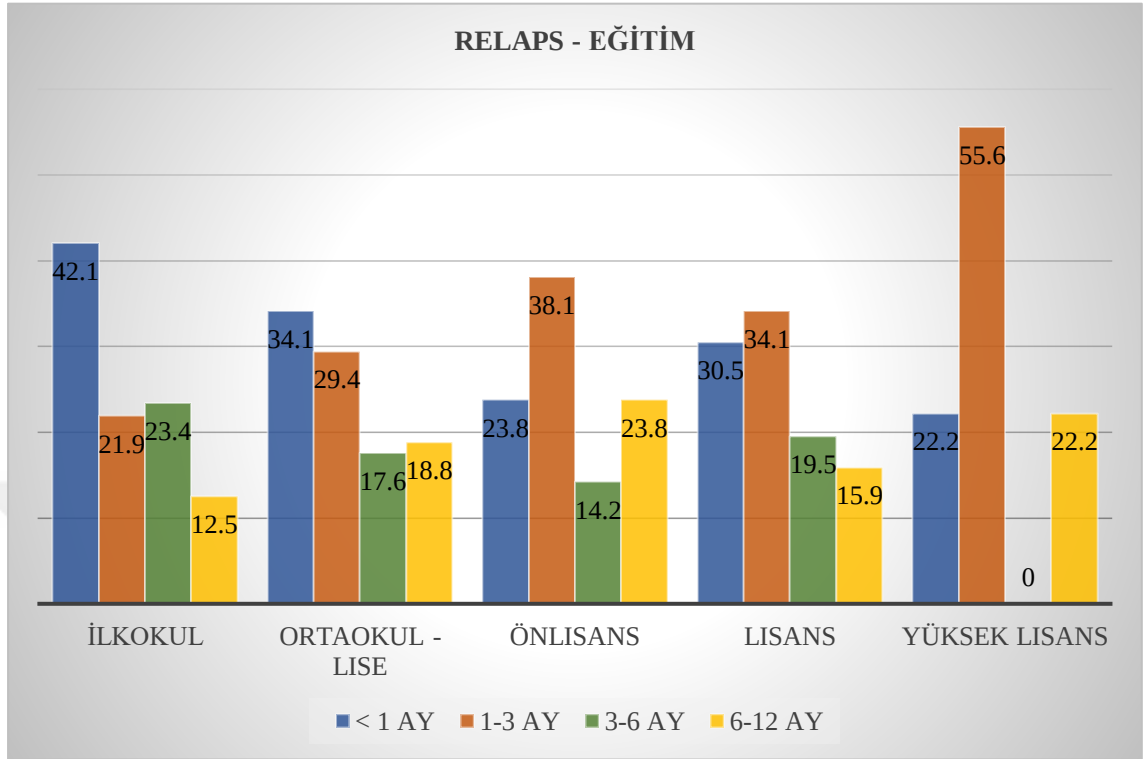
Şekil 10. Katılımcıların relaps - medeni durum ilişkileri

Katılımcıların nikotin bağımlılık durumlarıyla relaps durumları arasındaki ilişkiye bakınca da anlamlı bir farklılık göremedik ($p>0,05$). Çok düşük ve yüksek bağımlılık düzeylerinin dışında kalan bağımlılık düzeylerinde en sık relaps ilk 1 ay içerisinde görülmüştür. Çok düşük bağımlı olan grupta en sık 3 – 6 ay içerisinde, yüksek bağımlı olan grupta ise en sık 1 – 3 ay içerisinde relaps görülmüştür. Ancak yüksek bağımlı grupta ilk 1 ay içerisinde relaps görülme oranıyla 1 – 3 ay arasında relaps görülme oranı hemen hemen aynıdır. Yüksek bağımlı grupta ilk bir ayda relaps görülenlerin oranı % 29,4 iken, 1 – 3 ayda relaps görülenlerin oranı % 30,6 bulunmuştur.



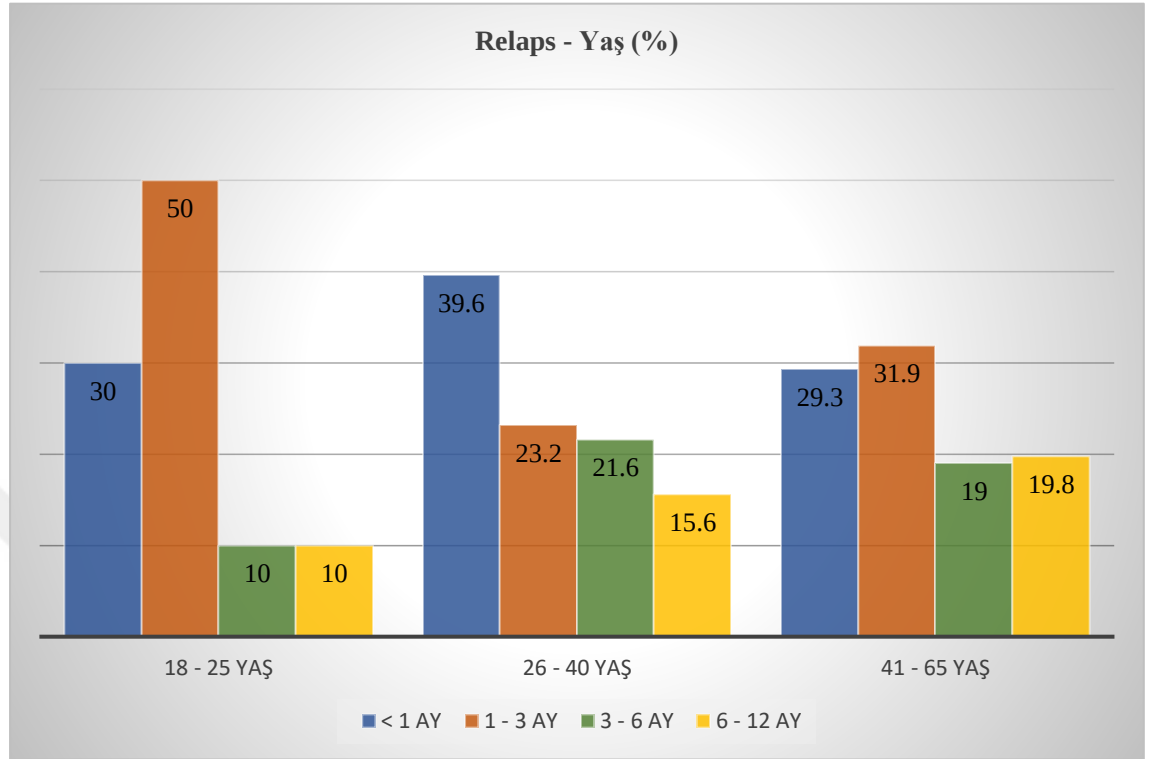
Şekil 11. Katılımcıların relaps - FNBT ilişkileri

Katılımcıların eğitim durumları ile relaps yaptıkları dönemler arasında da anlamlı bir farklılık tespit etmedik ($p>0,05$). Önlisans, üniversite ve lisans üstü mezunlarının en sık relaps yaptıkları dönem sigarayı bıraktıktan sonraki 1-3 aylar olmuş iken, ilkokul ve ortaokul-lise mezunları ise en sık ilk 1 ayda relaps yapmışlardır.



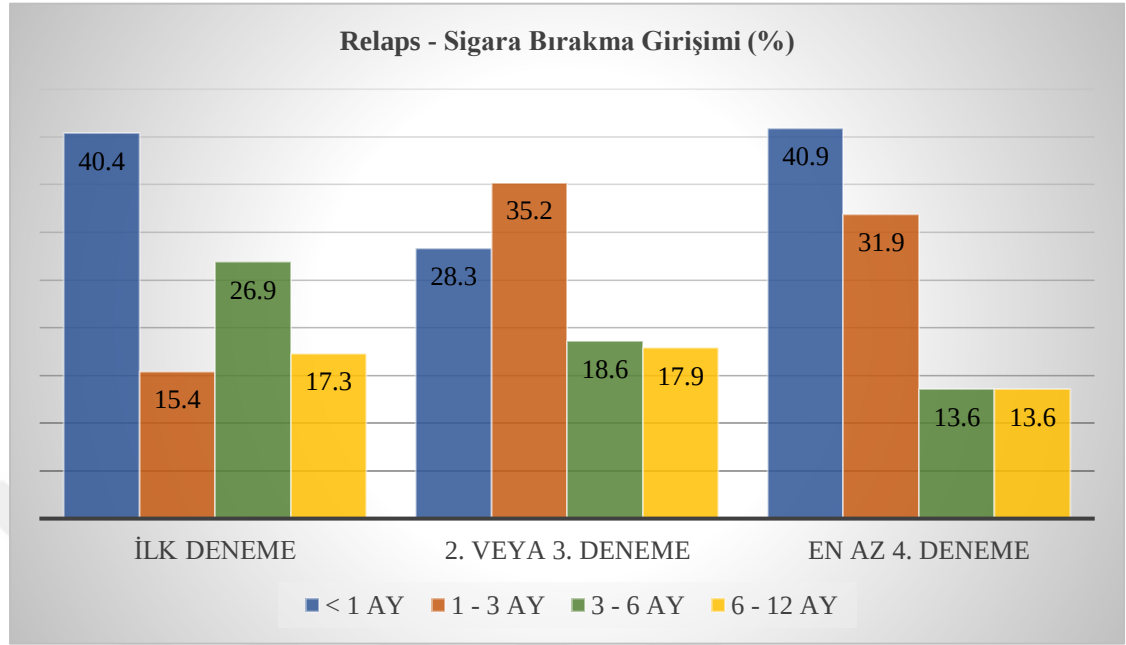
Şekil 12. Katılımcıların relaps - eğitim durumu ilişkileri

Katılımcıların yaşlarıyla relaps yaptıkları dönemler arasında da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). 18-25 yaş ve 41-65 yaşlarındaki grupların en sık relaps yaptıkları dönem 1-3 ay iken 26-40 yaş arasındaki grup en sık ilk 1 ayda relaps yapmıştır. 65 yaş üzerinde ise sigarayı bırakamayan 8 kişinin sadece 1 tanesi bir dönem bırakıp relaps yapmıştır. Diğer 7 tanesi 1 gün bile sigarayı bırakamamıştır.



Şekil 13. Katılımcıların relaps - yaş ilişkileri

Daha önce sigara bırakma girişiminin olup olmaması ile relaps durumu arasında da anlamlı bir farklılık görmedik ($p>0,05$). İlk defa sigara bırakmayı deneyenler ile en az 4. denemesi olanların en sık relaps yaptıkları dönem ilk 1 aydır. 2. veya 3. denemesi olanların ise en sık relaps yaptıkları dönem 1-3 aylık periyottur.



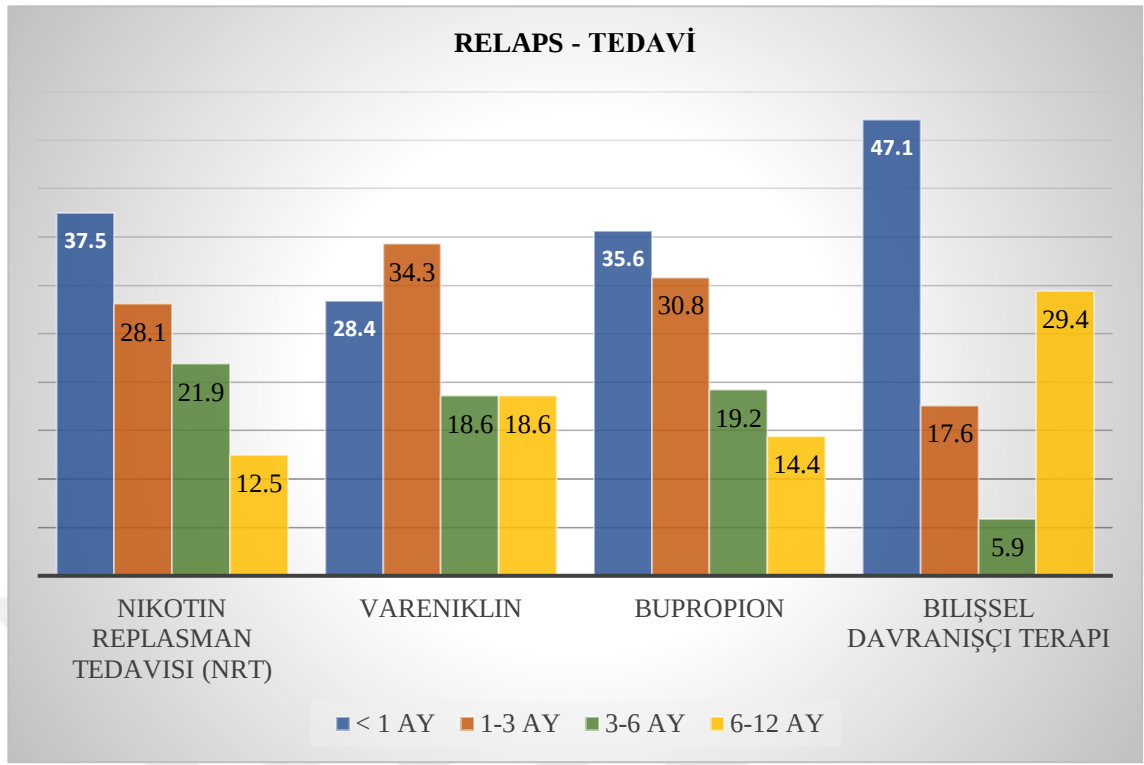
Şekil 14. Katılımcıların relaps - sigara bırakma girişimi ilişkileri

Katılımcıların aldıkları tedaviler ile relaps yaptıkları dönemler arasında da anlamlı bir ilişki tespit edemedik ($p>0,05$). Vareniklin dışında uygulanan bütün tedavilerde en sık görülen relaps dönemi ilk 1 aydır. Vareniklin için ise en sık görülen relaps dönemi 1-3 ay olmuştur. Vareniklin tedavisi alıp relaps eden katılımcıların %28,4'ü ilk 1 ayda, %34,3'ü 1-3 ayda relaps etmişlerdir.

Tablo 12. Katılımcıların relaps durumları ile ilgili istatistiksel sonuçlar

İSTATİSTİKSEL EŞLEŞTİRMELER		P
RELAPS	CİNSİYET	0,352†
	MEDENİ DURUM	0,212†
	FNBT	0,118¶
	EĞİTİM	0,895¶
	YAŞ	0,533‡
	DAHA ÖNCEKİ BIRAKMA GİRİŞİM DURUMU	0,260¶
	ÖNERİLEN TEDAVİ	0,689¶

† Pearson Ki Kare, ¶ Anova, ‡ Kruskall Wallis



Şekil 15. Katılımcıların relaps - tedavi ilişkileri

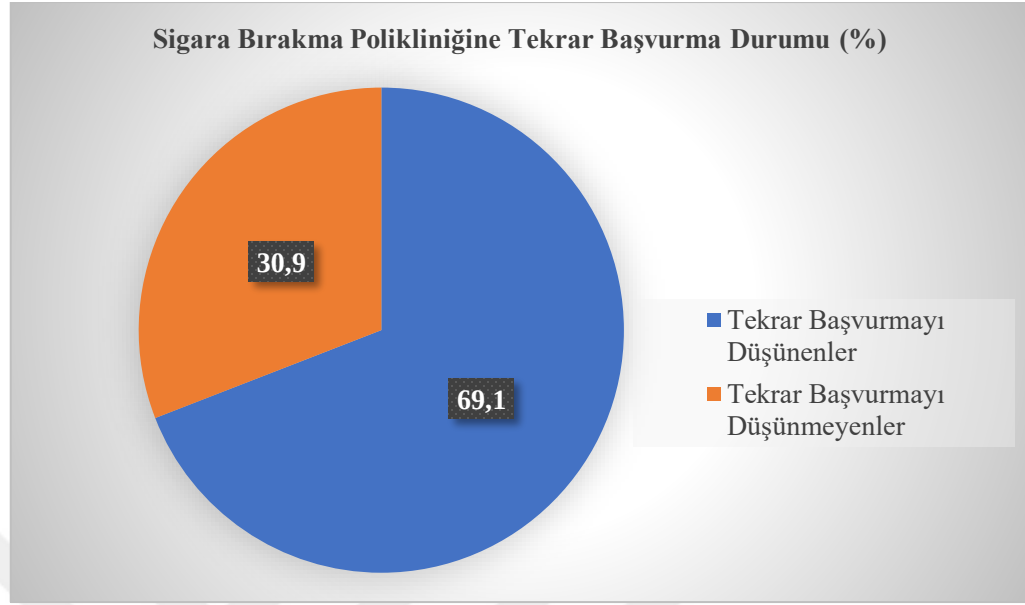
Katılımcılar arasında sigara bırakma konusunda başarısız olanlardan ilerleyen zamanlarda sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurmayı düşünenlerin düşünmeyenlere göre sayısı daha fazladır ve tekrar polikliniğe başvurma durumu ile; relaps ve sigarayı 1 gün bile bırakamama durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (P: 0,126). Ancak sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurmayı düşünen katılımcıların tekrar başvurmayı düşünmeyen katılımcılara göre sigara bırakmış oldukları süreler daha yüksek bulunmuştur. Yani sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünmeyen kişilerin relaps ettikleri zamanlar daha kısadır.

Tablo 13. Katılımcıların sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurma durumları ile ilgili istatistikler

		Sayı (Oran) n(%)	Sigara Bırakma Durumu	P*
Sigara Bırakma Konusunda Başarısız Olanlar (Relaps + 1 Gün Bile Bırakamayanlar)	Sigara Bırakma Polikliniğine Tekrar Başvurmayı Düşünenler	278 (69,1)	4,50	0,126
	Sigara Bırakma Polikliniğine Tekrar Başvurmayı Düşünmeyenler	125 (30,9)	4,74	

*Pearson Ki Kare

Sigara bırakma durumu: 1 – 6 arasında puanlama ile değerlendirilmiştir. Bir sigarayı tamamen bırakan, 6 ise bir gün bile bırakamayan şeklindedir. Katılımcıların işaretlemelerinin ortalamaları alınmıştır.



Şekil 16. Katılımcıların sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurma durumları

Araştırmamıza katılan kişilerin sigarayı bırakmada başarısız olma sebeplerinden stres seçeneğini 165 katılımcı (% 41), çevresinde sigara içen kişilerin varlığı seçeneğini 166 katılımcı (% 41,3), kahvaltıdan sonraki sigaradan vazgeçememe seçeneğini 113 katılımcı (% 28,1) işaretlemiştir. Stres seçeneğinin alt başlıklarında yakınının kaybı, aile sorunları, iş problemleri, yakınının hastalığı ve kendi hastalığı seçenekleri mevcuttur. En az sıklıkla işaretlenen seçenekler de sigara kokusunu alınca içme isteği gelmesi ve kilo almadır. Bu seçenekleri sırasıyla 10 ve 14 katılımcı işaretlemiştir. Bir katılımcı birden fazla sebep işaretleyebilmektedir. İstatistiki olarak anlamlılık durumları araştırıldığında birçok seçenek sigara bırakma durumuna etkisi açısından diğer seçeneklere göre anlamlı farklı olduğunu tespit ettik. Bu seçeneklerden stres ($p:0,001$), kahvaltıdan sonraki sigardan vazgeçememe ($p:0,000$), uyandıktan sonraki sigaradan vazgeçememe ($p:0,00$), boş vakitlerinde sigaranın aklına gelmesi ($p:0,001$) ve “diğer” seçeneği ($p:0,047$) istatistik açıdan diğer seçeneklere göre daha etkili bulunmuştur. Kilo alma ($p:0,007$) seçeneği ise istatistik açısından anlamlı olarak daha az etkili olandır. Sigara bırakma konusunda olumsuz etkiler açısından diğer seçeneklerin gerisinde kalmaktadırlar. Katılımcılar “diğer” seçeneğinde büyük oranda ilacı temin edemediklerinden bahsetmişlerdir. “Diğer” seçeneğinin başlığı altında % 28,1 ilacın yönlendirilen yerlerden temin edilemediği, % 13,4 katılımcıların ilacı alacak paralarının olmadığı, %

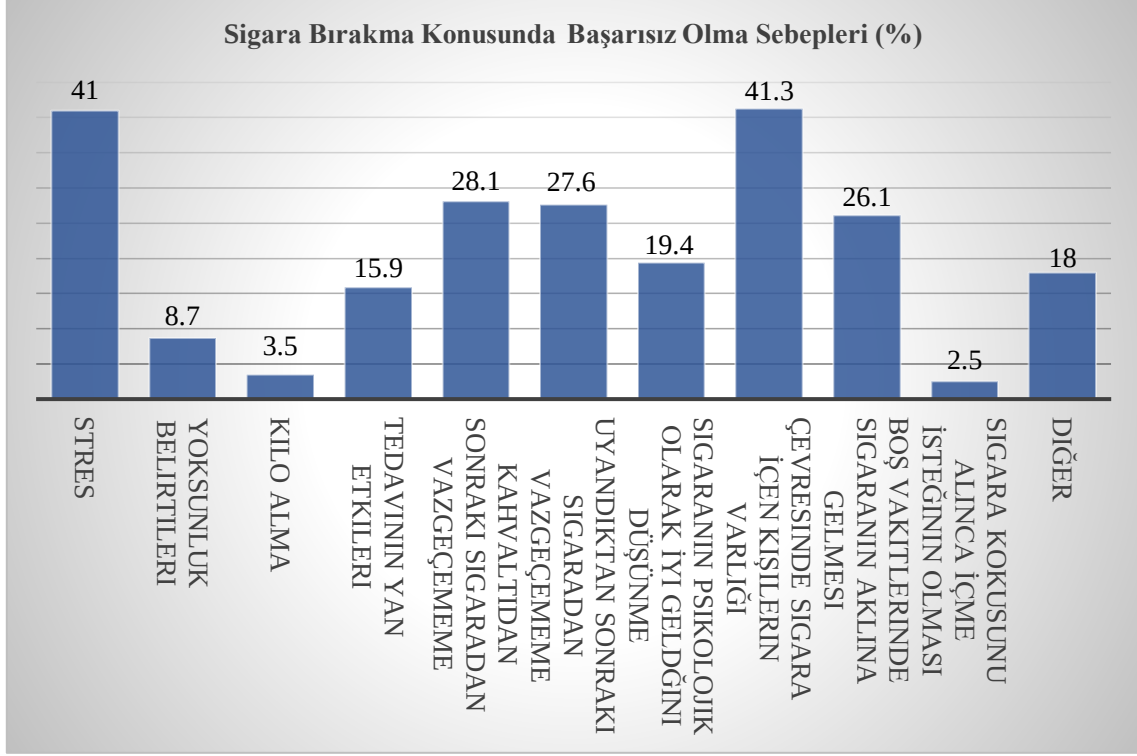
14,6 katılımcıların ilacı kullanmak istemedikleri şeklinde oranlara ulaşılmıştır. % 23,2' lik bir kesimde çeşitli bahanelerle sigarayı bırakmak istemediklerini belirtmişlerdir. Bu bahanelerin bazıları; el alışkanlığı, kafa olarak hazır olmamak, sigarayı sevmek ve sinirlendikleri anlarda içmek isteği olmasıdır. Yine % 3,7'lik kesim de kendileriyle muhatap olan sağlık çalışanlarından memnun olmadıklarını ifade etmektedirler.

Tablo 14. Katılımcıların sigara bırakma konusundaki başarısızlık sebeplerinin istatistikleri

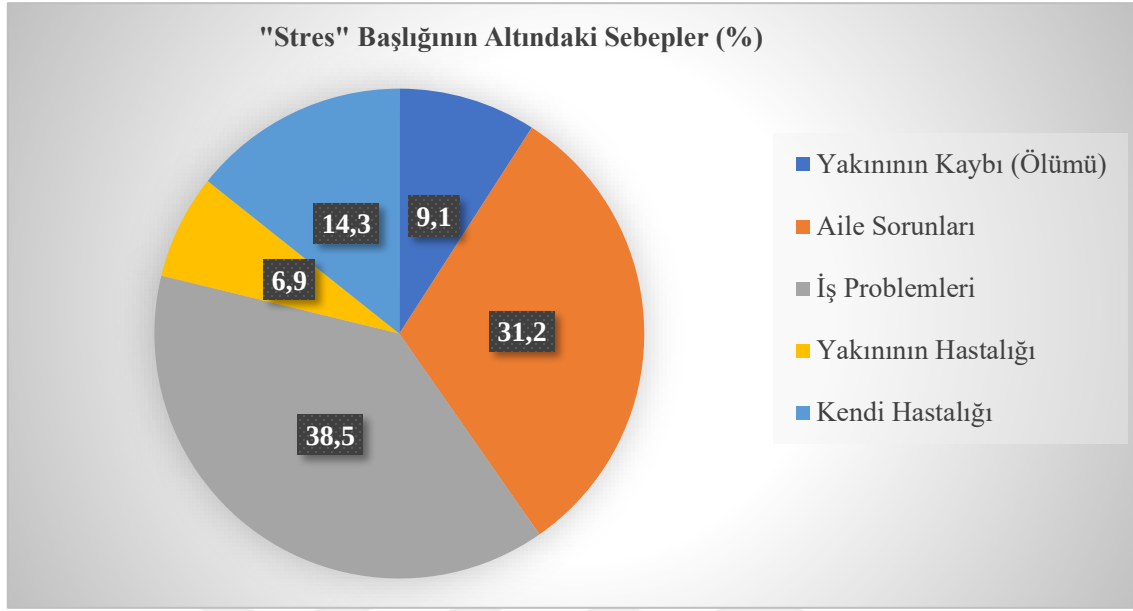
	Sigarayı Tamamen Bırakmada Başarısız Olma Sebepleri	Sayı (Oran) n (%)	P*
Sigara Bırakma Konusunda Başarısız Olanlar	Stres	165 (41)	0,001
	Yoksunluk belirtileri	35 (8,7)	0,061
	Kilo alma	14 (3,5)	0,007
	Tedavinin yan etkileri	64 (15,9)	0,435
	Kahvaltıdan sonraki sigaradan vazgeçememe	113 (28,1)	0,000
	Uyandıktan sonraki sigaradan vazgeçememe	111 (27,6)	0,000
	Sigaranın psikolojik olarak iyi geldiğini düşünme	78 (19,4)	0,175
	Çevresinde sigara içen kişilerin varlığı	166 (41,3)	0,243
	Boş vakitlerinde sigaranın aklına gelmesi	105 (26,1)	0,001
	Sigaranın kokusunu alınca içme isteği doğması	10 (2,5)	0,159
	Diğer	72 (18)	0,047

*Anova Testi

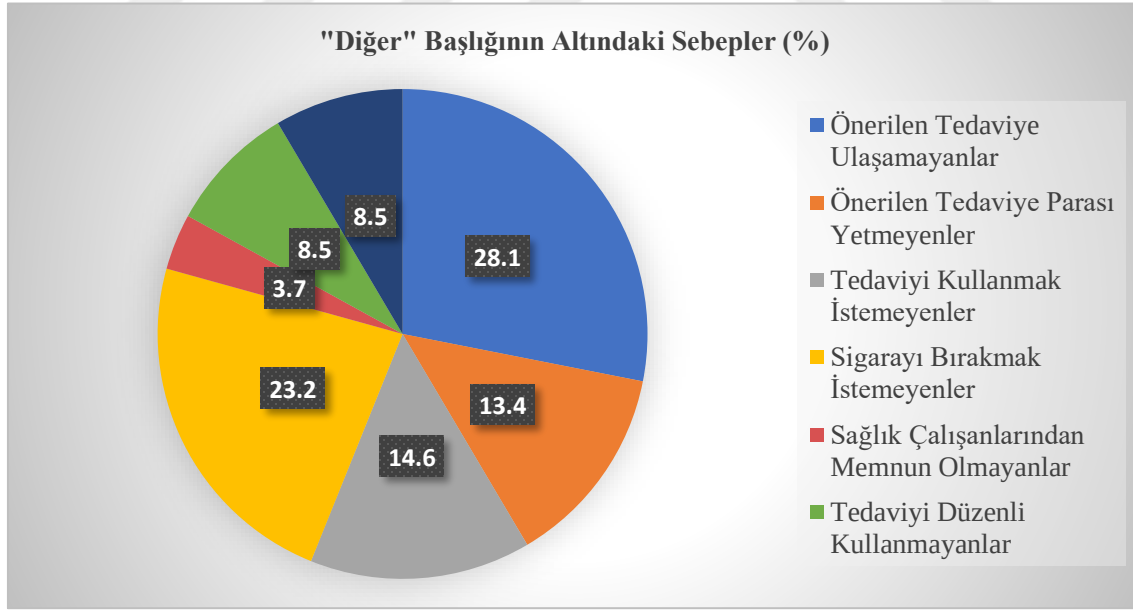
Araştırmamızda katılımcılar sigara bırakamama sebeplerinde birden çok seçeneği işaretleyebildiğinden oranların toplamı 100'den fazla olmaktadır.



Şekil 17. Katılımcıların sigara bırakma konusundaki başarısızlık sebepleri



Şekil 18. "Stres" başlığı altında sigarayı bırakma konusundaki başarısızlık sebepleri



Şekil 19. "Diğer" başlığının altındaki sigarayı bırakma konusundaki başarısızlık sebepleri

TARTIŞMA

Sigara sadece tüketen için değil tüketen kişinin çevresi için de büyük tehdit oluşturmaktadır. Sigara dumanına maruz kalan kişilerin ciddi morbidite ve mortalite riskleri vardır. Dünya Sağlık Örgütü 20. yüzyılda 100 milyon kişinin sigara kullanımı nedeniyle öldüğünü ve bu ivmeyle devam ederse 21. yüzyılda bu rakamın 1 milyar kişiye ulaşacağını ifade ediyor. Bu ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olması beklenmektedir (76).

Biz de bu kadar büyük potansiyele sahip bir problemi kendi hastanemizde 01.05.2015 tarihi ile 31.12.2017 tarihleri arasında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalara uygulanan tedavi süreçlerini takip edip sonuçlarını analiz ederek araştırmaya karar verdik. Bu süreçte 1199 hasta dosyasına sahip olup hepsine telefonla ulaşmayı denedik. Ancak 573 tanesine ulaşabildik. Kıdık ve arkadaşları (77) ise yaptıkları çalışmada kayıt tutulan hastaların tamamına ulaşabildiklerini ifade etmektedirler. Çalışmamızda hastalara ulaşma oranlarımızın düşüklüğü; hastaların takibe düzenli gelmemeleri, dosyalarına eklememiz için verdikleri telefon numaralarının hatalı olması ya da numara değiştirmiş olmaları, kayıtların düzensiz tutulması gibi nedenlerle açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan kişileri arasında erkeklerin ağırlıkta olduğu görülmektedir. Araştırmamızda % 68,6 oranında erkekler % 31,4 oranında da kadınlar yer tutmaktadır. Kanık ve arkadaşlarının (78) yaptığı çalışmada da erkeklerin katılım oranının daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Aynı şekilde benzer bir çok çalışmada da erkeklerin katılım oranı kadınlardan daha fazladır(77,79). Yapılan çalışmalardan da anlaşılaçağı üzere erkeklerin sigara ile kadınlara oranla daha alakadar olduklarını görüyoruz. Nadir de olsa Walker ve arkadaşlarının (80) tespit ettiğı gibi kadınların sayısının erkeklerin sayısından daha yüksek olabilmektedir

Cinsiyetler arası bırakma durumlarına bakıldığında ise dünyada farklılıklar saptanmıştır ve bu farklılık, kültürel etmenlere bağlanabilir. ABD'de erkeklerde bırakma oranları kadınlara göre daha yüksek bulunmuş iken (81) İngiltere ise kadınlarda daha yüksektir (82). Bizim çalışmamızda ise kadınların sigara bırakma konusunda daha

başarılı olduklarını görüyoruz. Kadınların bırakma oranları %31,7 iken erkeklerde bu oran %28,8 bulunmuştur. Ancak istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Altın ve arkadaşlarının (83) ve Sağlam ve arkadaşlarının (84) yaptıkları çalışmada erkeklerin daha başarılı olduğu bulunmuştur. Argüder ve arkadaşlarının (85) 2013 yılında çalışmada ise sigara bırakma başarısında cinsiyetin anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür (85). Çeşitli çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesi çalışmalara katılan katılımcıların kendi iç dinamiklerindeki farklılıklarla açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşlarının ne sigara bırakma durumlarıyla ne de nikotin bağımlılık durumlarıyla anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bulad ve arkadaşları da (86) yaş ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir. İstatistik olarak anlamlı olmasa bile çalışmamızda yaş arttıkça kişilerin sigarayı bırakma oranları artmaktadır. Yaşları 18 – 25 arasında olanlar da ise en yüksek oranda tespit edilen seçenek 1 – 3 ay süreyle bırakıp tekrar başlamaları olmuştur. Çalışmamızda daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin sigara bırakma başarılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buradan da hareketle yaşları nispeten büyük olanların daha önce de bırakma denemeleri olabileceği göz önünde bulundurularak yaşla birlikte sigara bırakma başarısındaki bu fark açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızda yaş arttıkça katılımcıların nikotin bağımlılık durumlarında herhangi bir değişiklik tespit edilmemiştir. Kanık ve arkadaşları (78) ise yaptıkları çalışmada yaş arttıkça nikotin bağımlılık düzeyinin arttığını tespit etmiştir.

Çalışmamızda evli olanların oranı %77 iken bekarlar %23'lük kısmı oluşturmaktadır. Örsel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada olguların %74,3'ünün evli olduğu ifade edilmiştir (87). Dicle Üniversitesi'ndeki bir çalışmada ve Trakya Üniversitesi'ndeki çalışmada yine çalışmamızda olduğu gibi evli olanların oranının bekarlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (88,89). Çalışmamızda evli olanların %30,4'ü, bekar olanların ise %27,3'ü sigarayı bırakmıştır. Ancak katılımcıların sigara bırakma durumlarıyla medeni halleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Argüder ve arkadaşları da yaptığı çalışmada da medeni durumun sigara bırakma başarısını etkilemediğini saptamıştır (85). Japuntich ve arkadaşlarının (90) ve Wee ve arkadaşlarının (91) yaptığı çalışmalarda evli olanların sigara bırakmada daha

başarılı olduğu gösterilse de, yapılan çoğu çalışmada genellikle medeni durumun sigara bırakma başarısını etkilemediği gözlenmiştir. İngiltere’de, 10 yıl boyunca yürütülen bir çalışmada ise evli olanlarda sigara bırakma oranı evli olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (92). Buradan araştırma süresi uzadıkça medeni hal ile sigara bırakma durumu arasında bir ilişki kurulabilir sonucuna ulaşabiliriz. Avrupa’da yapılan çalışmalarda ise erkeklerde evlilik sonrası sigara bırakma oranları artarken(93) Güney Kore’de yapılan çalışmada evlilik sonrası kadınlarda sigarayı bırakma oranlarının arttığı tespit edilmiştir (94).

Araştırmamızda katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde % 34,2’lik kesim üniversite ve yüksek lisans mezunu iken % 65,8’lik kesim ise en fazla ön lisans mezunudur. Kanık ve arkadaşlarının (78) yaptığı çalışmada katılımcıların % 21’i ortaokul ve altı, % 79’u lise ve üzeri olarak tespit edilmiştir. Reime ve arkadaşlarının (95) ise Alman sanayi işçilerinin sigara bırakma motivasyonu ile ilgili yaptıkları çalışmada, katılımcıların % 68,4’ü 10 yıldan az, % 31,6’sı 10 yıl ve üzerinde eğitim almışlardır. Çalışmaların yürütüldüğü bölgelerin ekonomik ve sosyokültürel özellikleri eğitim durumlarındaki bu farklılığı açıklayabilir.

Bizim araştırmamızda üniversite mezunları ile ilkokul ve ortaokul-lise mezunları arasında sigara bırakma durumları açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p:0,039). Üniversite mezunlarının % 36,8’i sigarayı tamamen bırakırken, ilk okul mezunlarının % 26,8’i, ortaokul-lise mezunlarının ise % 25,4’ü sigarayı tamamen bırakmıştır. Üniversite mezunlarının sigara bırakma konusunda daha başarılı olduğu tespit edilmiştir. Diğer eğitim durumları arasında sigara bırakma başarısı açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ancak araştırmamız eğitim durumu ile sigara bırakma başarısının paralel olarak arttığını göstermemektedir. Yüksek lisans mezunlarının bırakma oranı %22,7 iken orta okul-lise mezunlarının bırakma oranı % 25,4 bulunmuştur. Hiç okumamış olan 5 katılımcının ise sigara bırakma oranları % 40 bulunmuştur. Ancak hiç okumamış olan katılımcıların sayısının çok düşük olması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Taş ve ark. (96) ile Altın ve arkadaşları (83) da bizim çalışmamıza paralel bir şekilde üniversite mezunlarının sigara bırakma başarılarının orta okul ve lise mezunlarına göre istatistiki olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Yang ve ark. ise yaptığı

çalışmada eğitim durumu yükseldikçe sigarayı bırakma başarısının arttığını tespit etmişlerdir (97). Yalçınkaya ve ark. (98) da eğitim durumu yüksek olanların sigara bırakma eğilimlerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan bir çok çalışmada ise katılımcıların eğitim durumları ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı farklılık elde edilmemiştir (79,86,99).

Çalışmamızda sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların başvururken kendi iradeleriyle, başkalarının tavsiyesi ve hastalık zarureti ile başvurma seçeneklerini de inceledik. Katılımcıların çok büyük bir çoğunluğu kendi iradeleriyle sigara bırakma polikliniğine başvururken sadece %1,8'lik kesim başkalarının tavsiyesi ve hastalık zaruretiyle başvuruda bulunmuştur. Sigara bırakma başarısı açısından da bu tablolar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bunda başkalarının tavsiyesi ve hastalık zarureti seçeneklerinin sayısının çok az olması da etken olmuş olabilir. Taş ve arkadaşları (96) da çalışmamızda olduğu gibi kendi iradeleriyle başvuranların çok daha yüksek oranda olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmamızda katılımcıların daha önce sigara bırakma girişimlerinin olup olmadığına da bakıldı. Elde edilen veriler ışığında ilk defa bırakmak isteyenlerin oranı %24,4 iken 2. veya 3. denemesi olanların oranı % 50,8 bulunmuştur, en az 4. denemesi olanların oranı ise % 24,8'dir. İlk kez bırakmayı deneyenlerin % 25,7'si sigarayı bırakırken 2. veya 3. denemesi olanların % 29,6'sı ve en az 4. denemesi olanların %33,8'i sigarayı bırakabilmiştir. Bu sonuçlardan da anlaşılabileceği üzere daha önce sigara bırakma girişimi olanların başarıları daha yüksek bulunmuştur. İlk kez bırakmayı deneyenler ile 2. ve 3. girişimi olanlar ile ve en az 4. girişimi olanlar arasında anlamlı farklılık vardır (sırasıyla $p:0,008$, $p:0,014$). Çıkaracağımız sonuç, daha önce denemiş olmak karşılaşılabilecek zorluklardan haberdar olup hazırlıklı olmayı sağlamaktadır. Bu sayede ilk defa deneyenlere oranla bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur. Bayman ve ark. (79) da bizim çalışmamızda olduğu gibi daha önce 2 veya daha fazla deneyenlerin sigara bırakma başarılarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Taş ve ark. (96) ise daha önce sigara bırakmayı denemiş olmak ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır. Wang ile Mati'nin

Kazakistan’da yaptıkları bir çalışmada, sigara bırakma girişimi olanların, olmayanlara göre 4,6 kat daha fazla bırakma eğiliminde oldukları saptanmıştır (100).

Çalışmamızda katılımcıların vücut kitle endekslerini (BMI) hesaplayarak sigara bırakma durumuyla herhangi bir ilişki olup olmadığına baktık. Ancak yaptığımız araştırmada BMI ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı bir farklılık tespit edemedik ($p>0,05$). Ayrıca yaptığımız araştırmada BMI ile sigara bırakma durumu arasında herhangi bir paralellik de tespit edemedik. Keskin ve ark. (101) da araştırmamızda olduğu gibi sigara bırakma durumuyla ilgili anlamlı bir bağlantı olmadığını ifade ediyorlar.

Araştırmamızda katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile nikotin bağımlılık durumlarına bakılmıştır. % 32’si yüksek bağımlı, %33,9’u ise çok yüksek bağımlı bulunmuştur. Yani katılımcıların % 65,9’luk büyük çoğunluğu yüksek ve çok yüksek nikotin bağımlılığına sahiptir. Bulad ve arkadaşları(86) da yaptıkları da çalışmada katılımcıların % 55,9’luk kesimin yüksek ve çok yüksek bağımlı olduğunu belirtmişlerdir. Keskin ve ark (101) ile Öz ve ark (102) da katılımcılarının büyük çoğunluğunun yüksek ve çok yüksek bağımlı olduklarını ifade ediyorlar. Ancak bazı çalışmalarda araştırmacılar durumun bizim çalışmamızın aksi yönünde olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılarının çoğunluğunu düşük ve çok düşük bağımlı grubun oluşturduğunu belirtmişlerdir (100,103).

Çalışmamızda FNBT skoru çok yüksek bağımlı kesimde olanların düşük bağımlı kesimde olanlara göre sigara bırakma durumu açısından daha başarısız olduklarını ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit ettik ($p:0,032$). Ayrıca FNBT skoru arttıkça sigara bırakma başarısının azaldığını gördük. Düşük nikotin bağımlı olanların sigara bırakma konusunda daha başarılı olduklarını belirledik. Bazı çalışmalarda araştırmacılar bizim tespit ettiğimiz gibi yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının düşük sigara bırakma oranları ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (92,104,105,106,107). Okutan ve ark (11) da sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olan kişilerin bırakmaya daha az istekli olduklarını saptamışlardır. Gören ve ark (108) da sigara bırakan grupta FNBT skorunun anlamlı olarak düşük bulunduğunu ifade

etmişlerdir. Taş ve ark (96) ile Bulad ve ark (86) da katılımcıların FNBT skoru ile sigara bırakma durumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını ifade etmektedirler.

Çalışmamızda katılımcıların FNBT skorlarıyla cinsiyetlerinin arasında bir ilişki olup olmadığına da baktığımız zaman anlamlı bir farklılık bulamadık ($p>0,05$). Erkeklerin % 63,3'ü kadınların ise % 65,8'i yüksek veya çok yüksek bağımlı grupta bulunmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi nikotin bağımlılığı ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (11,79,101). Ayrıca katılımcıların medeni durumları ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında da anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Evli olan katılımcıların %64,4'ü evli olmayanların ise % 70,5'i yüksek veya çok yüksek bağımlı bulunmuştur. Yani evli olmayanların bağımlılık oranı daha yüksektir. Buradan çıkarabileceğimiz sonuçlardan birini Pennanen ve ark (109) yaptıkları çalışmada yalnız yaşayanlarda nikotin bağımlılık düzeylerinin daha yüksek bulunduğu belirterek ifade etmişlerdir. Keskin ve ark (101) ile Kanık ve ark (78) da çalışmalarında bizim tespit ettiğimiz gibi medeni durum ile nikotin bağımlılığı arasında anlamlı bir farklılık olmadığını ifade ediyorlar.

Çalışmamızda katılımcıların sigara bırakma durumları kendi içinde incelendiğinde % 29,7'lik kesimin en az 1 yıl süreyle sigarayı bıraktığını görüyoruz. %24,4'lük kesimin ise sigarayı 1 gün bile bırakmadığını görüyoruz. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda tedavi sonrası izlemde sigara bırakma oranları 1 yılın sonunda %37-48 arasında bulunmuştur (105,110). Bu oran Gören ve arkadaşlarının (108) çalışmasında % 25,7, Altın ve arkadaşlarının (83) çalışmasında %19,8 bulunmuştur. Uzaslan ve ark (111) ise 296 olgunun 1 yıllık başarı oranını %40 olarak vermektedir. Solak ve arkadaşları (112) bu oranı % 45,5 olarak bulmuşlardır. Çan ve ark (113) 1. yılsonunda sigara bırakma başarısını % 43,4 olarak bulmuşlardır. Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise 1 yıllık başarı oranı % 40'ın üzerinde bulunmuştur (89). Yapılan çalışmalarda en az 1 yıllık başarı oranının değişkenliği; çalışmanın yapıldığı popülasyonun verilen tavsiyeleri uygulamadaki farklılığı, polikliniğe başvuran kişilerin takip eksikliği, sağlık personelinin yetersiz bilişsel davranışsal terapide bulunması ve popülasyonların kendi içlerindeki heterojenliği ile açıklanabilir.

Katılımcıların sigara bırakmalarına yardımcı olabilmek adına uygulanan tedavileri incelediğimizde % 37,2 oranıyla en sık vareniklinin tercih edildiğini sonrasında ise % 34 ile bupropionun geldiğini görmekteyiz. Totalde %13,7 ile de NRT tercih edilmiştir. Yapılan bir çok çalışmada uygulanan tedaviler arasında vareniklinin daha yüksek oranda kullanıldığını görüyoruz(77,79,99). Altın ve ark (83) ise % 34,3 oranında bupropion, % 25,1 oranında vareniklin kullanmışlardır. Çalışmamızda vareniklininin diğer tedavilerden daha başarılı olduğunu görüyoruz. Vareniklin kullanan hastaların % 33,8'i sigarayı bırakma konusunda başarılı olmuşlardır. Bupropion kullananların ise % 26,2'si sigara bırakma konusunda başarılı olmuşlardır. Altın ve arkadaşlarının (83) çalışmasında vareniklinin sigara bıraktırma başarısı % 31,6 bulunmuştur, Taş ve arkadaşlarının (96) çalışmasında ise bu oran %47,6 bulunmuştur. Araştırmamızda nikotin bandı+sakızı ve hipnoz seçeneklerini kullanan katılımcı sayılarının çok az olması istatistiksel olarak anlamlılık durumlarına bakılmasına engel olmuştur. Vareniklinin nikotin sakızı, nikotin bandı ve bilişsel davranışçı terapi tedavilerine sigara bırakma durumundaki başarısı açısından anlamlı olarak üstün olduğunu görmekteyiz (sırasıyla p:0,0013, p:0,025, p:0,029). Diğer tedavilerle istatistiksel olarak anlamlı farklılığı yoktur. Yapılan birçok çalışmada da vareniklinin bupropion ve NRT den daha etkin olduğu görülmüştür (47,86,96). 2012 yılında yapılan Cochrane derlemesinde de yine vareniklin ile sigarayı bırakanların sayısı NRT ve bupropiondan daha fazla bulunmuştur (114). Eagles çalışmasında da vareniklin; bupropion, NRT ve plaseboya kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bırakma başarısı sağlamıştır (115). Çalışmamızda vareniklin dışındaki tedavilerin de kendi aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda araştırmacılar tedavilerin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığının olmadığını belirtmişlerdir (99,108).

Araştırmamızda katılımcıların relaps durumlarını incelediğimiz zaman sigarayı en az 1 gün bırakanlar arasında % 60,7'lik kesimin tekrar sigara kullanmaya başladığını görmekteyiz. Relaps edenlerin % 33,8'i bıraktıktan sonraki ilk 1 ayda tekrar sigara kullanmaya başlamıştır. % 30,4'lük kesim ise 1 – 3 ay, % 16,7'lik kesim ise 6 – 12 ay içerisinde tekrar sigara kullanmaya başlamıştır. Koçak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilk ay relaps oranları % 48,6, altıncı aydaki relaps oranları %37 bulunmuştur (116). Gören ve ark (108) da ilk 3 ay relaps edenlerin oranının % 56,7 olduğunu ifade

ederek çalışmamızda da olduğu gibi relapsın ilk aylarda daha fazla olabildiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda relaps ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak erkeklerin kadınlara göre daha erken zamanda relaps ettiklerini tespit ettik. En az 1 gün sigarayı bırakanlar arasında erkeklerin % 22,8'inin, kadınların ise % 15,3'ünün ilk 1 ay içerisinde relaps ettiklerini tespit ettik. Totalde yine en az 1 gün sigarayı bırakanlar arasında erkeklerin % 62,6'sının, kadınların ise %56,5'nin relaps ettikleri görülmüştür. Köksal ve ark (117) da çalışmamızda olduğu gibi ilk aylarda relaps riskinin daha yüksek olduğunu ve erkeklerin kadınlara göre daha riskli olduklarını ifade ediyorlar. Bazı çalışmalarda ise çalışmamızda tespit ettiğimiz aksine kadınlarda daha fazla relaps görüldüğü bildirilmiştir (90,118). Araştırmamızda medeni durum ile relaps arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). En az 1 gün sigarayı bırakanlar arasında evlilerin relaps oranı %60,1 iken bekarların oranı % 62,9 bulunmuştur. Evlilerin relaps edenlerin en sık olarak %36,1 oranıyla ilk ay içerisinde, bekarlar ise % 41 oranıyla 1 – 3 ay içerisinde tekrar sigara kullanmaya başlamıştır. Doğru ve ark (118) da çalışmamızda olduğu gibi evli olmayanların relaps etme risklerinin evli olanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Buradan çıkaracağımız sonuç evde içen kişinin dışında başka birinin daha bulunması relaps riskini azaltıyor. Bunun nedeni; evdeki diğer bireyin motivasyon etkisi olduğu ya da içen kişinin evdeki diğer bireye olan saygısından ötürü kendisini sigarayı bırakmaya daha zorunlu hissetmesi olarak düşünebiliriz.

Çalışmamızda katılımcıların sigara bırakma konusunda başarısız olma sebeplerine de baktık. % 41'lik oranla stres ve % 41,3'lük oranla çevresinde sigara içen kişilerin varlığı seçenekleri en sık karşılaşılan sebepler olarak karşımıza çıkıyor. Diğer bir çok çalışmada da stres en önde gelen sebebi oluşturuyor (77,96,108). Kim ve ark (106) da 2012 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların stresle baş edebilmek için sigara içtikleri ancak bağımlı olmadıklarını düşündükleri görülmüştür. Yaptığımız istatistiksel analize göre stres ($p:0,001$), kahvaltıdan sonraki sigaradan vazgeçememe ($p:0,000$), uyandıktan sonraki sigardan vazgeçememe ($p:0,000$) ve boş vakitlerinde sigaranın aklına gelmesi ($p:0,001$) ve diğer ($p:0,047$) seçenekleri anlamlı olarak daha etkili bulunmuştur. Ancak çalışmamızda stres başlığının altında; yakınının kaybı, aile sorunları, iş problemleri, kendisinin hastalık durumu, yakınının hastalık durumu seçenekleri mevcuttur. Bu

seçeneklerin arasında da % 38,5’lik kendi içerindeki tercih edilme oranıyla i problemleri en sık rastlanana olmuştur. Gören ve ark (108) da stresin yanında çevresinde sigara içen kişilerin varlığı ve aşırı sigara içme isteği seçeneklerini en çok tercih edilen sebepler arasında bulmuşlardır. Taş ve ark (96) da arkadaş ortamında sigara içen kişilerin varlığının sigara bıraktıktan sonra karşılaşılan zorluklar arasında önemli yer tuttuğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda olduğu gibi bazı çalışmalarda da i yerinde sigara içilmesinin veya sigara içen biri olmasının başarıyı olumsuz etkilediği saptanmıştır (90,105). Altın ve arkadaşlarının (83) yaptığı çalışmada sigarayı bıraktıktan sonra karşılan zorluklar incelendiğinde sinirlilik ve aşırı sigara içme isteği seçenekleri en sık rastlanan sebepler olarak tespit edilmiştir. Köksal ve ark (117) da en sık karşılaştıkları seçeneklerin sinirlilik ve aşırısı sigara içme isteği olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca alışmamızda sigara bırakma konusunda başarısız olma sebeplerinden bazıları da % 28,1’lik oranıyla kahvaltıdan sonra içilen sigaradan vazgeçememe, % 27,6’lık oranıyla uyandıktan sonra içilen sigaradan vazgeçememe, %26,1’lik oranıyla boş vakitlerin sigaranın sık sık aklına gelmesi ve % 19,4’lük oranıyla sigaranın kendilerini psikolojik olarak rahatlattığını düşünmeleridir. Hendricks ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcılar sigaranın kendilerini rahatlatan bir arkadaş olduğunu belirtmişlerdir (119). Yaşar ve arkadaşlarının çalışmasında da sigara bırakma sırasında yaşanan ėüçlükler sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu ve aşırı sigara içme isteği olarak bulunmuştur. Çalışmamızda da kahvaltıdan sonra içilen sigaranın önemli yer tuttuğu gibi Yaşar ve arkadaşları da sigara tüketenlerin %80’inin yemek sonrası sigara içme davranışı gösterdiğini tespit etmişlerdir (105). Çalışmamızda sigara bıraktıktan sonra kilo almanın da sigara bırakma başarısını belirli ölçüde etkilediğini gördük. Ancak istatistik olarak negatif yönde bir anlamlılık vardır (p:0,007). Kilo alma seçeneğinin oranı % 3,5 olarak bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Kızık ve arkadaşlarının (77) yaptığı çalışmada % 3,5’lik oranla kilo almanın sigara bırakma başarısını etkilediği belirtilmiştir. Gören ve arkadaşları(108) kilo artışı ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı bir etki tespit etmişken, Taş ve arkadaşları(96) bu etkinin minimal düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir. Tüm bu çalışmalarda çıkaracağımız sonuca baktığımız zaman; stres faktörünün sigara bırakma başarısında çok önemli bir etken olduğunu, beraberinde çevrenin sigara bırakma başarısındaki rolünün yadsınamaz

olduğunu fark ettik. Sigarayı bıraktıktan sonra kilo alma korkusunun da toplum içinde sigara bırakma başarısında zannedildiği kadar etken olmadığını görmüş olduk.

Çalışmamızda sigara bırakma konusunda başarısız olanların tekrar polikliniğe başvurma düşüncelerini de inceledik. Katılımcıların % 69'luk kesim tekrar polikliniğe başvurmayı düşünürken % 31'lik kesim polikliniğe tekrar başvurmayı düşünmüyor. Yılmaz ve arkadaşlarının (120) çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi tekrar başvurmayı düşünenlerin oranı çok daha yüksek çıkmıştır. Kıdık ve ark (77) da polikliniğe tekrar başvurmak isteyenlerin daha ağırlıkta olduğunu ifade ederken, Taş ve ark (96) başvurmayı düşünmeyenlerin daha fazla olduğunu belirtiyorlar. Çalışmamızda ulaştığımız sonuca bakarsak polikliniğe tekrar başvurmayı düşünenlerin oranının yüksekliği sevindiricidir. Katılımcılar sigaradan kurtulmak için hala umut var demek istiyor şeklinde kabul edilebilir.

Literatür taraması yaparken çalışmamızda bazı eksik yönleri tespit ettik:

- Katılımcıların kullandıkları tedavilerin ne kadar süreyle kullandıkları sorgulanmadı. Her tedavinin önerilen kullanım süresi farklı ve tedavilerin etki etmeleri için önemli bir yer tutuyor.
- Uygulanan tedavilerin kendi spesifik kullanım özellikleri ile katılımcıların kullanım şekilleri üzerinde durulmadı. Belki birçok katılımcının sigarayı bırakamamasının nedeni verilen tedaviyi doğru şekilde kullanamamasından kaynaklanıyordu. Örneğin, Hajek ve arkadaşlarının çalışmasında vareniklin kullanırken sigarayı bırakma günü geciken hastalarda 12 aylık başarı oranlarının düştüğü gösterilmiştir. İlacın tam yararı için sigarayı bıraktıktan sonra 3 ay tedaviyi kullanmaları önerilmiştir (121). Bizim çalışmamızda böyle tespitlerde bulunamadık.
- Uygulanan tedavilerin yan etkileri sorgulanmadı. Sadece ankette sigarayı bırakmada başarısız olma sebepleri arasında “uygulanan tedavinin yan etkisi” adıyla bir madde yer alıyordu.
- Katılımcıların sigaraya başlama yaşları değerlendirilmedi. Yaptığımız literatür araştırmasına göre sigaraya başlama yaşı sigara bırakma süreçlerinde önemli bir yer tutmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda 01.05.2015-31.12.2017 tarihleri arasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin dosyaları tek tek incelenmiş olup ve son durumları hakkında bilgi almak için tek tek aranarak ulaşabildiklerimizden sigara bırakma durumları hakkında bilgiler alınmış ve 12 soruluk bir anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler analiz edilerek yorumlanmıştır.

Araştırmamızın en öncelikli sorusu sigarayı bırakamayanların bırakamama sebepleri arasında en sık karşılaşılan sebeplerin neler olduğudur? Yaptığımız analizler çerçevesinde “stresin” en öncelikli sebep olduğunu gördük. Stresin alt başlıklarında en sık karşılaştığımız sebebin ise “iş problemleri” olduğunu gördük. Ne yazık ki ülkemizde yaptığı işle ilgili sıkıntı çekmeyenlerin oranının oldukça düşük olduğu tahmin ediliyor. Bunun üstesinden ancak sağlam bir psikoloji ile gelinebilir. Sağlam psikoloji de mutlu bir aile hayatı ile mümkün olabilir. Ya da sigara içen bireylerin stresten uzaklaşması ile mümkün olabilir. Burada edinilecek hobiler yer tutabilir. Ülkemizde çalışan psikologlarımıza ve psikiyatristlerimize de büyük iş düşmektedir.

Araştırmamızın diğer bir sorusu da sigara bırakma konusunda başarılı olamayanların oranıyla ilgilidir. Çalışmamızın sonuçlarına göre, bırakamayanların oranı % 70,3 olarak bulunmuştur. Görüldüğü üzere polikliniğimizin bıraktırma oranı ne yazık ki ancak % 30 civarlarındadır. Ancak ülke olarak daha sağlıklı bir toplum istiyorsak bu oranı artırmalıyız. Bunun içinde yeni sağlık politikaları ile toplumun sigara konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Ailelerin özellikle çocuklarını sigaradan uzak tutmaları, bunun içinde kendilerinin de kullanmamaları gerekmektedir. Unutmayalım ki bu süreci birey olarak değil toplum olarak atlatmalıyız. Sigara sadece içen kişiyi değil bütün toplumu etkilemektedir.

Sigarayı bırakabilen ve bırakamayan kişilerin sosyo-demografik özelliklerini incelediğimizde de sigara bırakma durumları açısından cinsiyetin, medeni durumun, yaşın anlamlı bir farklılığı bulunmamaktadır. Ancak anlamlı olmasa bile kadınların sigara bırakma konusunda daha başarılı olduğunu tespit ettik. Yaş arttıkça da gene sigara

bırakma oranının arttığını görmekteyiz. Bunda geçirilen yıllarında etkisinin olduğunu düşünmekteyiz. Sigarayı daha iyi tanıyanların bırakma konusunda daha istekli oldukları çıkarımında bulunuyoruz. Medeni durumlarına bakınca da evli olanların bekar olanlardan daha başarılı olduklarını görmekteyiz. Burada dayanışmanın, evde tek olmamanın verdiği sorumluluğun ve karşılıklı telkinin önemli yer tuttuğunu düşünüyoruz.

Katılımcıların eğitim durumlarıyla sigara bırakma durumlarına baktığımız zaman da üniversite mezunları ile ilkokul ve ortaokul-lise mezunları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu görüyoruz. Ancak eğitim düzeyi arttıkça sigara bırakma başarısının arttığını göremiyoruz. Yüksek lisans mezunu olanların ön lisans ve orta okul-lise mezunlarından daha başarısız olduklarını görüyoruz. Ancak katılımcı sayısının da burada önemli olduğunu yüksek lisans mezunu katılımcı sayısının ön lisans, orta okul-lise mezunu katılımcılara göre bir hayli düşük olduğunu, bunun da bizi yanıltabileceğini düşünmekteyiz. Hiç okumayan 5 katılımcının ise sigara bırakma başarı oranı %40 bulunmuş olup istatistiksel olarak en iyi orana sahip oldukları görülmüştür. Ancak bu grupta da katılımcı sayısının çok düşük olması istatistiksel anlamlılığı engellemektedir.

Katılımcıların bağımlılık durumlarına bakınca da katılımcıların büyük bir kısmının (% 65,8) çok yüksek ve yüksek bağımlı grupta olduklarını görüyoruz. Yani polikliniğe başvuran kişiler kendilerinin sigaraya bağımlı olduklarının farkındalar ve bu durumun üstesinden ancak destek alarak gelebileceklerini düşünüyorlar. Çok yüksek bağımlı olanların düşük bağımlı olanlardan daha başarısız olduklarını istatistiksel olarak anlamlı bulduk. Ancak diğer gruplarla anlamlı bir ilişki bulamadık. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa bile bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma insidansının azaldığını gördük. Bu zaten beklediğimiz bir sonuçtu. Burada mühim olan kişinin bu durumun farkında olması. Bilindiği üzere birçok kişi kendisinin bağımlı olmadığını iddia edip istedikleri zaman sigarayı bırakabileceklerini düşünmektedirler. Bu kişilerin kendi durumlarını görmelerini sağlamalı ve onlara sigara bırakma konusunda destek olmalıyız. Burada yapabilecek olduğumuz şey FNBT testini daha çok insana uygulayabilmek olabilir.

Bir diğerk tespit ettiğimiz şey ise sigarayı bırakmayı daha önce deneyenlerin başarılarının daha yüksek olduğudur. İstatistiksel olarak, daha önce sigara bırakma girişiminde bulunanların ilk defa başvuru yapanlara göre anlamlı bir şekilde daha başarılı olduklarını tespit ettik. Buna göre, daha önce sigara bırakmayı denemiş olanların, sigara bırakma sürecini bildikleri için daha başarılı olduklarını düşünüyoruz.

Kullandığımız tedavilere göre, vareniklinin diğerk tedavilere göre daha üstün olduğunu görmekteyiz. İstatistiksel olarak NRT ve bilişsel tedavilere üstünlüğünün anlamlı olduğunu tespit ettik. Diğerk tedavilerle arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoksa da başarı yüzdesinin daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Ancak kullanıcıların birçoğu gönderildikleri yerde ilaca ulaşamadıklarını, ilacı alacak paralarının olmadığını ya da ilacın yan etkilerinden korktuklarını bu nedenle kullanmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Vareniklin kullanımı da önemlidir, doğru kullanılmazsa başarı oranının düşebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Vareniklin başarılı bir tedavi yöntemidir ancak ilaca ulaşımın kolaylaştırılması, kullanımının doğru bir şekilde anlatılması ve olası yan etkileri konusunda doğru bilgilendirmelerin yapılması ilacın sigara bıraktırma başarısını daha da artıracaktır.

Kullanılan tedavilerden nikotin sakızının ismini “nikotin yanak formu” olarak kullanmak daha doğru olacaktır. Kullanan kişilerin birçoğu nikotin sakızını sakız gibi çiğnemektedir. Buradan anlaşılacağı üzere kişiler ilacı isminden öngördüğü şekilde kullanabilmektedir. Yanak formu diyerek ilacın kullanım şekli ile ismi daha ilişkili hale getirilebilmektedir.

Sigara bırakma poliklinikleri MHRS düzeninde çalışmaktadır. Ancak, randevu tarihleri doktorun kendisi tarafından belirlenmelidir. Sigara bırakma süreci bireyselleştirilerek yapılmalıdır. Çünkü, her kişi farklı sürelerde farklı koşullarda bu süreci geçirmektedir. Bu nedenle randevu tarihleri ilgilenen hekimin inisiyatifinde olursa sigara bırakma sürecini daha efektif hale getirip sigara bırakma başarısını artırabiliriz.

Sigara bir kişi problem değil toplum problemidir. Bu sorunun üstesinden ancak toplum olarak gelebiliriz. Amacımız bireysel bilinçlenme yerine toplumsal bilinçlenme olmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Statement C. A Clinical Practice Guideline. 2000;283(24):3244–54.
2. Tetik B., Sigara bırakma başarısı üzerine etki eden faktörler, başarı ölçütleri. *Türkiye Klin J Fam Med-Special Top.* 2016 Jan 1;7:69–73.
3. World Health Organization. WHO | Tobacco control. Who, 2016;
4. Collaborators NASCET. The New England Journal of Medicine Downloaded from nejm.org on March 29, 2011. For personal use only. No other uses without permission. *N Engl J Med [Internet].* 1991;329(14):977–86.
5. Davidson BJ, Hsu TC, Schantz SP. The genetics of tobacco-induced malignancy. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 1993;119(11):1198–205.
6. Godtfredsen NS, Prescott E. Benefits of smoking cessation with focus on cardiovascular and respiratory comorbidities. *Clin Respir J.* 2011;5(4):187–94.
7. Warner KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. *Pharmacoeconomics.* 1997;11(6):538–49.
8. Shie H-G, Pan S-W, Yu W-K, Chen W-C, Ho L-I, Ko H-K. 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.* 2017;27(1):1–7.
9. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 1996;36(1):597–613.
10. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Güven SF, Şipit T, et al. Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. *Solunum Hast.* 2005;16(3):112–8.
11. Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2007;55(4):356–63.
12. Oğuz S, Çamcı G, Kazan M. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanım sıklığı ve sigaranın neden olduğu hastalıkları bilme durumu. *Van Tıp Derg.* 2018;25(3):332–7.
13. Mevsim V, Dontlu Ç, Yeniçeri N, Özçakar N, Güldal D., Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanları sigara ve kanser riski konusunda ne biliyor ve ne yapıyor? *J Depend.* 2005;6:65–75.
14. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdinç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2006;54(1):43–50.
15. Turgut G., Kaçar M., akciğer kanserinin epidemiyolojik özelliklerinin retrospektif olarak karşılaştırmalı değerlendirilmesi.
16. Algün E, Şekeroğlu R, Erkoç R, Özbek H, Alıcı S, İlhan M, et al. Sigara içen sağlıklı gönüllülerde çeşitli aterosklerotik risk faktörlerinin araştırılması ve düşük

- doz ACE inhibitörü kullanımının bu parametreler üzerine etkisi. *Van Tıp Derg.* 1999;6(3):10–4.
17. Okutan O, Çalışkan T. Sigara ile ilişkili İnterstisyel Akciğer Hastalıkları. *Solunum Derg.* 2011;13(3):131–9.
 18. Şen S, Aygin D. Meme Kanserinin Etiyolojisinde Çevresel Karsinojenlerin Rolü. *Sak Tıp Derg.* 2014;4(3):109–14.
 19. Antoni S, Ferlay J, Soerjomataram I, Znaor A, Jemal A, Bray F. Bladder cancer incidence and mortality: a global overview and recent trends. *Eur Urol.* 2017;71(1):96–108.
 20. Cumberbatch MG, Rota M, Catto JWF, La Vecchia C. The role of tobacco smoke in bladder and kidney carcinogenesis: a comparison of exposures and meta-analysis of incidence and mortality risks. *Eur Urol.* 2016;70(3):458–66.
 21. Islami F, Moreira DM, Boffetta P, Freedland SJ. A systematic review and meta-analysis of tobacco use and prostate cancer mortality and incidence in prospective cohort studies. *Eur Urol.* 2014;66(6):1054–64.
 22. Mızrak T, Kaya FA. Sigara kullanımının periodontal dokular üzerine olan etkisi. *Dicle Tıp Derg.* 2005;32(2):102–7.
 23. KARŞIDAĞ Ç. Şizofreni ve sigara bağımlılığı. 2005;
 24. Terzioğlu F, Türk R, Yücel Ç. Sigaranın üreme fonksiyonlarına etkisi. *J Clin Obstet Gynecol.* 2008;18(6):383–94.
 25. Bülbül SH, Ceyhun AG. Pasif Sigara İçiciliği. 2006;10(3):123–8. Available from: <http://www.turkailehekderg.org/wp-content/uploads/2014/07/c10-s03-05.pdf>
 26. Stress O. Genç Yetişkinlerde Pasif Sigara Maruziyetinin Diyet Kalitesine , Oksidatif Stres İndeksine ve Beslenme Durumuna. 2017;31(1):1–10.
 27. Bildik HN, Bilgin E, Demirdöğen E, Yıldız E, Aslan D, Yalçı S. Çocuklar sigara dumanından pasif etkilenim açısından risk altında mı?: Bir ilköğretim okulu deneyimi. *Cocuk Sağlığı ve Hast Derg.* 2008;51(3):147–52.
 28. Argüder E, Abuzaina O, Bakır H, Karalezli A, Hasanoglu HC. Awareness of the Patients and Their Relatives About the Health Problems Occurred by Passive Smoking. *Ankara Med J.* 2019;19(2).
 29. Çınar N, Topal S, Altınkaynak S. Gebelikte Sigara Kullanımı ve Pasif İçiciliğin Fetüs ve Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkileri. *J Hum Rhythm.* 2015;1(2):52–7.
 30. Investigation of the effect of schema therapy on behavior of quitting smoke abstract. 2019;0–2.
 31. Pınar ÖNEN Z, Şen E, Eriş Gülbay B, Öztürk A, Akkoca Yıldız Ö, Acican T, et al. Farklı tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2010;58(4):385–92.
 32. Kılınçarslan MG, Şahin EM. Güncel kılavuzlar ışığında dislipidemi yönetiminin ilk basamağı : Yaşam tarzı değişiklikleri. *Türk Aile Hekimleri Derg.* 2019;23(1):31–40.

33. Yilmaz YA, Atici AG, Kayhan S, Sunter AT, Turkeli S. The Effects of Smoking on Plasma Viscosity and Related Biochemical Parameters. *Solunum*. 2012;14(3):158–63.
34. Karaoğlu D. Sigarayı bırakma ve obezite arasındaki ilişki : Türkiye örneği giving up smoking and obesity : the case of Turkey. 2019;(March):46–57.
35. Başol E, Can, S., Tütün Tüketiminin Ekonomik Etkileri Ve Tütün Kontrol Politikaları Üzerine Bir İnceleme. *Balk Sos Bilim Derg*. 2015;4(7).
36. ÇALIŞKAN Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım). *Uşak Üniversitesi Sos Bilim Derg*. 2015;8(2):23–48.
37. Çolak M, Aslaner MA. Evaluation of the Treatment Continuity and Results of Patients with a History of Psychiatric Disease Presented to the Smoking Cessation Clinic. *Ankara Med J*. 2019;19(3):498–504.
38. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2006;6(1):300.
39. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev*. 2012;(11).
40. Fiore MC, Kenford SL, Jorenby DE, Wetter DW, Smith SS, Baker TB. Two studies of the clinical effectiveness of the nicotine patch with different counseling treatments. *Chest*. 1994;105(2):524–33.
41. Sweeney CT, Fant R V, Fagerstrom KO, McGovern JF, Henningfield JE. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation. *CNS Drugs*. 2001;15(6):453–67.
42. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Cmaj*. 2008;179(2):135–44.
43. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and meta-analysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. *Tob Induc Dis*. 2010;8(1):8.
44. Jefferson JW, Pradko JF, Muir KT. Bupropion for major depressive disorder: pharmacokinetic and formulation considerations. *Clin Ther*. 2005;27(11):1685–95.
45. Swan GE, McAfee T, Curry SJ, Jack LM, Javitz H, Dacey S, et al. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial. *Arch Intern Med*. 2003;163(19):2337–44.
46. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1999;340(9):685–91.

47. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama*. 2006;296(1):56–63.
48. Williams KE, Reeves KR, Billing Jr CB, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of varenicline for smoking cessation. *Curr Med Res Opin*. 2007;23(4):793–801.
49. Erdinç M, Gülmez İ. Tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisi. *Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi*. 2013;4–23.
50. Prochaska JO, Diclemente C, County B. Trans-Theoretical Therapy - Toward A More Integrative Model of Change. 1982;(January).
51. Covino NA, Bottari M. Hypnosis, behavioral theory, and smoking cessation. *J Dent Educ*. 2001;65(4):340–7.
52. Elkins GR, Rajab MH. Clinical hypnosis for smoking cessation: Preliminary results of a three-session intervention. *Int J Clin Exp Hypn*. 2004;52(1):73–81.
53. Fiore M, Jaén C, Baker T, Bailey W, Benowitz N, Curry S, et al. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A US Public Health Service Report. *Am J Prev Med*. 2008;35(2):158–76.
54. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *Bmj*. 2004;328(7435):338–9.
55. Bozkurt N, Bozkurt Aİ. Assessment of the Fagerström Nicotine Dependence Test (FNDDT) used in the determination of nicotine dependence and developing a new test for the nicotine dependence. *Pamukkale Med J*. 2016;9(1):45–51.
56. Sağlam L. Clinical Evaluation of Nicotine Dependence. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2017;4(1):78–89.
57. Demirbaş N, Kutlu R. Sigaranın akciğer yaşı ve solunum fonksiyon testleri üzerine olan etkisi. *Cukurova Med J*. 2018;43(1):155–63.
58. Aytemur ZA. Sigara Bırakma: Nüks ve Tedavisi.
59. McKee SA, Krishnan-Sarin S, Shi J, Mase T, O'Malley SS. Modeling the effect of alcohol on smoking lapse behavior. *Psychopharmacology (Berl)*. 2006;189(2):201–10.
60. Westman EC, Behm FM, Simel DL, Rose JE. Smoking behavior on the first day of a quit attempt predicts long-term abstinence. *Arch Intern Med*. 1997;157(3):335–40.
61. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2001;135(6):423–33.
62. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *Jama*. 1994;271(24):1940–7.
63. Gilpin EA, Pierce JP, Farkas AJ, Farkas AJ. Duration of smoking abstinence and

- success in quitting. *J Natl Cancer Inst.* 1997;89(8):572.
64. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1).
 65. Krall EA, Garvey AJ, Garcia RI. Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. *Nicotine Tob Res.* 2002;4(1):95–100.
 66. Türkcan A, Çakmak D. Nikotin Bağımlılarında Nikotin Yerine Koyma Tedavisinin Sigara Bırakma Programının Sürdürme Üzerine Etkisi. *Klin Psikofarmakol Bülteni.* 2004;14:198–203.
 67. Brown RA, Lejuez CW, Strong DR, Kahler CW, Zvolensky MJ, Carpenter LL, et al. A prospective examination of distress tolerance and early smoking lapse in adult self-quitters. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(5):493–502.
 68. Hays JT, Ebbert JO, Sood A. Treating tobacco dependence in light of the 2008 US Department of Health and Human Services clinical practice guideline. In: *Mayo Clinic Proceedings.* Elsevier; 2009. p. 730–6.
 69. Tobacco TCPGT. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. *Am J Prev Med.* 2008;35(2):158–76.
 70. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Policies of tobacco control in Turkey. *WHO Turkey Off WHO Publ Danimarka.* 2010;15–32.
 71. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. *Toraks Derg.* 2006;7(1):51–64.
 72. Gazete TCR. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü: Mevzuat Bilgi Sistemi: 1996.
 73. Organization WH. WHO framework convention on tobacco control. WHO Regional Office for South-East Asia; 2004.
 74. Bilir N. Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde? *Turk Toraks Dergisi/Turkish Thorac J.* 2009;10(1).
 75. Reid JL, Rynard VL, Czoli CD, Hammond D. Who is using e-cigarettes in Canada? Nationally representative data on the prevalence of e-cigarette use among Canadians. *Prev Med (Baltim).* 2015;81:180–3.
 76. Organization WH, Control R for IT. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization; 2008.
 77. Kıdık E., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 1-3 Yıllık süreçteki sigara bırakma durumları (Uzmanlık Tezi). 2017;65–77.
 78. Kanık MK, Tözün M. İzmir’de sigarayı bırakma polikliniklerine başvuranların sigara ve diğer tütün ürünleri kullanım özellikleri ve nikotin bağımlılık durumları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg.* 5(1):84–95.

79. Bakanlı LIK, Hastaneler YEK, Ankara K, Hastaneler LGEK, Sekreterl G, Atat A, et al. Atatürk eğitim ve araştırma hastanesi sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarda başarısızlığa neden olan faktörlerin belirlenmesi. 2016;
80. Walker NJ, Van Woerden HC, Kiparoglou V, Yang Y, Robinson H, Croghan E. Gender difference and effect of pharmacotherapy: findings from a smoking cessation service. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1038.
81. Özşahin K, Ünsal A, Erdoğan F, Gereklioğlu Ç, Bakar C, Tokalak İ. Sigara bırakma üzerinde etkili faktörler: aile hekimliği poliklinik hastaları üzerinde bir çalışma. *TAF Prev Med Bull*. 2007;6(3):181–6.
82. Fidler J, Ferguson SG, Brown J, Stapleton J, West R. How does rate of smoking cessation vary by age, gender and social grade? Findings from a population survey in E nglan. *Addiction*. 2013;108(9):1680–5.
83. Eyl D, Fak TIP, Hek LE., Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerin saptanması., 2019;
84. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turkish J Med Sci*. 2012;42(3):515–22.
85. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kiliç H, Er M, Hasanoglu HC, et al. Sigara Bırakma Başarisini Etkileyen Faktörler/Factors Affecting the Success of Smoking Cessation. *Turk Toraks Derg*. 2013;14(3):81.
86. LA B., Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. 2016.
87. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Derg*. 2005;53(4):354–61.
88. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Toraks Derg*. 2005;6(2):151–8.
89. Kökten R. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği çalışmalarının değerlendirilmesi. 2008;
90. Japuntich SJ, Leventhal AM, Piper ME, Bolt DM, Roberts LJ, Fiore MC, et al. Smoker characteristics and smoking-cessation milestones. *Am J Prev Med*. 2011;40(3):286–94.
91. Wee LH, West R, Bulgiba A, Shahab L. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop-smoking clinics in Malaysia. *Nicotine Tob Res*. 2011;13(2):151–6.
92. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction*. 2004;99(6):770–7.
93. Levy DT, Romano E, Mumford E. The relationship of smoking cessation to sociodemographic characteristics, smoking intensity, and tobacco control policies. *Nicotine Tob Res*. 2005;7(3):387–96.

94. Cho H-J, Khang Y-H, Jun H-J, Kawachi I. Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age. *Soc Sci Med*. 2008;66(3):609–19.
95. Reime B, Ratner PA, Seidenstücker S, Janssen PA, Novak P. Motives for smoking cessation are associated with stage of readiness to quit smoking and sociodemographics among German industrial employees. *Am J Heal Promot*. 2006;20(4):259–66.
96. Cumhuriyet VAS, Hek LE, Ta E. 2002-2018 yılları arasında cumhuriyet üniversitesi tıp fakültesi hastanesi, 2002-2018 yılları arasında. 2019;
97. Yang JJ, Song M, Yoon H-S, Lee H-W, Lee Y, Lee S-A, et al., What are the major determinants in the success of smoking cessation: results from the health examinees study. *PLoS One*. 2015;10(12).
98. M Y., SBÜ Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran ve sigara içen bireylerde sigara bırakmaya hazır olma durumu ve bununla ilişkili faktörlerin saptanması., 2019.
99. Fak TIP, Anab H, Dani TEZ. Sigara içme davranışı ve sigara bırakma sürecinin multifaktöriyel analizi uzmanlık tezi dr. ahmet gürbüzel. 2019;
100. Wang Q, Mati K. Intention to Quit among Smokers in Kazakhstan: Data from 2014 Global Adult Tobacco Survey. *J Epidemiol Glob Health*. 2019;9(1):23–8.
101. G K., Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların bağımlılık düzeyi, ekshale karbonmoksit düzeyi ve qt dispersiyonu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, 2020.
102. SÜ Ö., Sigara bağımlılarında bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesi. 2019.
103. Boudreaux ED, Baumann BM, Camargo CA, O’Hea E, Ziedonis DM. Changes in smoking associated with an acute health event: theoretical and practical implications. *Ann Behav Med*. 2007;33(2):189–99.
104. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation: Who will quit with and without the nicotine patch. *Jama*. 1994;271(8):589–94.
105. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. *Eurasian J Pulmonol*. 2014;16:99–104.
106. Kim JA, Lee CY, Lim ES, Kim GS. Smoking cessation and characteristics of success and failure among female high-school smokers. *Japan J Nurs Sci*. 2013;10(1):68–78.
107. Dorner TE, Tröstl A, Womastek I, Groman E. Predictors of short-term success in smoking cessation in relation to attendance at a smoking cessation program. *Nicotine Tob Res*. 2011;13(11):1068–75.
108. Y G., Sigara bırakma polikliniği’ne başvuran ve bir yıllık süreçte sigara bırakma tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan hastalarda relaps nedenleri. 2019.
109. Pennanen M, Broms U, Korhonen T, Haukkala A, Partonen T, Tuulio-Henriksson

- A, et al. Smoking, nicotine dependence and nicotine intake by socio-economic status and marital status. *Addict Behav.* 2014;39(7):1145–51.
110. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2004;52(1):63–8.
111. Uzaslan EK, Ozyardimci N, Karadag M, Yuksel EG, Gozu RO, Ege E. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci.* 2000;9(2):63–9.
112. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E., Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları., 2003;73–7.
113. Çan G, Öztuna F, Topbaş M, Özlü T. Karadeniz teknik üniversitesi tıp fakültesi sigara bırakma polikliniğinin üç yıllık başvuru sonuçlarının değerlendirilmesi. *Toplum Hekim Bülteni.* 25(2).
114. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev.* 2016;(5).
115. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet.* 2016;387(10037):2507–20.
116. Koçak ND, Eren A, Boğa S, Aktürk ÜA, Öztürk ÜA, Arınç S, et al. Relapse rate and factors related to relapse in a 1-year follow-up of subjects participating in a smoking cessation program. *Respir Care.* 2015;60(12):1796–803.
117. Hek LE., T.C. Sağlık bakanlığı İstanbul medeniyet üniversitesi göztepe eğitim ve araştırma hastanesi. 2018;
118. Tez U, Do K. Sigara kullanım durumlarının uzun vadede kişilerin beden kitle indeksi üzerine etkileri. 2015;
119. Hendricks PS., Wood SB, Hall SM. Smokers' expectancies for abstinence: Preliminary results from focus groups. *Psychol Addict Behav.* 2009;23(2):380.
120. Bayazit YS., Ankara eğitim ve araştırma hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 5 yıllık süreçteki sigara bırakma durumlarının değerlendirilmesi, 2019.
121. Hajek P, Tønnesen P, Arteaga C, Russ C, Tonstad S., Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment. *Addiction.* 2009;104(9):1597–602.

8. EKLER

EK-1. HASTALARA UYGULANAN ANKET FORMU

Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurmuş Kişilerin Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirmesine Yönelik Anket Araştırması

- 1) Dosya No:
- 2) Yaş: Cinsiyet: Kilo: Boy:
- 3) Meslek:
- 4) Medeni Hali:
 - A) Evli
 - B) Bekar
 - C) Dul
- 5) Çocuk:
 - A) Var
 - B) Yok
- 6) Eğitim Durumu:
 - A) Okur-Yazar değil
 - B) İlkokul
 - C) Lise
 - D) Üniversite
 - E) Lisansüstü
- 7) Sigara Bırakmak İçin Kaçınıcı Girişimi
- 8) Polikliniğe
 - A) Yakınının Israrıyla Geldi ()
 - B) Kendi İsteğiyle Geldi ()
- 9) Sigarayı Bırakma Durumu:
 - A) Tamamen Bıraktı
 - B) 6-12 Ay Bıraktı Sonra Tekrar Başladı
 - C) 3-6 Ay Bıraktı Sonra Tekrar Başladı
 - D) 1-3 ay Bıraktı Sonra Tekrar Başladı
 - E) <1 Ay bıraktı Sonra Tekrar Başladı
 - F) Hiç Bırakmadı

(Tamamen Bırakan Katılımcılar İçin 11. Soruya Geçilebilir.)

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

A) Stres

- Yakın Kaybı
- Aile Sorunları
- İş Problemleri, İşsizlik
- Hastalık

1. Yakınının Hastalığı

2. Kendi Hastalığı

B) Yoksunluk Belirtileri(uykusuzluk, sinirlilik, mutsuzluk, sigara arama davranışı, titreme, diş gıcırdatma gibi)

C) Kilo Alma

D) Sigara Bırakmak İçin Kullandığı Tedavinin Şu Yan Etkisi Oldu:

E) Kahvaltıdan Sonraki Sigaradan Vazgeçemiyor

F) Uyandıktan Sonraki Sigaradan Vazgeçemiyor

G) Son Zamanlarda Psikolojik Açıdan Kendini İyi Hissetmiyor, Sigara İyi Geliyor

H) Çevresinde Sigara İçen Kişiler Var

İ) Sigara içmek, Boş Vakitlerinde Sık Sık Aklına Geliyor

J) Sigara Kokusu Alınca Sigara İçmek Aklına Geliyor

K) Diğer (.....)

11) Sigara Bırakma Polikliniğinde Önerilen Tedavi Yöntemi:

A) NRT (Nikotin Replasman Tedavisi): Nikotin Sakızı, Nikotin Bandı v.s.

B) Vareniklin (Champix)

C) Bupropion (Zyban)

D) Psikososyal Destek Tedavisi:

- Bilişsel Davranışçı Terapi,
- Hipnoz,

12) Sigara Bırakma Polikliniğine Tekrar Başvurmayı Düşünür mü?

A) Evet

B) Hayır

EK-2. ETİK KURUL RAPORU



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 315

19.12.2018

KONU :19.12.2018 Tarih ve 271 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Uzm. Dr. Mükremin ER

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Göğüs Hastalıkları Kliniği

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz “Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Destek Tedavisi Başlanmasına Rağmen Sigarayı Bırakamayan Hastalardaki Başarısızlık Nedenlerinin Araştırılması” isimli Dr. Ömer Selçuk KINALI’ nın tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 19.12.2018 tarih ve 271 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

(13.04.2013 tarih ve 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik” gereği klinik araştırmaların etik kurul onayı alındıktan sonra yılda en az bir ara raporunun, araştırma sonlandırıldıktan sonra bir yıl içerisinde sonuç raporunun Etik Kurula geri bildirimi gerekmektedir. Gerekli bildirimi yapmayanların sonraki Etik Kurul başvuruları kabul edilmeyecektir.)

Bilgilerinize rica ederim

Yrd. Doç. Dr. Halil KARA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı