

165502

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİMDALI

Uzmanlık Tezi

**Sigara İçmeye Başlamadan Önceki Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti,
Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerine Etkileri**

Dr. Sibel Şahbaz

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Oğuz Kılınç

İZMİR 2005

Mesleğime başladığım ilk günden itibaren
bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım,
kendilerini örnek alarak hekimlik sanatını öğrenmeye çalıştığım

Sayın hocalarım;

Prof. Dr. A. Akkoçlu, Prof. Dr. ES.Uçan, Prof. Dr. AH. Çımrın,
Prof. Dr. O.İtil ve Doç. Dr. C.Sevinç'e,

Bu çalışmanın temel taşı olan Sayın Doç. Dr. Oğuz Kılınç'a,
Sonsuz sabırla ve titizlikle bilgi ve deneyimini benimle paylaşan

Sayın Yrd. Doç.Dr. Türkan Günay'a

Çalışmanın her aşamasında bana yol gösteren

Değerli arkadaşım Yrd. Doç.Dr. Emel Ceylan'a,

Hayatım boyunca benim için her türlü fedakarlığı gösterip emek harcayan

Sevgili anneme ve babama,

Varlığı ile bana güç veren hayat arkadaşıma

Teşekkür Ederim.

İÇİNDEKİLER

1. Giriş ve Amaç	1-2
2. Genel Bilgiler	3-17
A. Tütün ürünleri ve tütün dumanı içeriği	
B. Çevresel tütün dumanı maruziyetinin tanımı, değerlendirilmesi	
C. Çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine etkileri	
D. Çevresel tütün dumanı maruziyet ortamları	
E. Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri	
3. Gereç ve Yöntem	18-20
4. Bulgular	21-32
5. Tartışma	33-37
6. Özet	
Türkçe	38-39
İngilizce	40-41
7. Kaynaklar	42-47

TABLolar

Tablo I: Tütün dumanındaki karsinojen ve toksik ajanlar

Tablo II: Çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine olan etkileri

Tablo 1: Çalışma grubunun demografik özellikleri

Tablo 2: Çalışma grubunun öğrenim durumu

Tablo 3: Çalışma grubunun sistemik hastalıklarının dağılımı

Tablo 4: Çalışma grubunun pulmoner hastalıklarının dağılımı

Tablo 5: Çalışma grubunun genel pasif tütün dumanı maruziyeti durumu

Tablo 6: Tütün ürünlerine pasif olarak maruz kalınan ortamlar

Tablo 7: Evde Pasif Tütün Dumanı Maruziyeti Kaynakları

Tablo 8: Çalışma grubunun sigara kullanımı ile ilgili özellikleri

Tablo 9: Sigara bırakma polikliniğinde önerilen tedavi yöntemleri

Tablo 10: Önerilen tedaviyi kullananlarda tedavi yöntemine göre sigarayı bırakma

Tablo 11: Kontrol grubunun 1. yıl sonu izlem sonuçları

Tablo 12: Tekrar sigara içmeye başlama nedenleri

Tablo 13: Olgu ve kontrol gruplarının demografik özellikleri

Tablo14: Olgu ve kontrol gruplarının sağlık durumunun sigara bırakma üzerine etkisi

Tablo 15: Olgu ve kontrol gruplarının sigara kullanım özellikleri

Tablo 16: Olgu ve kontrol gruplarının pasif tütün dumanı maruziyeti ile ilgili özelliklerinin değerlendirilmesi

Tablo 17: Sigara bırakma üzerine etkili olabilecek bazı özellikler

Tablo 18: Olgu ve kontrol gruplarının FNBT sonuçlarının değerlendirilmesi

Tablo 19: Olgu ve kontrol gruplarının anksiyete ve depresyon skoru sonuçlarının değerlendirilmesi

Tablo 20: Yeterli süre tedavi kullanımının bırakmaya etkisi

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada 1.2 milyardan fazla insan düzenli olarak tütün ürünlerini kullanmaktadır (1). Sigara içimi mortalite, yaşamdan kaybedilen yıllar ve hastane masrafları açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur, bilinen en önemli hastalık ve erken ölüm nedenidir (2,3). On yedi milyon kişinin sigara tüketicisi olduğu ülkemizde, her yıl 100 bin insanımız sigaraya bağlı gelişen hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (3). 1988 yılında yayınlanmış ulusal bir değerlendirmede 15 yaş üzerinde erişkinlerde sigara kullanım prevalansı % 43 idi (%63 erkek - %24 kadın). 1993 deki başka bir değerlendirmeye göre ise sigara içme prevalansı erkeklerde % 58 ve kadınlarda % 13 idi (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2020 yılında sigaraya bağlı hastalıklar yüzünden ölümlerin yılda 10 milyon dolayında olacağını hesaplamaktadır (5) .

Çevresel tütün dumanı maruziyeti de hem çocuk hem de erişkin sağlığı açısından önemli yan etkiler oluşturur ve önlenabilir ölüm nedenleri arasında 3. sırada yer alır (6,7). Çevresel tütün dumanı karsinojen olarak tanımlanır ve akciğer kanseri ile ilişkili bulunmuştur (7) Ebeveynlerin evde sigara içmeleri sonucu çocukların tütün dumanına maruziyeti adolesan dönemde sigara içmelerinde etkilidir. Uzun dönem değerlendirmelerde çevresel tütün dumanı maruziyetinin önlenmesi erişkin ve çocukların sigara içme alışkanlığını değiştirecek potansiyel bir güçtür. Evde çocuk veya sigara içmeyen erişkinlerin olması evde sigara içiminin kısıtlanması için olumlu etki oluşturur, Sonuç olarak; sigara içiminin kısıtlanması hem sigara içicileri hem de pasif tütün dumanı maruziyeti olanlar için faydalıdır. Bu nedenle sigara içiminin kısıtlanması çevresel tütün dumanına bağlı sorunların önlenmesinde etkili bir yoldur (8). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) raporuna göre çocukların çevresel tütün dumanı maruziyeti %11.7 - 34.2 arasındadır. Oranların ölçüm hatalarından dolayı gerçek değerlerinin altında olduğu ve çevresel tütün dumanına bağlı mortalite ve morbiditenin tahmin edildiğinden daha fazla olduğu düşünülmektedir (7).

Çevresel tütün dumanı maruziyetini değerlendirmek için çeşitli anket ve incelemeler, ev içi hava ölçümleri ve kotinin gibi biyolojik belirteçlerin ölçümü yapılabilir (9)

Anket çalışmaları ve görüşmeler çevresel tütün dumanının sağlık üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalar içinde en sık kullanılan yöntemlerdir. Anket kullanımının pek çok avantajı vardır:

1. Çevresel tütün dumanı kaynaklarının gücü hakkında ayrıntılı bilgi edinilmesini sağlar.
2. Maruziyet hakkında geriye dönük bilgi edinilmesini sağlar.
3. Uzun süreli çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine etkileri ile ilgili bilgi edinilmesini sağlar.
4. Eş zamanlı olarak aktif bulunulan ortamlar ve değişen çevresel faktörler hakkında bilgi verir.
5. Kişilerin sağlıkları üzerine olan etkileri hakkında bilgi sağlayabilir.
6. Çevresel tütün dumanı maruziyetinin belirlenmesi için kullanılan en ucuz yöntemdir ve geniş kitlelere ulaşılmasını sağlar.

Diğer taraftan anket çalışmaları ile ilgili olarak pek çok endişe verici nokta bulunmaktadır. Örneğin anketlerin onaylandığı, yaygın olarak kabul görmüş standart bir yöntem yoktur. Ayrıca çeşitli nedenlerden dolayı maruziyetin yanlış sınıflanması söz konusu olabilir (10).

Çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler ile ilgili yapılmış pek çok çalışma vardır. Ancak; sigara içmeye başlamadan önce çevresel tütün dumanı maruziyeti olan ve sonrasında sigara içmeye başlayan kişilere uygulanan sigara bırakma tedavilerinin başarısına özgeçmişlerindeki bu çevresel tütün dumanı maruziyetinin olası etkilerini irdelleyen çalışma sayısı kısıtlıdır.

Bu çalışmadaki amacımız; sigara içmeye başlamadan önce çevresel tütün dumanı maruziyeti olan kişilerde sigara bırakma tedavilerine bu geçmiş maruziyetin olası etkilerini saptamak, ayrıca sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara içme özellikleri ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkilerini belirlemektir. Yaptığımız bu çalışma çevresel tütün dumanı maruziyeti ile ilgili bir anket çalışmasıdır.

GENEL BİLGİLER

A. Tütün Dumanı İçeriği:

Toplumda tütün ürünlerinden en sık filtreli sigaraların kullanıldığı görülmektedir. Bunun dışında kullanılan diğer tütün ürünleri ise; puro, pipo, filtresiz sigara ve nargiledir.

Tütün dumanı partikül ya da duman şeklinde 4500 çeşit madde içerir ve yaklaşık 50 çeşit bilinen karsinojen vardır (9,10) Bu maddelerin 5' i kesin, 10'u olası insan karsinojenidir, ayrıca pek çok toksik ajan da içermektedir . Tütün dumanı içindeki karsinojenler Tablo I'de gösterilmiştir (10).

Tablo I : Tütün dumanındaki karsinojen ve toksik ajanlar

Bilinen Karsinojenler	Olası İnsan Karsinojenleri	Toksik Ajanlar
2- Naftilamin 4- Aminobifenil Polonyum 210 Benzen Nikel	Formaldehid Hidrazin Anilin Benzopiren 1,3 Butadien Kadmiyum N- nitrozopirolidin N- nitrozodietilamin N- nitrozodietilamin N nitrozodietilenamin	Karbonmonoksit Akrolein Amonyak Nitrojen oksitler

Tütün dumanı ana akım ve yan akım dumanı olmak üzere ikiye ayrılır. Ana akım dumanı; yanan tütün ürününün içilmesi sırasında oluşan ve ortama salınmadan önce sigara içicisi tarafından inhale edilen dumandır. Yan akım dumanı ise, her bir nefes arasında sigara içilmesi sırasında ve sigara kağıdından ortama yayılan, sigara içicisinin inhale etmediği duman içeriğinin bileşimidir (9,10,11). Çevresel tütün dumanını büyük kısmı yan akım dumanından meydana gelir (9). Ana akım ve yan akım dumanlarının kimyasal içerikleri birbirine benzerdir ancak yanma ortamlarındaki farklılıktan dolayı içeriklerinin miktarı farklıdır. Yan akım dumanı ana akım dumanına göre pek çok karsinogeni ve toksik maddeyi daha fazla içerir. 5 bilinen ve 10 olası insan karsinogeni yan akım dumanında ana akım dumanından daha fazla bulunur (9,10)

B. Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetinin Tanımı ve Değerlendirilmesi

Öncelikle bir madde ile maruziyetin tanımlanması sırasında kullanacağımız bazı terimleri açıklamamız gerekmektedir.

Konsantrasyon; özel bir durumda ve özel bir ortamda bulaşan maddenin miktarıdır.

Maruziyet; insan vücudunun hassas olduğu yüzeyler ile kirlетici maddenin temasıdır. Çevresel tütün dumanı maruziyeti için bunun anlamı; gözler, burun mukozası, ağız, boğaz, hava yolları ve alveollerin temasıdır.

Doz; vücut sınırlarını geçen kirlетicinin miktarıdır; konsantrasyon, maruziyet süresi ve kişisel fizyolojik durumlarla örneğin solunum şekli ile değişiklik gösterir. Eğer kirlетici madde absorbe edilirse absorbe edilen miktar dozu belirler; toksik etkilerini oluşturduğu hedef organa ulaşırsa bu da **biyolojik etkin dozu** belirler.

Çevresel tütün dumanı maruziyeti kişinin başkalarının içtiği tütünün yanma ürünlerine maruz kalması ya da sigaranın içilmesi sırasında atmosfere salınan yan akım ve içici tarafından salınan ana akım dumanına maruz kalınması olarak tanımlanır ve 'pasif içicilik' ya da 'istemsiz içicilik' olarak da ifade edilmektedir. Ayrıca fetüsün tütünün yanma ürünlerine ya da bunların

yıkım ürünlerine annenin aktif ya da pasif olarak sigara içmesi sonucu maruz kalması da çevresel tütün dumanı maruziyeti tanımı içinde yer alır (10-12). Maruziyetin niceliğinin değerlendirilmesi özel bir ortamda kirleticinin konsantrasyonuna ve maruziyet süresine bağlıdır (10). Kapalı alanlarda duman birikir ve konsantrasyon sigara içicisinin sayısına, içme tipine, odanın durumuna özellikle de havalandırma sistemine göre değişir (11). Çevresel tütün dumanı maruziyetinin değerlendirilmesinde temel amaç, değişik zamanlarda kişilerin ev, işyeri ve topluma açık alanlar gibi yerlerde çevresel tütün dumanına olan maruziyetlerinin yoğunluğunu saptamaktır (10). Çevresel tütün dumanı maruziyetinin değerlendirilmesi için çeşitli metodlar vardır. Genel olarak ilgili organlarda örneğin akciğerlerde çevresel tütün dumanının zararlı etkilerinin ölçülmesinde direkt bir yöntem yoktur, araştırmalarda indirekt yollar kullanılır. Yapılan çalışmalarda kişisel bilgilerin toplanması, çeşitli biyolojik belirteçlerin kullanılması, anketler ve ortam havasının monitörize edilmesi gibi yöntemler kullanılır (10,12).

Çevresel tütün dumanı maruziyetinin değerlendirildiği çalışmalarda kontrol edilmesi gereken pek çok risk faktörünün olması nedeni ile yaşam boyu olan maruziyeti ölçmek zordur (13). Geçmişe dayalı anamnezler ile elde edilen veriler tüm eksikliklerine rağmen epidemiyolojik çalışmalar ve klinik uygulamalarda infant ve çocuklarda olan çevresel tütün dumanı maruziyeti hakkında bilgi edinmek için mevcut olan tek kaynaktır (12).

C. Çevresel Tütün Dumanı Maruziyetinin Sağlık Üzerine Olan Etkileri:

Çevresel tütün dumanı maruziyeti halk sağlığı için önemli bir sorundur. Sadece bir iritan değil aynı zamanda toksik bir kirletici olarak da kabul edilmektedir (14). Her yıl 5 milyon kişi tütün kullanımı ve tütün dumanı maruziyetine bağlı olarak erken yaşta ölmektedir (15). Amerika'da sigara içimi önlenabilir mortalite ve morbidite nedenleri arasında 3. sırada yer alır. Çevresel tütün dumanı maruziyetinin önlenabilir ölümlerin üçte birine neden olduğu tahmin edilmektedir (16,17). Amerika'da her yıl sigara içmeyen 53000 kişi pasif sigara içimine bağlı olarak ölmektedir (18)

Pek çok çalışma çeşitli hastalıklar ile çevresel tütün dumanı maruziyeti arasında güçlü ve tutarlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (17). Çalışmalar

daha çok ebeveynlerinin sigara içiminden etkilenmiş çocuklar üzerinde yapılmıştır (19).

1962 ve 1964 yıllarında sigara içimi ile akciğer kanseri arasındaki nedensel ilişki raporlanmıştır. 1964 yılında US (US, United States) genel cerrahları sigara içiminin akciğer kanseri ve diğer pekçok hastalığa yol açtığını rapor etmişlerdir. Bu bildiriden sonra tütün kullanımı, bağımlılığı ve tütün ile ilişkili hastalıklar ile ilgili elde edilen bilgiler artmış ve halk sağlığı ile ilgili önemli gelişmeler olmuştur (15). 1964 yılında 'US General Surgeon' raporunda ilk kez belirtildiğinden beri tütün dumanının sağlık üzerine olan olumsuz etkileri ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (20). Sonraki 25 yıl içinde sigaranın tüm organ sistemlerini etkilediğine ilişkin geniş araştırmalar yapılmıştır (21). 1986 yılında International Agency for Research on Cancer (IARC) raporunda tütün kullanımının sadece akciğer kanseri değil baş-boyun, mesane ve pankreas gibi pekçok sisteme ait kanser gelişiminde etkili olduğu belirtilmiştir. Bunlardan başka myeloid lösemi, mide, böbrek, karaciğer, serviks mesane ve oral kavite tümörlerine de yol açtığı belirtilmiştir (15,20).

Çevresel tütün dumanı maruziyeti ile ilgili çalışmalar da bunlara paralel olarak sürdürülmüştür. Çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine olan etkileri ile ilgili 1970'li yıllardan beri çok sayıda kanıt toplanmıştır (10). 1980'li yılların başlarına kadar çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine olumsuz etkileri ile ilişkili kaygılar büyümüştür. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda en önemli güçlük, çevresel tütün dumanı maruziyeti sağlığa etkisini değerlendirmede maruziyet varlığının belirlenmesi olmuştur. 1982 yılında pasif sigara içimi ve akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi belirten ilk 3 epidemiyolojik çalışma yayınlanmıştır. Her 3 çalışmada da eşleri sigara içen kadınlarda artan akciğer kanseri riski gösterilmiştir. 1986 yılında yayınlanmış benzer 13 çalışmanın 11'inde pasif sigara içimi ile akciğer kanseri arasında pozitif ilişki saptanmıştır (21).

1990'lı yıllardan önce çevresel tütün dumanı sadece bir iritan olarak biliniyordu ve pek çok kişi sağlık üzerine olumsuz etkilerinden habersizdi (22). 1992 yılında EPA (Environmental Protection Agency) çevresel tütün dumanı maruziyetini Grup A insan karsinojeni olarak ilan etmiştir (9,14,15,19). Sonraki yıllarda çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine olan olumsuz etkileri üzerinde odaklanılmıştır (11).

1986 yılında yayınlanan ' The Health Consequences of Involuntary Smoking' raporunda pasif sigara içimi ve malign olmayan hastalıklar değerlendirilmiştir. Raporda çevresel tütün dumanı maruziyeti olan ancak solunumsal semptomu olmayan sağlıklılarda, solunum fonksiyon testinde (SFT) küçük değişiklikler olabileceği belirtilmekle beraber sadece çevresel tütün dumanı maruziyetine bağlı klinik olarak anlamlı SFT bozukluğu belirtilmemiştir. Yine 1992 yılında yayınlanan 'US Environmental Protection Agency (EPA) raporunda pasif içicilik ve respiratuar semptomlar değerlendirildiğinde; semptom sıklığının artabileceği ve SFT 'de küçük kısıtlamalar olabileceği belirtilmiştir.

Çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine olan etkilerinin ortaya çıkması için gereken süre farklılık gösterir. Bu etkiler, ani geçici duyarlılık ve iritan etkilerin olduğu kısa süreli fizyolojik değişikliklerden ciddi uzun süreli hastalıklara kadar farklılık gösterir. Örneğin çevresel tütün dumanı maruziyeti astımda alevlenmelere ya da 10-20 yıl sonra akciğer kanseri gelişmesine yol açabilir. Maruziyet-zaman ilişkisine bakıldığında ortaya çıkan sonuçlar birbirinden farklıdır. Örneğin, solunumsal yakınmalar tekrarlayan yüksek doz maruziyet ile ilişkili iken akciğer kanseri uzun süreli kümülatif maruziyet sonucunda gelişir (10). EPA raporuna göre her yıl çevresel tütün dumanına bağlı 3000 akciğer kanserli olgu hayatını kaybetmektedir (9).

Çevresel tütün dumanı maruziyetinin göz, boğaz, burunda irritasyon, öksürük, balgam, göğüsde sıkıntı hissi gibi genel yakınmalardan akciğer kanseri, koroner arter hastalığı gibi ciddi hastalıklara kadar değişen sonuçları vardır (9,11).

En yaygın görülen etki doku irritasyonudur, özellikle göz, burun, boğaz ve solunum yollarında olur; en dikkate değer iritan akroleindir. Lebowitz ve ark.'nın çalışmasına göre kapalı alanlarda çevresel tütün dumanı arttıkça solunumsal semptom prevalansı özellikle de sosyoekonomik durumu düşük olan ev ortamlarında belirgin olarak artmaktadır. Kronik etkilerine bakıldığında; persistan öksürük, balgam ve hırıltı gibi yakınmaların gelişimi ile ilgili çok az çalışma vardır (11).

Erişkinlerde pasif sigara içiminin etkileri ile ilgili çalışmalar en çok sigara içmeyen ancak sigara içen kişilerle evli olan erişkinler üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmalarda hem akciğer kanseri hem de kalp hastalığı açısından artan riske

ait kanıtlar elde edilmiştir (19). Çevresel tütün dumanı maruziyeti karsinojen olarak sınıflandırılır ve akciğer kanseri ile ilişkilidir (16,23). Duman ile karşılaşmamış erişkinlerle karşılaştırıldığında, sigara içen erkeklerin sigara içmeyen çevresel tütün dumanı maruziyeti olan eşlerinde anjina, miyokard infarktüsü, akciğer kanseri insidansı daha yüksek insidansa bulunmuştur (8). Ondokuz epidemiyolojik çalışmanın değerlendirildiği metaanalizde; çevresel tütün dumanı maruziyeti iskemik kalp hastalıkları için % 23 oranında artan risk ile ilişkili bulunmuştur (21,24).

Ayrıca çevresel tütün dumanı maruziyeti erişkin dönemde başlayan astım riskinde artış ve erişkin astım hastalarında solunumsal semptomlarda ve SFT'de bozulma ile ilişkilidir (13,24). Yapılan 3 çalışmada evde pasif tütün dumanına maruz kalan erişkinlerde hava yolu obstrüksiyonuna ait kanıtlar bulunmuştur (25).

Çocuklarda pasif sigara içiminin kronik solunumsal semptomlar üzerine olan etkisi pek çok çalışmada belirlenmiştir (26). Çevresel tütün dumanı maruziyeti özellikle bebeklik ve çocukluk döneminde önemlidir çünkü akciğerin yapı ve fonksiyonlarını değiştirir (12, 27). Çalışmalar; çevresel tütün dumanı maruziyeti olan çocuklarda yeni astım ve var olan astımın ciddiyetinde artış yaptığı ,solunum yolu ve orta kulak infeksiyonu prevalansı ve ciddiyetinde artış ile üst solunum yolu irritasyonuna ait semptomların artışı arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir. Perinatal ve infant dönemde olan maruziyet ise ani bebek ölümü sendromlarına neden olur (7-9,11,14,16,17,21,22,24). Fetal gelişme geriliği ile ilişkisi de EPA tarafından tanımlanmıştır (21). Solunumsal semptom prevalansında artma ve akciğer fonksiyonlarında küçük ancak anlamlı azalma, pulmoner gelişme ve büyümede kısıtlanma olduğuna ilişkin veriler oldukça fazladır (11,22). Ayrıca çocukların daha sonraki dönemlerde sigara içicisi olmaları için artan risk ile ilişkilidir (17).

Çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine olan etkileri

Tablo II'de gösterilmiştir (10).

Tablo II: Çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine olan etkileri

	Kısa dönemde oluşan etkiler	Uzun dönemde oluşan etkiler
Kanıtlanmış Olan Etkileri	Göz, burun, boğaz ve alt solunum yollarında irritasyon Astım alevlenmeleri Çocuklarda alt solunum yolu infeksiyonlarında artma	Çocuklarda artan kronik solunumsal yakınmalar Düşük doğum ağırlığı Sigara içmeyen erişkinlerde artan akciğer kanseri riski
Güçlü Kanıtları Olan Etkiler	Çocuklarda üst solunum yolu infeksiyonlarında artma Koroner arter hastalığında anjina riskinde artma	Çocuklarda akciğer gelişiminin kısıtlanması, yeni astım, orta kulak infeksiyonu ve efüzyonu gelişme riskinin artması Erişkinlerde solunumsal yakınma, kardiovasküler hastalık gelişme riskinin artması
Sınırlı Kanıtlar Olan Etkiler	Erişkinlerde akciğer fonksiyonlarında ani azalma, Balgam çıkarma sıklığında artma	Prematürite, ani bebek ölümü, Çocukluk çağı lösemi riskinde artma Erişkinlerde nonrespiratuar kanseri riskinde artma, Akciğer fonksiyonlarında azalma

D. Çevresel tütün dumanı maruziyet ortamları:

Çevresel tütün dumanı maruziyet ortamları olarak ev, işyeri, okul ve halka açık yerlerdir. Çevresel tütün dumanı maruziyetinde ev ortamı çocuklar ve eşlerden sigara içmeyen için en önemli ortamdır (8). Avrupa'da ev ve işyerlerinde pasif tütün dumanı maruziyeti hala yüksek prevalansta görülmektedir. İşyerlerinde ve konutlarda geçirilen zamana göre yapılan değerlendirmelerde, bu alanlar pasif sigara içimi için en önemli çevreler olarak düşünülmektedir. Evde sigara dumanı maruziyeti olmadığını düşünürsek işyeri en önemli ortamdır (28).

Ev içi hava kirliliğinin en önemli nedeni sigara içicilerinin oluşturduğu tütün dumanıdır ve sigara içmeyenler için önemli sorun oluşturur (25). Ev içi tütün dumanı maruziyeti evde yaşayan herkes için sorun oluşturmaktadır (27). Çocuklar için en önemli maruziyet kaynağı evleridir (17). National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) raporuna göre; Amerika' da çocukların (2ay – 11 yaş) % 43'ü en az 1 kişinin sigara içtiği evlerde yaşamaktadır (7,9,22). Ebeveynlerin verdiği bilgilerden elde edilmiş verilerle yapılmış çalışmalarda Amerika'da çocukların % 20-50'sinin en azından bir erişkinin sigara içtiği evlerde yaşadığı belirtilmektedir. Çevresel tütün dumanı maruziyetini saptamak için biyolojik belirteçlerin kullanıldığı çalışmalarda bu oran % 40 olarak bulunmuştur (17) Kanada'da çocukların % 37-39'u düzenli olarak sigara içilen evlerde yaşamaktadır (22). Sigara içen anne babalar hergün onbeş milyon çocuk ve adölesanı tütün dumanına maruz bırakmaktadır (8). Ebeveynlerin içtiği sigaranın dumanına maruz kalınması daha yüksek oranda sigara içimi ile ilişkili bulunmuştur (29).

Sigara içmeyen erişkinler için en önemli maruziyet kaynağı evde sigara içen eşleridir (19). Erişkinlerin %37'si en az 1 sigara içicisi ile beraber yaşamakta yada işyerinde çevresel tütün dumanına maruz kalmaktadır (9). Özellikle anne içimi çocuk ve bebeklerin maruziyetinde çok önemlidir (22). İş yerindeki pasif tütün dumanı maruziyeti evdeki maruziyete göre solunumsal morbidite açısından daha güçlü bir belirleyicidir ve bu sonuç daha önceki çalışmalarla uyumludur. İşyerinde geçirilen süre daha uzundur oluşan çevresel tütün dumanı maruziyeti evden daha fazladır (28).

Ülkemizde küçük yaşlardan itibaren temel eğitim sürecini bile tamamlayamamış milyonlarca genç ağır ve kötü koşullarda çalışmaktadır. Bu gençlerin hemen tamamı çevresel tütün dumanına maruz kalmakta ve erken yaşta aktif olarak sigara içicisi olmaktadır. Ayrıca gençlerin sıklıkla vakit geçirdikleri kafe, kahvehane ve bar gibi ortamlar pasif içiciliğin en yoğun yaşandığı ortamlardır. Ülkemizde yapılan çalışmalar ilkökul çocuklarının 3/4 'ünün çevresel tütün dumanı maruziyeti olduğunu göstermiştir (30).

Barselona'da çeşitli bölgelerde çevresel tütün dumanı maruziyetini belirlemek için alınan ortam havalarının nikotin konsantrasyonları değerlendirildiğinde en yüksek düzeyde restoranlarda, ardından okullarda ve sigara içilen ev ortamında saptanmıştır. Restoranların ortam havasında ölçülen nikotin konsantrasyonu sigara içilen ev ortamından iki kat daha fazla bulunmuştur (6).

Çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerine olumsuz etkilerinin yanı sıra sigara içicileri işyerlerinde sigara içiminin kısıtlanmasının sigarayı bırakmalarına yardımcı olduğunu kabul etmiştir (8).

E. Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri:

Sigara içimi tek başına önlenabilir morbidite ve erken mortalitenin en önemli nedeni olarak sayılmaktadır (5,11). Mortalite, yaşamdan kaybedilen yıllar ve hastane masrafları açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle sigara bırakma tedavileri ulusal sağlık programları içinde önemli bir yer tutar. Sigara bırakma tedavilerinde amaç mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır .

Sigara bırakma tedavisinin dört önemli endikasyonu vardır: (2)

1. Sigara ile ilişkili hastalıkların önlenmesi
2. Sigara ile ilişkili hastalıkların tedavisi
3. Sigara ile ilişkili hastalıkların rehabilitasyonu
- 4, Sigara içmeyenlerin sağlığının korunması

Sigara içiminin tanımlanması DSÖ göre 3 sınıfa ayrılmıştır. Bu üç grupta hergün en az bir adet sigara içen, daha önce günde en az bir adet içmiş ancak şu anda içmeyen ve hiç sigara içmemiş olanlar yer alır (31).

Sigaranın bırakılması tercihen bir yıl ancak en azından 6 ay süre ile sigara ve diğer tütün ürünlerinden yoksun kalmak olarak tanımlanır (32).

21. yüzyıl başlarında DSO'nün hazırladığı rapora göre dünya nüfusunun 1/3'ü, tütün kullanımının hem içiciler hem de çevresel olarak tütünün yanma ürünlerine maruz kalan kişilerin sağlığı üzerine ispatlanmış olumsuz etkileri olmasına rağmen sigara içimine devam etmektedir (18). Ülkemizde yapılan iki farklı çalışmada da sigara içiminin sağlık üzerine olan etkilerinin bilinmesine rağmen sürdürüldüğünü göstermiştir (5, 33). Sigara içiminin sağlık açısından bilinen olumsuz etkilerine rağmen sürdürülmesi nikotine bağlı olarak gelişen bağımlılık ile açıklanabilir (29).

Sigara içimi değişimi yüksek rezistans gösteren, relaps hızı yüksek olan bir davranıştır (34). Tüm tütün ürünlerinin kullanımı kronik bir hastalık gibi relaps ve remisyonlarla seyrederek (5,35). Sigara içimi basit bir davranış değil karmaşık bir fizyolojik bağımlılıktır. Sigara içindeki bileşenlerden bağımlılık gelişimine en fazla katkısı olan nikotindir (36). Nikotin sigara içindeki en önemli alkaloiddir. Vücutta çeşitli mediatörlerin salınımına neden olarak etki gösterir. Bu mediatörler arasında noradrenalin, asetilkolin, dopamin, 5 hidroksi triptamin, gama aminobütirik asit ve endorfin yer alır (2). Mezolimbik dopaminerjik yol nikotin bağımlılığında önemlidir (37). Nikotin opioid, etanol ve kokaine benzer şekilde dopamin salınımını artırır. İnhal edildikten sonra pulmoner kapiller kana, ardından hızla arteriyel dolaşıma ve beyne ulaşır, öforik duygulanım durumu oluşturur. Nikotin yoksunluğu iyi tanımlanmış bir sendromdur. İrritabilite, uykusuzluk, anksiyete, konsantrasyonda azalma, konfüzyon, açlık hissi, impotans, depresyon gibi bulgulara sahiptir (36). Tüm sigara içicileri nikotin bağımlısı olurlar ve sigara içmedikleri zaman şiddetli istek duyarlar (32).

Nikotin bağımlılığının ciddiyetini saptamak için kullanılan Fagerström nikotin bağımlılık testinde (FNBT) 6 soru sorularak alınan cevaplara göre toplam puan belirlenir. En fazla 10 puan toplanırken 7 ve üzeri puan toplanması belirgin bağımlılığı gösterir (2). FNBT nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde en iyi ölçümü sağlamaktadır. FNBT'e göre nikotin bağımlılığı beş basamakta değerlendirilebilir. 0-2 puan hafif, 3-4 puan düşük, 5 puan orta, 6-7 puan yüksek ve 8-10 puan çok yüksek bağımlılığı gösterir (29). FNBT dışında günde içilen sigara sayısı, markası ve inhalasyonun derinliği de önemlidir (2).

Sigara içicileri sigarayı bırakabilmek için medikal desteğe ihtiyaç duyarlar, kişisel bırakma çabaları genelde başarısızlıkla sonuçlanır. Bu

amaçlarla uygulanan sigara bırakma tedavileri; nikotin replasman tedavisi ve bupropion ile yapılan medikal tedavidir (2). Nikotin bağımlılığı için uygulanacak tedavi şekli ve süresi kişiye özel olmalıdır. Daha önce tek ilaç tedavisi ile başarısız olunmuş ya da yüksek dozlara ihtiyaç duyulmuşsa kombine tedavi planlanmalıdır. Farmakolojik tedavinin yanında telefon ile ya da yüzyüze yapılacak görüşmeler tedavinin yakın izlemi açısından planlanmalıdır (35).

Toplum sağlığının korunmasında önemli yer alan hekimler her görüşmede hastasının sigara içme anamnezini almalı ve sigarayı bırakması konusunda tavsiyelerde bulunmalıdır. Ulusal kanser enstitüsünün önerdiği sigara ile ilgili hasta değerlendirmesine göre; sigara içimi sorulmalı, bırakması önerilmeli, bırakmasına yardımcı olunmalı ve izleme alınmalıdır (36). Sigara bırakma tedavisinin ilk basamağı hastayı sigarayı bırakması konusunda motive etmek, bilgilendirmek ve desteklemektir. Ardından uygun farmakolojik tedavi planlanmalıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 'Ulusal Sağlık Servisi' (US Public Health Service) raporu sigarayı bırakmayı deneyen her içicinin farmakolojik yöntemlerle tedavi edilmesi gerektiğini belirtmektedir (35).

FDA (Food Drug Administration) sigaranın bırakılması için çeşitli farmakolojik tedavileri uygun bulmuştur: Nikotin replasman tedavisi (NRT) ve bupropion. Özellikle NRT sigarayı bırakmak için iyi tanımlanmış bir tedavi yöntemidir (38). Günde ≥ 10 adet sigara içen kişiler NRT yada bupropion kullanmaya özendirilmelidir (39).

NIKOTİN REPLASMAN TEDAVİSİ :

Çok uzun yıllardan beri sigara bırakma tedavisi için birinci basamak olmuştur (40). Nikotin replasman tedavisinin tütüne ait yoksunluk yakınmalarını azaltıcı ve sigara bırakma üzerine olan etkisi iyi tanımlanmıştır (32,38). Ayrıca teorik olarak nüks riskini de azaltır (32).

NRT son 15 yılda yaklaşık 30 milyon kişi üzerinde uygulanmıştır. NRT sigara bırakma tedavisinde etkilidir, sigara içme isteği ve diğer yoksunluk yakınmalarını azaltır (2,39). Sigara içimine göre tam bir replasman oluşturmaz, daha az ve yavaş olarak nikotin sağlar fakat yoksunluk yakınmalarını belirgin olarak azaltır, daha az oranda bağımlılık oluşturur. NRT kontrol grubu ile karşılaştırıldığında sigara bırakma oranını 2 kat arttırmaktadır (36,41). Konu ile ilgili 188 'den fazla çalışma ve çok sayıda metaanaliz yapılmıştır. Uygulama

sonuçlarına bakıldığında olguların % 30-40 'ında başarılıdır Özellikle fiziksel bağımlılığı olan olgular için uygun bir tedavi seçeneğidir. Fiziksel bağımlılığın tanımı günde >15 sigara kullanımı; 0.9 mg'dan fazla nikotin içeren sigaraların tercih edilmesi; derin ve sık inhalasyon yapılması; sabah ilk 30 dakika içinde ilk sigaranın içilmesi; sabah saatlerinde daha fazla sigara içilmesi; sigara içilmesinin yasak olduğu toplu yerlerde sıkıntı yaşanması; kişiyi yatağa bağlayan hastalık durumlarında bile sigara içiminin sürdürülmesidir (2).

NRT için kullanılan preparatlar; transdermal nikotin bantı, nikotin sakızı, nazal sprey, sublingual tablet ve inhalerdir (2,39). Tüm nikotin preparatları sigara bırakma tedavisi için FDA onayı almıştır (35,39).

Nikotin sakızının 2 ve 4 mg olmak üzere iki formu vardır. 4 mg 'lık form ağır bağımlılar için daha uygundur (34,35). Nikotin sakızı ile en sık görülen yan etki bulantı ve hazımsızlıktır (35). Ayrıca oral mukozada inflamasyon, dişetinde hemoraji, cilt reaksiyonu, baş ağrısı, uyku bozuklukları ve çarpıntı da görülebilir (2). Tedavi sırasında % 5-20 hastada nikotin sakızına bağımlılık gelişebilir (32).

Nikotin bantı; kullanımı diğer formlara göre daha rahattır. Saatte 0.5-1.5 mg nikotin salgılayabilirler (2). Nikotin bantı ile en yavaş salınım sağlanır (36). 7, 11, 14, 15, 21 ve 22 mg/ gün doz içeren formları vardır. 42-63 mg/gün gibi yüksek doz ile yapılan tedaviler yoksunluk semptomlarının ve relapsın önlenmesinde güvenli ve etkilidir (2). 8 haftalık tedavi yeterlidir. Yan etkileri; ciltte kızarıklık, alerjik reaksiyon, kontakt ekzema, kaşıntı ve ödem gibi lokal cilt reaksiyonları, anormal rüyalar, uykusuzluk, dengesizlik, baş ağrısı, bulantı, konfüzyon, göğüs ağrısı, taşikardidir (2,35,41). Cilt reaksiyonlarının tedavilerinde antihistaminikler yada topikal kortikosteroidler kullanılabilir (35).

Nazal sprey; NRT seçenekleri içinde nikotin en hızlı serbest kaldığı formdur (2,41). Nazal sprey ile yapılan 3 çalışmada başarı oranı % 27'dir (32). Yan etkileri; baş ağrısı, rinit, burun kanaması, lakrimasyondur (2,41).

Nikotin inhaler; oral mukozaya sıkılarak kullanılır ve buradan absorbe olur. Sigara içme davranışını taklit ettiği düşünülür (35). Başarı oranı % 15-28'dir (32). En sık yan etkisi ağız ve boğaz irritasyonu ile öksürüktür (35).

Nikotin sublingual tablet 2 mg nikotin içerir. Sigara bırakılması için etkili ve güvenilir bir seçenektir. Tedavi uyumu oldukça yüksektir. Sakız çiğnemekte güçlük çeken ve diğer formlara göre tableti tercih eden hastalara önerilebilecek etkili bir metottur. Yavaş olarak dağılır ve çözünürlüğü yaklaşık 25 dakika

kadar sürer. Nikotin absorpsiyonunun büyük bir kısmı ağız içinde olur. Oral mukoza üzerine olan etkileri değerlendirildiğinde iyi tolere edildiği görülmüştür. En sık görülen yan etkiler; hıçkırık, dispepsi, ağız kuruluğu ile ağız ve boğazda irritasyondur (38).

NRT güvenilir bir tedavi şeklidir ve tüm sigara içicilerine önerilmelidir, daha önce sigarayı bırakmayı denemiş olsa bile sigara içicilerine yardımcı olur. Seçilecek ürünün şekli uygulanabilirliğine ve kişinin seçimine göre yapılmalıdır. Nikotin sakızı, transdermal nikotin bantı, nazal sprey ve inhalelerin başarı oranları birbirine benzerdir. Değişik formların ortalama etkinlikleri arasında anlamlı farklılık yoktur, birini diğerine göre üstün olarak öneren kontrollü bir çalışma yoktur (39,41).

Bant ve nazal sprey formu gibi farklı NRT formlarının kombine edilmesi tek başına tedaviden daha etkili ve aynı zamanda da güvenilir bulunmuştur. (B sınıfı kanıt; randomize çalışmalardan elde edilmiş bazı kanıtlar vardır ancak bunlar daha fazla açıklamaya ihtiyaç gösterir.) (39). Buna karşılık olarak yapılan 3 farklı çalışmada kombine NRT tek ajanla yapılan tedaviye göre daha başarılı bulunmamıştır. Ayrıca 16 ve 24 saatlik bant tedavileri ve 8 hafta ya da daha uzun süreli tedavilerin başarı oranları arasında farklılık yoktur (32). Ağır bağımlılığı olan kişilerde sadece nikotin sakızı ya da transdermal nikotin bantı ile yapılan tedavileri kapsayan çalışmalarda bu tedavilerin yetersiz kaldığı görülmektedir. İçilen sigara sayısı > 35 ve FNBT > 7 olduğunda ağır bağımlılıktan sözedilir bu durumda kombine tedaviler tek preparat ile yapılan tedavilere göre daha faydalıdır. Tedavi süresi açısından bakıldığında 8 haftalık nikotin replasman tedavisi daha uzun süreli tedaviler kadar başarılı bulunmuştur. Tedavinin aniden kesilmesi yavaş yavaş kesilmesi kadar etkilidir (2).

NRT için ilk iki hafta en önemli dönemdir. Hasta tedavisinin ikinci haftasında mutlaka tekrar değerlendirilmelidir (35).

NRT'nin maliyeti yaklaşık olarak bir haftalık sigara maliyeti kadardır, bu nedenle sigara içicilerine bu tedaviyi karşılayacak kadar paraları olduğu anlatılmalıdır (41).

NRT'nin kontrendike olduğu durumlar; yeni geçirilmiş myokard enfarktüsü, aritmi, unstable anjina pectoris, psöriasis, kronik dermatitis ve ürtiker gibi kronik yaygın cilt hastalıklarıdır. NRT'nin rölatif olarak kontrendike olduğu durumlar;

stable anjina pectoris, ciddi hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, vazospazm, ciddi kalp yetmezliği, hipertiroidi, insüline bağımlı diabetes mellitus, gastrointestinal ülser, cilt ülserasyonudur. Bunların dışında oral, laringeal ya da özefageal alanlardaki inflamasyon, karaciğer ve böbrek hastalıkları ile fruktoz intoleransı nikotin sakızı için; burun kanaması ve kronik nazal hastalık da nazal sprey için kontrendikasyon oluşturur (2).

Kardiovasküler sistem hastalığı olanlar için NRT güvenli bulunmuş ve önemli bir yan etki oluşturmamıştır. Ancak hastayı izleyen hekimden hastalığın kontrol altında olduğuna ilişkin fikir alınmalıdır (B sınıfı kanıt). Gebelikte kullanımının fetus için ne kadar risk oluşturacağı bilinmemektedir fakat sigara içilmesinden kesinlikle daha güvenilirdir (C sınıfı kanıt: Randomize kontrollü çalışma yoktur ancak önerilmeyi hak edecek kadar önemli noktalar içerir). NRT adölesanların sigarayı bırakmaları için faydalı olabilir ancak bunu önermek için yeterli kanıt yoktur (C sınıfı kanıt) (39).

BUPROPION:

Bupropion sigara içme isteği üzerine azaltıcı etkisi olan bir antidepressandır. Sigara bırakma tedavisinde etkili olduğu göstermiş ve tütün bağımlılığı tedavisi için FDA onayı almıştır (35,40,42). Plasebo ile karşılaştırıldığında tedavinin birinci yılı sonunda yüksek bırakma oranına sahiptir (42). En yaygın kullanılan NRT dışı tedavidir, güvenli ve iyi tolere edilen bir tedavi yöntemidir (40). Sigara bırakma üzerine etkisi antidepressan etkisinden bağımsızdır (39,40). Sigara bırakma üzerine olan etkilerini değerlendiren 2 çalışma yayınlanmıştır (2). 2 geniş randomize prospektif klinik çalışmada sigara içme isteği üzerinde belirgin azaltıcı etkisi görülmüş ve sigara bırakma tedavisi için onay almıştır (36). Metaanaliz sonuçlarına göre yoksunluk yakınmalarının şiddetini azalttığına dair kanıtlar vardır (39).

Merkezi sinir sisteminde dopaminerjik yol üzerinden etki eden bir antidepressan olarak Amerika'da 10 yıldır kullanılan bu ilacın sigara bırakma üzerine etkisi tam olarak bilinmemektedir (2,36,40). Noradrenalin, dopamin ve 5 hidroksi triptaminin düşük aktiviteli geri Emilimi inhibe eder (2,40). NRT gibi sigara bırakma oranını 2 kat artırır. Yavaş salınımlı 150 mg'lık tabletleri vardır (40). Tedavi dozu ilk 3 gün 150 mg/gün, daha sonra 300 mg/gündür. Tedavi süresi genelde 6-12 haftadır, ancak daha uzun süre güvenle kullanılabilir (35).

En yaygın yan etkisi; ağız kuruluğu , uykusuzluk, uyku bölünmeleri ciltte kızarıklık ve kaşıntıdır (2,40). Diğer antidepresanlarda olduğu gibi konvülsiyon riski 1/1000 ve alerjik reaksiyon riski 1/1000-10000'dir (39). Epilepsi öyküsü, nöbet geçirmeyi kolaştıracak alkol kullanımı, bilinç kaybının olduğu kafa travması, hipoglisemik ajan yada insülin ile tedavi edilen diabetes mellitus öyküsü, nöbet eşiğini düşürecek ilaçlar ile tedavi kullanımı durumunda, ciddi bipolar bozukluklarda, bulimia ve anoreksia nevroza gibi yeme bozuklukları durumunda, hepatik nekrozda, nöbet geçirme öyküsü, kullanılmamalıdır (2,35,40).

NRT ile karşılaştırıldığında daha etkili olduğu kesin değildir, sadece tek bir çalışmada bir yıldan daha uzun süre ile bırakma oranı bant tedavisine göre daha fazla bulunmuştur (39). 6 ve 12 aylık izlem sonrası transdermal nikotin bantı, bupropion ve iki ajanın kombine kullanımı ile plasebo karşılaştırıldığında en iyi sonuç kombine tedavi ile elde edilmiştir (2,36).

Sigara içmeyi bırakanların yapılan takiplerinde % 75'inin 1 yıl içinde tekrar sigara içmeye başlayacağı tahmin edilmektedir. Örneğin sigarayı bırakmaya çalışan 17 milyon Amerikalının ancak % 14'ü onikinci ay sonunda hala sigara içmemektedir (34).

DIĞER TEDAVİ YÖNTEMLERİ:

Nikotin bağımlılığının tedavisinde bupropion ve NRT dışında çeşitli farmakolojik ajanlar da kullanılmaktadır. Klonidin, mekamilamin, lobelin, buspiron ile çeşitli antidepresan ve tranklizanlar bu grupta sayılabilir. Bu ilaçların sigarayı bırakma tedavilerinde kullanımları ile ilgili sonuçlar çelişkilidir

İlaç dışı tedavi yöntemleri olarak kullanılan hipnoz ve akupunktur tedavileri etkisizdir (2).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tipi: Olgu kontrol , nedensel

Araştırmaya başlama tarihi: Aralık 2003

Araştırma yeri: Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği

Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde çalışan Sigara Bırakma Polikliniği 31.05.02 tarihinden itibaren hizmet vermektedir. Sigarayı bırakmak üzere polikliniğe başvuran tüm hastalar sigaranın sağlık üzerine etkileri, dünyada sigara tüketimi, sigara sektörü ve sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri ile ilgili çeşitli bilgilerin sunulduğu bir eğitim seminerine katılmaktadır. Seminerdeki bu sunumdan önce hastalara özgeçmişleri, sigara içme özellikleri, demografik özellikleri, sigara bırakma ile ilgili düşüncelerini öğrenmeye yönelik hazırlanan bir form doldurtulmaktadır. Eğitim seminerinden sonra poliklinikte değerlendirilen olguların rutin biyokimyasal ve hematolojik tetkikleri, solunum fonksiyon testi, akciğer grafisi, elektrokardiografi, idrarda kotinin düzeyi incelenmekte, anksiyete ve depresyon testi ile FNBT'i uygulanmaktadır. Olgulara ait kimlik bilgileri, demografik özellikleri, fizik bakı bulguları, özgeçmişlerine ait özellikleri, istenen laboratuvar tetkiklerinin sonuçları ve uygulanan anksiyete ve depresyon testi ile FNBT'i sonuçları, önerilen tedavi yöntemi, 10'ununcu gün, 1-2-3-6 ve 12'inci aydaki izlemlerine ait verileri SPSS 10.0 istatistik programına kayıt edilmektedir.

Yaptığımız çalışmaya Aralık 2003 tarihine kadar sigara bırakma polikliğinde en az 6 ay süre ile takip edilen hastalar alındı. 31.05.02 – 31.06.03 tarihleri arasında sigarayı bırakmak için eğitim seminerine katılan, ardından polikliniğe başvuran kayıtlı çalışmaya uygun bulunan 338 kişi alındı, 230'una (%68.0) telefonla ulaşılarak hazırlanan anket uygulandı. Adres ve telefon değişiklikleri, şehir ve yurt dışında olma, ölüm ve görüşmeyi reddetmeleri nedeni ile tüm gruba anket uygulanamadı. Sigarayı bırakanlar olgu ve bırakmayanlar kontrol grubuna alındı.

Araştırmadaki değişkenler:

Bağımlı değişken: Sigarayı bırakamama

Bağımsız değişken: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, günlük içilen sigara sayısı, paket-yıl değeri, var olan sistemik ve pulmoner hastalıklar, FNDBT, anksiyete ve depresyon skoru, sigara içmeye başlamadan önceki

çevresel tütün dumanı maruziyeti, ev maruziyeti, evde sigara içen kişi sayısı, anne ve babanın sigara içimi, tedavi süresi ve yeterli süre tedavi uygulanmasının etkisi olarak belirlenmiştir.

Veri toplama: Sigara içmeye başlamadan önceki çevresel tütün dumanı maruziyetini, poliklinikte önerilen tedavi ve bu tedaviye uyumu, anket yapıldığı sıradaki sigara içme durumunu saptamak amacı ile yönelik 16 sorudan oluşan bir anket hazırlandı. Anket ilk değerlendirmesinin yapılması için çalışma grubunun dışında kalan rastgele seçilen 15 kişiye uygulandı. Ön deneme çalışmasından sonra son şekli verildi ve çalışmaya alınan hastalara sigara polikliniğinde kayıtlı olan verilerinden elde edilen ev, işyeri yada mobil telefonları ile ulaşılarak yapıldı.

Yapılan anket ile hastaların sigara içmeye başlamadan önceki çevresel pasif tütün dumanı maruziyeti anamnezi, maruziyet yerleri, süreleri, ev içi ve ev dışı maruziyet kaynağı olan kişi/kişiler sorgulandı. Sigara bırakma polikliniğinde önerilen tedavi yöntemleri, tedaviyi kullanıp kullanmadıkları, kullanan olgularda tedavi süresi soruldu. Sigara içme anamnezi ile ilgili olarak ilk sigara içme yaşı, günde en az bir tane bile olsa düzenli her gün sigara içmeye başlama yaşı, kaç yıl ve günde kaç adet sigara içtikleri soruldu. Önerilen tedavi sonrası en az 6 ay süre ile sigara içmeyen olgular sigarayı bırakmış kabul edildi. Sigarayı bırakmış olarak değerlendirilen katılımcılara tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıkları, başladılarsa ne kadar süredir tekrar sigara içtikleri ve buna neden olan sebepler soruldu. Tüm hastaların ilk başvuru anında yapılan FNBT'i, anksiyete ve depresyon skorlaması testi sonuçları verilere eklendi (FNBT Ek-1, anksiyete skoru Ek-2, depresyon skoru Ek-3'de sunulmuştur). Ayrıca genel demografik özellikleri ile var olan sistemik ve pulmoner hastalıkları sigara polikliniğinde var olan kayıtlardan elde edilerek verilere eklendi. (Katılımcılara uygulanan anket Ek-4 'de sunulmuştur).

En az 1 hafta süre ile önerilen tedaviyi kullanan olgular tedaviyi kullanmış kabul edildi. Yeterli sürede tedavi kullanımının tanımlanmasında ise hem nikotin replasman tedavisi hem de bupropion tedavisi için dört hafta sınır kabul edildi. Önerilen tedaviyi en az 4 hafta kullanan hastalar yeterli süre tedavi almış olarak kabul edildi.

Verilerin değerlendirilmesi: Yapılan anketler ile elde edilen veriler Windows için hazırlanan SPSS 10.0 istatistik programına yüklendi ve istatistiksel analizleri yapıldı. Sigarayı bırakan hastalar kontrol, bırakmayan hastalar olgu grubu olarak tanımlandı. Kontrol grubunda 68 ve olgu grubunda 101 kişi bulunmaktadır. Gruplar arası farklılıkları student t testi ile; sigara bırakmaya etkili faktörler Ki kare(χ^2) analizi ile değerlendirildi. Sigarayı bırakmaya etkili faktörlere ait risk katsayıları (OR) % 95 güvenirlik aralığında hesaplandı.



BULGULAR:

230 kişilik çalışma grubunun 127'si kadın ve 103'ü erkekti ve yaş ortalaması 47.06 ± 12.1 (19-83) idi. Tablo 1'de cinsiyet özellikleri, medeni durumları ve eşlik eden sistemik ve pulmoner hastalıkları içeren demografik özellikler belirtilmektedir. Çalışma grubunun %55.2'si kadın ve % 44.8'i erkek olup % 65.7'si evli idi. Ek sistemik hastalıklar çalışma grubunun %31.7'sinde, pulmoner hastalıklar ise % 17.0'ında görüldü. Çalışma grubunun % 81.3'ünün eğitim durumu lise ve üzeri olarak saptandı (Tablo 2).

Tablo 1: Çalışma grubunun demografik özellikleri

Demografik özellik	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	127	55.2
Erkek	103	44.8
Medeni hali		
Evli	151	65.7
Evli olmayan	79	34.3
Ek hastalık varlığı	73	31.7
Pulmoner hastalık varlığı	39	17

Tablo 2: Çalışma grubunun öğrenim durumu

Öğrenim durumu	Sayı	%
Yüksekokul mezunu	112	48.7
Lise mezunu	75	32.6
Ortaokul mezunu	23	10
İlkokul mezunu	18	7.8
Okur yazar	2	0.9
TOPLAM	230	100

Tablo 3 ve 4’de çalışma grubunda bildirilen sistemik ve pulmoner hastalık dağılımları gösterilmektedir. En sık saptanan sistemik hastalıklar hipertansiyon ve diabetes mellitus olup grubun yarısından fazlasında KOAH en sık görülen pulmoner hastalık idi (%59).

Tablo 3: Çalışma grubunun sistemik hastalıklarının dağılımı

Sistemik Hastalıklar (n=73)	Sayı*	%
Hipertansiyon	23	31.5
Diabetes mellitus	15	20.6
Koroner arter hastalığı	14	19.2
Psikiatrik bozukluk	10	13.7
Hiperlipidemi	9	12.3
Malignite	8	11.0
Diğer	15	20.6
Osteoporoz	7	
Aritmi	3	
Kalp kapak hastalığı	3	
Peptik ulcus	11	
OSAS	1	

*Birden fazla sistemik hastalığı olan olgu bulunmaktadır.

Tablo 4: Çalışma grubunun pulmoner hastalıklarının dağılımı

Pulmoner Hastalıklar (n= 39)	Sayı*	%
KOAH	23	59.0
Astım	12	30.7
Bronşiektazi	1	2.5
Diğer	7	18.0
Akciğerde nodül	2	
Geçirilmiş tüberküloz	5	

*Birden fazla pulmoner hastalığı olan olgu bulunmaktadır.

Çalışma grubunda yer alan 230 kişinin 218'inde sigara içmeye başlamadan önce çevresel tütün dumanı maruziyeti vardı (Tablo 5). Çevresel tütün dumanı maruziyeti olan 218 kişinin (% 94.7) maruz kaldığı tütün ürünü sigara idi. Çevresel tütün dumanı maruziyetinin en fazla evde (% 85.7) olduğu ve ev içinde de en fazla babadan (% 77.2) kaynaklandığı saptandı. Ev dışı ortamlarda en fazla pasif tütün dumanı maruziyetinin okulda olduğu saptandı. (Tablo 6)

Tablo 5: Çalışma grubunun genel pasif tütün dumanı maruziyeti durumu

Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti	Sayı	%
Var	218	94.8
Yok	12	5.2
TOPLAM	230	100

Tablo 6: Tütün ürünlerine pasif olarak maruz kalınan ortamlar

Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti Ortamları (n=218)	Sayı*	%
Ev	197	85.7
Okul	120	52.2
İşyeri	63	27.4
Yurt	38	16.5
Kahvehane	34	14.8
Diğer	33	14.3
Arkadaş ortamı	14	
Kafe, restoran	12	
Yolculuk	1	
Ev ziyaretleri	6	

*Birden fazla ortamda tütün dumanı maruziyeti olan olgu bulunmaktadır.

Sigara içmeye başlamadan önce evde çevresel tütün dumanı maruziyeti olan 197 kişi (%85.7) bulunmaktadır. Evdeki çevresel tütün dumanı maruziyeti kaynaklarına bakıldığında babanın en önemli kaynak olduğu görülmektedir (% 77.2). (Tablo 7) Ev maruziyeti olan 197 kişinin evde tütün dumanı maruziyetine neden olan ortalama kişi sayısı 1.7 ± 0.8 (1-5) olarak saptandı.

Tablo 7: Evde Pasif Tütün Dumanı Maruziyeti Kaynakları

Evde Sigara İçen Kişi (n=197)	Sayı*	%
Baba	166	77.2
Anne	52	22.6
Kardeş	51	22.2
Eş	25	10.9
Arkadaş	3	1.3
Diğer**	24	10.4

*Birden fazla maruziyet kaynağı olan olgu bulunmaktadır

**Evde beraber yaşanan 1. derece akrabalar

Çalışma grubunun sigara içme özellikleri olarak tanımlanan; sigara içmeye ilk başlama yaşı, düzenli sigara içmeye başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı, sigara içme süresi (yıl), sigara paket-yıl, nikotin bağımlılık skoruna ait özellikleri tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Çalışma grubunun sigara kullanımı ile ilgili özellikleri

Sigara Kullanım Özellikleri	Ortalama $\pm$ S	(Min-Maks)
Sigara içmeye ilk başlama yaşı (n=230)	18.7 ± 4.7	6-35
Düzenli sigara içmeye başlama yaşı (n=230)	20.0 ± 4.8	10-44
Günlük içilen sigara sayısı (n=225)	23.0 ± 9.8	4-80
Sigara içme süresi (yıl) (n=230)	26.8 ± 12.5	3-68
Sigara paket-yıl (n= 224)	31.6 ± 20.5	1.4-102
Nikotin bağımlılık skoru (n=225)	5.2 ± 2.6	0.0-10

Çalışma grubunun anksiyete skoru ortalaması 6.3 ± 4.6 (0-21) ve depresyon skoru ortalaması $4,3 \pm 3.9$ (0-18) olarak saptandı.

Çalışmaya alınan 230 olgunun 212'sine poliklinikte farmakolojik tedavi önerilmiştir. 18 olguda ise ilaçsız takip planlanmıştır. Eğitim semineri katılımı da sigara bırakmada bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilmiştir. (Tablo 9)

Tablo 9: Sigara bırakma polikliniğinde önerilen tedavi yöntemleri

Önerilen Tedavi Yöntemleri	Sayı	%
Bupropion	95	41.3
Nikotin replasmanı	93	40.4
Kombine	24	10.4
Eğitim	18	7.9
Toplam	230	100

Tedaviyi en az 1 hafta kullanma, tedavi kullanma kriteri olarak alınarak yapılan değerlendirmede; 152 kişi (%71.7) önerilen tedaviyi kullanırken, 60 kişi (%28.3) önerilen tedaviyi kullanmamıştır.

Bupropion tedavisi kullanan 70 kişinin 34'ü (%48.6), NRT kullanan 64 kişinin 23'ü (%35.9), bupropion ve NRT'den oluşan kombine tedaviyi kullanan 18 kişinin 8'i (%44.4) sigara içmeyi bırakmıştır. Eğitim seminerine katılan 18 kişiden birinin verilerindeki eksiklik nedeni ile analize alınmazken kalan 17 kişinin 3'ü (%17.6) sigara içmeyi bırakmıştır. (Tablo 10) Bupropion ve NRT'nden oluşan farmakolojik tedaviyi kullanma süresi ortalama 5.5 ± 5.4 (1-60) haftadır.

Tablo 10: Önerilen tedaviyi kullananlarda tedavi yöntemine göre sigarayı bırakma

Tedavi Yöntemleri	Tedaviyi kullananlar sayı	Bırakma Sayı	Bırakma %
Bupropion	70	34	48.6
Nikotin replasmanı	64	23	35.9
Kombine tedavi	18	8	44.4
Eğitim*	17	3	17.6
TOPLAM	169	68	40.2

*Eğitim alan bir kişi veri eksikliği nedeni ile analiz dışında bırakıldı.

Çalışmamızda 1. yıl sonunda hala sigara içmeyenlerin sayısı 30 'dur (%44.1) ve bunların 8'i (% 26.7) bupropion, 18'i (% 60) NRT görmüştür. Kalan 4 olgunun 2'si eğitim seminerine katılmış, 2'si de kombine tedavi almıştır. (Tablo 11)

Tablo 11: Kontrol grubunun 1. yıl sonu izlem sonuçları

Tedavi yöntemleri	Sayı	%
NRT	18	60.0
Bupropion	8	26.7
Eğitim	2	6.6
Kombine	2	6.6
Toplam	30	44.1

Tedavi ile en az 6 ay süre sigarayı bıraktıktan sonra yeniden sigara içmeye başlama toplam 22 olguda saptanmıştır. Yeniden sigara içmeye başlama nedenlerine bakıldığında stres en sık karşılaşılan durum olarak saptandı (%68.2). (Tablo 12) Sigara içiminin tekrar başlama zamanı ortalama 2.4 ± 1.9 aydır (1-7).

Tablo 12: Tekrar sigara içmeye başlama nedenleri

Tekrar Başlama Nedenleri	Sayı*	%
Stres	15	68.2
Bulunulan ortam	8	36.3
Yoksunluk yakınmaları	1	4.5
Diğer	4	18.0

*Birden fazla neden belirten olgu bulunmaktadır.

Sigarayı bırakmayan olguların (n=101) yaş ortalaması 45.0 ± 12.9 , kontrollerin (n=68) ise 47.4 ± 10.8 bulundu. Olgu ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları arasında fark bulunmadı. (p= 0.208)

Tablo 13'de olgu ve kontrol gruplarının cinsiyetleri, eğitim durumları ve medeni durumları gösterilmiştir. Olgu ve kontrol grupları cinsiyet ve eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında arada anlamlı farklılık saptanmadı. Medeni duruma bakıldığında olgu grubunun % 55.4'ü evli iken kontrol grubunun %73.5'i evli idi. Kontrol grubunda evli olma durumu, olgu grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır. Evli olma sigara bırakamama riskini 0.4 kat azaltmaktadır.

Tablo 13: Olgu ve kontrol gruplarının demografik özellikleri

Demografik Özellikler	OLGU		KONTROL		p	OR	CI
	(n) (101)	%	(n) (68)	%			
Cinsiyet							
Kadın	60	59.4	37	54.4	0.6	0.8	0.4-1.5
Erkek	41	40.6	31	43.1			
Eğitim durumu							
Ortaokul ve altı	18	17.8	8	11.8	0.3	1.6	0.6-3.9
Lise ve üstü	83	82.2	60	88.2			
Medeni durum							
Evli	56	55.4	50	73.5	0.02	0.4	0.2-0.8
Evli olmayan	45	44.6	18	26.5			

Tablo 14'de de görüldüğü gibi olgu ve kontrol grupları arasında sistemik ve pulmoner hastalık varlığı açısından yapılan değerlendirmede anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sistemik ve pulmoner hastalık varlığının sigara bırakmama riskine etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 14: Olgu ve kontrol gruplarının sağlık durumunun sigara bırakma üzerine etkisi

Sağlık Durumu	OLGU		KONTROL		P	OR	CI
	n (95)	%	n (63)	%			
Sistemik hastalık							
Var	28	29.5	26	41.3	0.174	0.5	0.3-1.1
Yok	67	70.5	37	58.7			
Pulmoner hastalık							
Var	17	17.9	8	12.7	0.5	1.4	0.6-3.7
Yok	78	82.1	55	87.3			

Tedavi sonrası yapılan değerlendirmede olgu ve kontrol grupları arasında sigaraya ilk başlama yaşı, düzenli sigara içmeye başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı, toplam paket-yıl, nikotin bağımlılık skoru açısından değerlendirildiğinde aralarında farklılık saptanmamıştır. (Tablo 15)

Tablo 15: Olgu ve kontrol gruplarının sigara kullanım özellikleri

Sigara Kullanım Özellikleri	OLGU		KONTROL		p
	(n)	Ort ± S	n	Ort± S	
İlk başlama yaşı	101	18.7 ± 5.2	68	17.9±3.9	0.278
Düzenli içme yaşı	100	20.0 ± 4.7	68	19.1 ± 3.8	0.220
Günlük içilen sigara sayısı	99	23.7 ±11.0	66	23.0 ± 10.0	0.635
Paket-yıl	98	30.4 ± 22.2	66	33.6±20.6	0.353
Nikotin bağımlılık skoru	100	5.2 ± 2.6	66	5.0 ± 2.5	0.696

Olgu ve kontrol grubunun pasif tütün dumanı maruziyeti sırasıyla % 95 ve %95.6'dır ve arada anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Sigara içmeye başlamadan önce evde sigara içimi, olgu grubunda % 84.2 ve kontrol grubunda % 91.2 olup arada anlamlı farklılık yoktur. Olgu ve kontrol grupları arasında annenin sigara içmesi sırasıyla % 32.7 ve % 25.4'tür ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Annenin sigara içmesi, sigara bırakamama riskini 2.8 kat arttırmaktadır. (Tablo 16)

Tablo 16: Olgu ve kontrol gruplarının pasif tütün dumanı maruziyeti ile ilgili özelliklerinin değerlendirilmesi

Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti	OLGU		KONTROL		P	OR	CI
	n (101)	%	n (68)	%			
Çevresel maruziyet Var Yok	96 5	95 5.0	65 3	95.6 4.4	1.000	0.8	0.2-3.8
Evde sigara içimi Var Yok	85 16	84.2 15.8	62 6	91.2 8.8	0.273	0.5	0.2-1.4
Annenin sigara içimi Var Yok	33 68	32.7 67.3	10 58	25.4 74.6	0.009	2.8	1.2-6.1
Babanın sigara içimi Var Yok	70 31	69.3 30.7	53 15	77.9 22.1	0.289	0.6	0.3-1.3

Olgu ve kontrol gruplarında sigara içmeye başlamadan önce evde sigara içerek çevresel tütün dumanı maruziyetine yol açan kişi sayısı karşılaştırıldığında; olgu grubunda 1.78 ± 0.90 ve kontrol grubunda 1.52 ± 0.64 saptandı ve aradaki farklılık anlamlı bulundu. ($p= 0.044$) (Tablo 17) Olgu grubunda evde sigara içen kişi sayısı kontrol grubuna göre daha fazla idi.

Tedavi kullanım süreleri açısından değerlendirildiğinde olgu grubunda 4.71 ± 6.43 hafta ve kontrol grubunda 6.64 ± 3.14 hafta saptandı ve aradaki farklılık anlamlı bulundu ($p=0.027$) (Tablo 17). Olgu grubu kontrol grubuna göre daha az süre tedavi kullanmıştı.

Olgu ve kontrol gruplarının anksiyete ve depresyon skorlamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 17 : Sigara bırakma üzerine etkili olabilecek bazı özellikler

	OLGU		KONTROL		P
	(n)	Ort ± S	n	Ort± S	
Anksiyete skoru	98	5.9 ±4.6	64	6.5 ±4.5	0.400
Depresyon skoru	98	4.3 ±4.1	64	4.3 ±3.5	0.973
Evde içen kişi sayısı	85	1.78±0.90	62	1.52±0.64	0.044
Tedavi süresi (hafta)	85	4.71±6.43	62	6.64±3.14	0.027

FNBT ile saptanan bağımlılık düzeyleri olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık gösterilmemiştir. (Tablo 18)

Tablo 18 : Olgu ve kontrol gruplarının FNBT sonuçlarının değerlendirilmesi

FNBT (n=165)	OLGU		KONTROL		p
	(n=100)	%	(n=66)	%	
Çok düşük (0-2)	19	19.0	11	16.7	0.774
Düşük (3-4)	22	22.0	20	30.3	
Orta (5)	13	13.0	7	10.6	
Yüksek (6-7)	26	26.0	14	21.2	
Çok yüksek (8-10)	20	20.0	14	21.2	

Anksiyete ve depresyon varlığı açısından da olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 19)

Tablo 19: Olgu ve kontrol gruplarının anksiyete ve depresyon skoru sonuçlarının değerlendirilmesi

Depresyon Anksiyete Skoru (n=162)	Olgu		Kontrol		p
	(n= 98)	%	(n=64)	%	
Depresyon var (≥ 7)	25	59.5	17	40.5	0.881
Depresyon yok (0-6)	73	60.8	47	39.2	
Anksiyete var (≥10)	15	48.4	16	51.6	0.125
Anksiyete yok (0-9)	83	63.4	48	36.6	

Tablo 20’de olgu grubunun % 58.6’sında , kontrol grubunun % 86.2’sinde yeterli sürede tedavi kullanımı saptanmıştır. Tedaviyi yeterli süre kullanmanın sigarayı bırakmama riskini 0.2 kat azalttığı görülmektedir. (OR= 0.2 CI= 0.1-0.5) Tedaviyi ≥4 hafta kullanmak bırakmama riskinin anlamlı olarak azaltmaktadır.

Tablo 20: Yeterli süre tedavi kullanımının bırakmaya etkisi

Yeterli Süre Tedavi Kullanımı (≥ 4 hafta)	OLGU		KONTROL		p	OR	CI
	n (87)	%	n (65)	%			
VAR	51	58.6	56	86.2	0.00	0.2	0.1-0.5
YOK	36	41.4	9	13.8			

TARTIŞMA:

Çevresel tütün maruziyeti ve neden olduğu sağlık sorunları ile ilgili olarak ülkemizde ve dünyada pekçok çalışma yapılmıştır. Amerika'da ve Kanada'da çocukların yaklaşık %40'ı düzenli olarak sigara içilen evlerde en az 1 sigara içicisi ile beraber yaşamaktadır (7,9,22). Erişkinlerin de %37'si en az 1 sigara içicisi ile beraber yaşamakta yada işyerinde çevresel tütün dumanına maruz kalmaktadır (9). Ülkemizde yapılan çalışmalar ilkokul çocuklarının 3/4 'ünün pasif içici olduğunu göstermiştir (30). Tüm çalışma grubu içinde ≤ 18 yaşda evde çevresel tütün dumanı maruziyeti oranı % 87.5'dir ve daha önceki çalışmalarda elde edilen verilerden yüksektir. Bu durum ülkemizde hem şu anda hem de ileriki yıllarda sigara içimine ve çevresel tütün dumanına bağlı olarak gelişebilecek sağlık sorunları için önemli bir göstergedir.

Sigara içmeye başlamadan önce başkalarının içtiği tütün ürünlerinin dumanına maruz kalanlarla maruz kalmayanların tedavi sonrası sigarayı bırakmaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını saptamaya yönelik analiz çevresel tütün dumanı maruziyeti olmayan gruptaki kişi sayısının çok az olması nedeni ile yapılamadı.

Çevresel tütün dumanı maruziyetinde ev ortamı çocuklar ve eşlerden sigara içmeyen için en önemli ortamdır (8,17). Evde sigara içiminin kısıtlanması adölesan dönemde olasılıkla sigara içimini azaltacağı da farklı çalışmalarda gösterilmiştir (8,27,43). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre de çevresel tütün dumanı maruziyeti en fazla evde olmaktadır. İşyerlerinde ve konutlarda geçirilen zamana göre yapılan değerlendirmelerde, bu alanlar pasif sigara içimi için en önemli çevreler olarak düşünülmektedir. Evde dışı sigara dumanı maruziyeti açısından işyeri en önemli ortamdır (28).

Özellikle ebeveynlerin sigara içimi çocukların daha sonraki dönemlerde sigara içicisi olmaları için artan risk ile ilişkili bulunmuştur (17). Ebeveynlerin sigara içmesinin sigara bırakmaya olan etkisi çok az çalışmada araştırılmıştır. Monso ve arkadaşları ebeveynlerin sigara bağımlısı olmasının çocuklarının sigara bırakma başarısına etkisi olmadığını saptamışlardır (44). Çalışmamızda en sık ev içi maruziyet kaynağı baba olmasına rağmen sigara bırakma başarısızlığında babanın sigara içmesinin etkisi saptanmamıştır. Bu durum

durum evde baba ile geçirilen zamanın anne ile geçirilen zamana göre daha kısa olması ile açıklanabilir. Buna karşılık annenin sigara içicisi olması sigara bırakmadaki başarısızlıkla ilişkilidir. Özellikle anne içimi çocuk ve bebeklerin maruziyetinde çok önemlidir (22). Bizim çalışmamızda çalışma grubunun %22.6'sında anne sigara içmekteydi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınlarda sigara içiminin belirgin artış gösterdiğini dikkate alırsak bu konunun önemi daha da açık bir şekilde ortaya çıkacaktır (23). Sonuçta şunu belirtmeliyiz ki; hem ileride sigara içicisi olma riski oluşturması hem de sigara bırakma üzerine olan olumsuz etkileri nedeni ile annelerin daha doğrusu kadınların bu konuda yeterli eğitim alması büyük önem taşımaktadır.

Sigara içmeye başlamadan önce evde çevresel tütün dumanı maruziyetinin varlığı dışında evde sigara içen kişi sayısı da sigara bırakmada etkili değişkenler arasındadır (45). Çalışmamızda yaptığımız analizler sonunda evde sigara içen kişi sayısının artmasının bırakamama riski ile anlamlı ilişkili olduğunu saptadık. Çevresel tütün dumanı maruziyetine ait sorunların önlenmesinde önemli adımlardan biri başta anne olmak üzere evde sigara içiminin önlenmesi gibi görünmektedir.

Sigara bırakma üzerine etkili olduğu düşünülen yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, meslek, eğitim, ev koşulları, var olan pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalıkları, günlük içilen sigara sayısı ve nikotin bağımlılıklarının etkisinin değerlendirildiği pek çok çalışma yayınlanmıştır (42,44,46-48). Sigara bırakmada yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve nikotin bağımlılığı iyi tanımlanmış belirleyicilerdir (44,48).

Bazı çalışmalarda cinsiyet tedavi başarısını etkileyen bir belirleyici olarak tanımlanmıştır (48). Monso ve ark. nın çalışmasında yaş cinsiyet, sigara sayısı sigara bırakmaya etkili bir faktörler olarak tanımlanmışken çalışmamızda yaş ve cinsiyetin bir etkisi saptanmamıştır. Aynı çalışmada eğitim sigara bırakma üzerine etkili bulunmamıştır (44). Fernandez ve ark.'nın yaptığı çalışmaya göre eğitim durumu yüksek olan erkekler % 34,6 ve düşük olan erkekler % 28,1 düzeyinde sigarayı bırakma oranlarına sahipken, kadınlar eğitim durumları arttıkça daha yüksek oranda bırakabilmektedirler (31). Cinsiyet ayrımı yapılmadan eğitim durumunun sigara bırakma üzerine etkisinin değerlendirildiği farklı çalışmalarda yüksek eğitim düzeyi sigara bırakma başarısında etkili bulunmuştur (45,46). Biz çalışmamızda eğitim düzeyi ile sigara bırakma

arasında bir ilişki saptamadık. Şunu belirtmeliyiz ki eğitim düzeyi ile bırakma arasındaki farkı tam değerlendiremediğimizi düşünmekteyiz, çünkü grubumuzun çoğunluğu lise ve üstü düzeyde eğitim almıştı.

Daha önce yayınlanmış çalışmalarda sigara içicilerinin var olan pulmoner ve sistemik hastalıklarının sigara bırakma başarısını anlamlı olarak değiştirdiği belirtilmişken çalışmamızda pulmoner ve sistemik hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (44). Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde Osler ve Prescott yaptığı çalışmada sigara içimine bağlı geliştiği düşünülen hastalıkların varlığı sigara bırakma üzerine etkili bulunmamıştır (46).

Hem kadın hem de erkeklerde sigarayı bırakma yaş ile beraber artmaktadır (31). Çalışmamızda olgu ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları arasında fark saptanmamıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda günlük içilen sigara sayısı nikotin bağımlılığı için artan risk ile en yüksek korelasyonu gösterdiği belirtilmiştir. Daha çok, daha uzun süredir ve daha erken yaşlardan itibaren sigara içme anlamlı olarak daha yüksek FNBT sonuçları ile ilişkili bulunmuştur (29,44) . Aksi bir şekilde nikotin bağımlılığını yansıttığı düşünülen günlük içilen sigara sayısının tedavi başarısı üzerine zayıf ve tutarsız etki gösterdiğini belirten çalışmalarda vardır günlük içilen sigara sayısı, FNBT ve paket-yıl değeri beklenilenin dışında tutarsız bir şekilde bırakma başarısı ile korelasyon göstermektedir (48). Gorecka ve ark.'nın yaptığı çalışmada düşük FNBT'yi bizim çalışmamızla uyumsuz biçimde sigara bırakmada başarılı sonuç ile ilişkili saptanmıştır (42). Ayrıca kişilerin sigara içme özellikleri içinde belirtilen sigara içmeye başlama yaşı ve paket-yıl değeri de sigara bırakmada anlamlı değişkenler arasında tanımlanmıştır (47). Çalışmamızda ise sigara içmeye ilk başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı, paket-yıl değeri ve FNBT'nin bırakmaya etkisi saptanmamıştır

Sigara bırakma tedavileri için bağımlılık derecesi bırakmayı etkileyen en önemli faktör olduğunu belirten çalışmaların yanısıra West ve ark.'nın yaptığı çalışmada olduğu gibi farklı araştırmalar tersi yönde sonuçlarda bildirmekte, tüketilen sigara sayısının en önemli faktör olmadığı belirtilmektedir. Olgu ve kontrol gruplarımız arasında FNBT ve günlük içilen sigara sayısında farklılık olmaması ikinci çalışmayı destekler niteliktedir .

Evli olmanın sigara bırakma üzerine etkili olduğu Chandola ve ark'nın yaptığı çalışmada belirtilmiştir. Olgu ve kontrol gruplarımızın medeni durumları karşılaştırıldığında bizde çalışmamızda evli olmayı sigarayı bırakamama riskini azaltan bir etken olarak tanımlamaktayız (45).

Osler ve Prescott , başarılı sigara bırakma ile ilişkili faktörler olarak, yüksek sosyal durum, önceden düşük düzeyde sigara içimi ve sigara bırakma için başlangıç motivasyonu ve ev içinde sigara içmeyen kişi olmasını tanımlamışlardır (46). Çalışmamızda FNBT sonuçları ile belirlenen nikotin bağımlılık düzeylerine göre olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ve literatürle uyumlu bulundu (47).

Bupropion tedavisi NRT ile karşılaştırıldığında daha etkili olduğu kesin değildir, sadece tek bir çalışmada bir yıldan daha uzun süre ile bırakma hızı bant tedavisine göre daha fazla bulunmuştur (39). Çalışmamızda NRT, bupropion ve kombine tedavi ile elde edilen bırakma sonuçları benzerdir ve arada anlamlı farklılık yoktur. Sigara içmeyi bırakanların % 75'inin 1 yıl içinde tekrarlayacağı tahmin edilmektedir. Örneğin sigarayı bırakmaya çalışan 17 milyon Amerikalının ancak % 14'ü onikinci ay sonunda hala sigara içmemektedir (34). Çalışmamızda 1. yıl sonunda hala sigara içmeyenlerin sayısı 30 'dur (%44.1) ve bunların 8'i (% 26.7) bupropion, 18'i (% 60) NRT ile tedavi edilmiştir. Kalan 4 olgunun 2'si eğitim seminerine katılmış, 2'si de kombine tedavi almıştır.

Önerilen tedaviyi en az 1 hafta kullanan olgular ile en az 4 hafta kullanan olgular arasında bırakma oranları arasındaki anlamlı farklılık literatür ile uyumludur. Hem NRT'si hem de bupropion tedavisi için en az 4 haftalık tedavi uygulanmalıdır.

Tedavi sonrası en az 6 ay süre ile sigara içmeyen ve sigarayı bırakmış kabul edilen olguların daha sonra sigara içmeye tekrar başlamalarına yol açan nedenler değerlendirildiğinde en önemli faktör olarak stres görülmektedir. Bu durum bize hastaların tedavileri sırasında nikotin yoksunluğuna bağlı ortaya çıkan semptomları kontrol edebildiğimizi ancak sıkıntılı durumlarla başedebilecekleri davranış biçimleri konusunda yeterli olamadığımızı düşündürdü. Bu nedenle sigara bırakma polikliniklerinin Psikiyatri Anabilimdalı ile ortak çalışması daha uygun olabilir.

Sigara bırakma polikliniğinde tedavi başlanan olgular 10'uncu gün, 1,2,3,6 ve 12'inci ayda yapılan kontrollerde değerlendirilmekte idi. En az altı ay süre ile sigarayı bırakmış kabul edilen olguların tekrar sigara içmeye başlamaları için geçen süre için yapılan değerlendirilmede ortalama 2.5 ay sonra nüks olduğu saptanmıştır. Bu zaman aralığı içinde hasta ile yapılacak ek bir görüşmenin gerekli olduğunu ve olası nüksü önleyebileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda çevresel tütün dumanı maruziyetinin literatürde tanımlanmış pek çok olumsuz etkisi yanında sigara bırakma tedavileri üzerine de olumsuz şekilde etkileri olduğunu söyleyebiliriz.. Ev içi çevresel tütün dumanı maruziyeti bilinenden çok daha büyük öneme sahiptir. Bu nedenle ailelerin bu konuda eğitilmeleri büyük önem taşımaktadır. Sigara bırakma polikliniklerinde önerilen tedavilerin en az dört hafta süre ile kullanılması bırakma oranını arttıracaktır. Farmakolojik tedavi yanında özellikle nüksleri önleme açısından Psikiyatri Anabilim dalından destek alınması faydalı olacaktır.

ÖZET

Sigara içimi bilinen en önemli hastalık ve erken ölüm nedenidir. On yedi milyon kişinin sigara tüketicisi olduğu ülkemizde, her yıl 100 bin kişi sigaraya bağlı gelişen hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Sigara içen kişilerin yol açtığı çevresel tütün dumanı sigara içmeyenlerin sağlığı açısından önemli yan etkiler oluşturur, önlenabilir ölüm nedenleri arasında 3. sırada yer alır.

Çevresel tütün dumanı maruziyetinin sağlık üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler ile ilgili yapılmış pekçok çalışma olmasına rağmen; sigara içmeye başlamadan önce çevresel tütün dumanı maruziyeti olan ve sonrasında sigara içmeye başlayan kişilere uygulanan sigara bırakma tedavilerinin başarısına özgeçmişlerindeki çevresel tütün dumanı maruziyetinin olası etkilerini irdeleyen çalışma sayısı kısıtlıdır.

Çevresel tütün dumanı maruziyeti ile ilgili yaptığımız olgu kontrol tipindeki bu anket çalışmasındaki amacımız; sigara içmeye başlamadan önce çevresel tütün dumanı maruziyeti olan kişilerde sigara bırakma tedavilerine bu geçmiş maruziyetin olası etkilerini saptamak, ayrıca sigara içme özellikleri ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçları üzerine etkilerini belirlemektir. Tedavi ile sigara içmeyi bırakanlar kontrol, bırakamayanlar olgu grubu olarak tanımlanmıştır.

Çalışmaya uygun bulunan ve telefonla ulaşılan 230 kişiye hazırlanan 16 soruluk anket uygulandı.

Çalışmamızın sonucunda; olgu ve kontrol grupları arasında annenin sigara içicisi olması arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Annenin sigara içmesi, sigara bırakamama riskini 2.8 kat arttırmaktadır. Olgu ve kontrol gruplarında sigara içmeye başlamadan önce evde sigara içerek çevresel tütün dumanı maruziyetine yol açan kişi sayısı karşılaştırıldığında; olgu grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık anlamlı saptanmıştır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuçlardan da görüldüğü gibi çevresel tütün dumanı maruziyetinin literatürde tanımlanmış pek çok olumsuz etkisi yanında sigara bırakma tedavileri sonuçlarını da olumsuz şekilde etkilemektedir. Ev içi çevresel tütün dumanı maruziyeti büyük öneme sahiptir.

Bu nedenle ailelerin özellikle de annelerin bu konuda eğitilmeleri büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bilgiler ışığında şunu da söylemeliyiz ki sigara bırakma polikliniklerinde önerilen tedavilerin en az dört hafta süre ile kullanılması bırakma oranını arttıracaktır. Farmakolojik tedavi yanında özellikle n ksleri  nleme açısından Psikiyatri Anabilim dalından destek alınması faydalı olacaktır.



ABSTRACT

Cigarette smoking is known as the most important disease and cause of death. Seventeen million people smoke cigarettes and 100 thousand people die every year in our country, from diseases which are bound to smoking. Environmental exposure to cigarette smoking creates adverse effects on health of non-smoking people, and becomes 3rd among the causes of death

Although there are too many studies about negative effects of environmental exposure to cigarette smoking among health, there are limited number of studies that search for the possible effects of history of environmental exposure to cigarette smoking, on success of cigarette quitting treatments in people who are exposed environmentally to cigarette smoke before they start to smoke themselves.

The aim of this case-control study in which we performed a questionnaire about environmental exposure to cigarette smoking, is to find out the possible effects of such an exposure before starting to smoke, on cigarette quitting therapies, and to find out the effects of smoking properties and demographic properties on the results of this therapy. People who quitted smoking were defined as control group and people who couldn't quit were defined as case group.

A questionnaire with 16 questions is performed in 230 people who were found to be suitable for the study and who were reached with telephones.

The results of this study revealed that, there was significant difference in smoking habit of mothers between case and control groups. Having a smoker mother increases the risk of not quitting cigarettes by 2.8 times. When the number of persons in home causing environmental smoke exposure before people started to smoke, are compared between case and control groups, there was ~~was~~ significant difference.

The results of this study showed that environmental exposure to cigarette smoking also effects negatively the cigarette quitting therapies, besides its too many other negative effects reported in the literature. Environmental exposure to cigarette smoking at home is very important. Therefore education of families, especially mothers about this subject has great importance

Under the light of the data of this study, we should say that continuing the therapy for at least four weeks in cigarette quitting clinics will increase the quitting rates. Besides pharmacological therapy, it would be also necessary to obtain a support from Psychiatry clinics especially in preventing the recurrences.



KAYNAKLAR:

- 1:** Thun M, Glynn TJ. Improving the treatment of tobacco dependence: simple messages and infrastructure to deliver them are needed. BMJ. 2000; 321: 311-312
- 2:** Haustein KO. Pharmacotherapy of nicotine dependence. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics. 2000;38; 273-290
- 3:** Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi; Sigara Bırakma Tedavisi; Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu : 1-18 Editörler; Muzaffer Metintaş, Mecit Süerdem
- 4:** C. Fidaner , S.Y. Eser , D.M. Parkin. Incidence Izmir in 1993-1994: first results from Izmir Cancer Registry European Journal of Cancer 37:2001 83-92
- 5:** Solak ZA, Göksel T, Erdiñç E, Üstün H. Sigara ile ilişkili Ciddi Akciğer Hastalığı Olanların Sigara İçen Yakınlarında Sigara Bırakma Tedavisinin Başarısı Toraks Dergisi, 2002; 3(3): 248-252
- 6:** Jane M, Nebol M, Rojano X, Arlazcoz L. Exposure to environmental tobacco smoke in public places in Barcelona, Spain. Tobacco Control 2002; 11: 83
- 7:** Hovell MF, Zakarian JM, Wahlgren DR, Matt GE. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke: the empirical evidence and directions for future research. Tobacco Control 2000;9:40-47
- 8:** Okah FA, Choi WS, Okuyemi KS, Ahluwalia JS. Effect of Children On Home Smoking Restriction By Innercity Smoking. Pediatrics 2002; 109: 224-229
- 9:** Strang JM. Environmental Tobacco Smoke: An Overview. (Yayınlanmamış kaynak: Arizona State University , Division of Psychology Education)

- 10:** Jaakkola MS, Jaakkola JJK. Assessment of exposure to environmental tobacco smoke: Eur Respir J 1997; 10: 2384-2397
- 11:** Tredaniel J, Boffetta P, Saracci R, Hirsch A. Exposure to environmental tobacco smoke and adult non-neoplastic respiratory diseases: Eur. Respir J.1994,7; 173-185
- 12:** Matt GE, Wahlgren DR, Melbourne FH, Zakarian JM. Measuring environmental tobacco smoke exposure in infants and young children through urine cotinine and memory based parental reports: empirical findings and discussion. Tobacco Control 1999; 8: 282-289
- 13:** Coultas DB. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD. Thorax 1998; 53 : 381-387
- 14:** Hirschhorn N, Bialous SA. Second hand smoke and risk assessment: what was in it for the tobacco industry. Tobacco Control 2001; 10: 375-382
- 15:** Leischow SJ, Djordjevic MV. Smoking reduction and tobacco related cancers: The more things change, the more stay the same. Journal of National Cancer Institute, 2004:96, 86-87
- 16:** Melbourne FH, Joy MZ, Dennis RW, Georg EM. Reported measures of environmental tobacco smoke exposure: trials and tribulations. Tobacco Control 2000; 9:22-28
- 17:** Christine AG, Melbourne FH. Protecting children from environmental tobacco (ETS) exposure: A critical review. Nicotine and Tobacco Research 2003; 5; 289-301
- 18:** Fichtenberg CM, Glantz SA . Effect of smoke free workplaces on smoking behavior: systematic review . BMJ. 2002 27; 325:188-191

- 19:** Jarvis MJ, Feyerabend C, Bryant A, Hedges B, Primatesta P. Passive smoking in the home: plasma cotinine concentrations in non smoker with smoking partners. *Tobacco Control* 2001; 10 :368-374)
- 20:** Howard J. Smoking is an occupational hazard. *Am J Ind Med.* 2004;46: 161-9
- 21:** Davis RM. Passive smoking: history repeats itself. *BMJ* 1997; 315: 961-962
- 22:** Ashley MJ, Ferrence R. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke in homes: issues and strategies. *Tobacco Control* 1998; 7:61-65
- 23:** Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım. Editör: Tuğrul Çavdar. Ankara 1999. *Epidemiyoloji*. Hüseyin Halil Çolar. Sf: 21
- 24:** Iribarren C, Friedman GD, Klatsky AL, Eisner MD. Exposure to environmental tobacco smoke: association with personal characteristics and self reported health conditions. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 721-728
- 25:** George WC, Mary BM, Knud JH. Respiratory effects of household exposure to tobacco smoke and gas cooking. *Am Rev Respir Dis* 1981;124: 143-148
- 26:** Schwartz J, Zeger S. Passive smoking, air pollution and acute respiratory symptoms in a diary study of student nurses: *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 62-67
- 27:** Ferrence R, Ashley MJ. Protecting children from passive smoking. *BMJ* 2000; 321: 310-311

- 28:** Radon K, Büsching K, Heinrich J, Wichmann HE. Passive Smoking Exposure: A risk factor for chronic bronchitis and asthma in adults: Chest 2002; 122: 1086-1090
- 29:** Niu T, Chen C, Ni J, Wang B. Nicotine Dependence and its Familial Aggreation in Chinese. International Journal of Epidemiolgy 2000; 29:248-252
- 30:** Sigara ve Sağlık. Editör: Nihat Özyardımcı. Bursa 2002 . Tevfik Özlü. Gençlik ve Sigara. Sf: 81
- 31:** Fernandez E, Garcia M, Schiaffino A, Borres JM. Smoking Initiation and Cessation by Gender and Educational Level in Catolina, Spain. Preventive medicine 2001; 32 : 218-223
- 32:** I.Campbell. Nicotine replacement therapy in smoking cessation. Thorax: 2003; 58: 464-465
- 33:** Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A, Şen FS. Manisa İlinde Lise Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları Toraks Dergisi, 2000;1:61-66
- 34:** Daniel LJ, Jane CJ, Robin LK, Ross CB. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. Tobacco Control 2001; 10: 267-272
- 35:** Dale LC, Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD. Treatment of Nicotine Dependence. Mayo Clin Proc. 2000; 75: 1311-1316
- 36:** Rennard SI, Daughton DM. Smoking Cessation. Chest 2000; 117: 360-364
- 37:** Lawn SJ, Pols RG, Barber JG. Smoking and Quitting: A qualitative study with community living psychiatric clients. Social Science and Medicine 2002; 54 93-104

- 38:** Elbert DG, Penny NG, Mikael F, Rollyn S. A Comprasion of a nicotine sublingual tablet and placebo for smoking cessation. *Nicotine and Tobacco Research* 2002; 4; 441-450
- 39:** West R, Mcneill A, Raw M. Smoking cessation guideline for health professionals: an update: *Thorax* 2000; 55: 987-999
- 40:** Ellin R. Bupropion and other non nicotine pharmacotherapies. *BMJ*: 2004: 509-511
- 41:** Raw M, Mcneill A, West R. *Thorax* 1998; 53(Suppl 5) 1-18. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals—A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system
- 42:** Dale LC, Glover ED, Sachs DPL, Schoeder DR. Bupropion for smoking cessation : Predictors of successful outcome. *Chest* 2001; 119: 1357-1364
- 43:** Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT. Effects of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ*: 2000: 321: 333-337
- 44:** Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001; 10: 165-169
- 45:** Chandola T, Head J, Bartley M. Socio demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 1999: 770-777
- 46:** Osler M, Prescott E. Psycholosocial, behavioral and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tobacco Control* 1998; 7:262-267

47: Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscinska E. Diagnosis of airway limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003; 123:1916-1923

48: Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS. Predicting smoking cessation : Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994: 271 ; 589-594



(Ek-1: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi)

1. Günde kaç sigara içiyorsunuz?

- ☐ 10 taneden az 0 puan
- ☐ 11-20 1 puan
- ☐ 21-30 2 puan
- ☐ 31 ve daha fazla 3 puan

2. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

İlk 5 dakika içerisinde ☐ 3 puan
puan

31 – 60 dakika içinde ☐ 1

6-30 dakika içerisinde ☐ 2 puan
puan

1 saatten sonra ☐ 0

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

- ☐ Evet 1 puan
- ☐ Hayır 0 puan

4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

- ☐ Sabah içilen ilk sigara 1 puan
- ☐ Diğerleri 0 puan

5. Sigarayı günün ilk saatlerinde , daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

- ☐ Evet 1 puan
- ☐ Hayır 0 puan

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

- ☐ Evet 1 puan
- ☐ Hayır 0 puan

Sonuç puan :

Değerlendirme

- ☐ 0-2 çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
- ☐ 3-4 düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
- ☐ 5 orta düzeyde nikotin bağımlılığı
- ☐ 6-7 yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı
- ☐ 8-10 Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı

Ek-2 : Anksiyete Skoru)

(Son 2 haftadır kendini nasıl hissediyor? Son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıt)

Sorular Anksiyeteyi Ölçer Skor 10 ve üzerinde İse Pozitif Kabul Edilir.

1) Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman 3
- ☐ Birçok zaman 2
- ☐ Zaman zaman ,bazen 1
- ☐ Hiçbir zaman 0

2) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli 3
- ☐ Evet,ama çok da şiddetli değil 2
- ☐ Biraz,ama beni endişelendiriyor 1
- ☐ Hayır hiç öyle değil 0

3) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman 3
- ☐ Birçok zaman 2
- ☐ Zaman zaman , ama çok sık değil 1
- ☐ Yalnızca bazen 0

4) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle 0
- ☐ Genellikle 1
- ☐ Sık değil 2
- ☐ Hiçbir zaman 3

5) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman 0
- ☐ Bazen 1
- ☐ Oldukça sık 2
- ☐ Çok sık 3

6) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla 3
- ☐ Oldukça fazla 2
- ☐ Çok fazla değil 1
- ☐ Hiç değil 0

7) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık 3
- ☐ Oldukça sık 2
- ☐ Çok sık değil 1
- ☐ Hiçbir zaman 0

(Ek-3: Depresyon skoru)

Son 2 haftadır kendini nasıl hissediyor? Son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıt.

(Değerlendirme Ölçeği: Sorular Depresyonu Ölçer Skor 7 ve üzerinde ise Pozitif Kabul Edilir.)

1) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar 0
- ☐ Pek eskisi kadar değil 1
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar 2
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil 3

2) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar 0
- ☐ Şimdi pek o kadar değil 1
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil 2
- ☐ Artık hiç değil 3

3) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman 0
- ☐ Bazen 1
- ☐ Sık değil 2
- ☐ Hiçbir zaman 3

4) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman 3
- ☐ Çok sık 2
- ☐ Bazen 1
- ☐ Hiçbir zaman 0

5) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle 3
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum 2
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum 1
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum 0

6) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar 0
- ☐ Her zamankinden biraz daha az 1
- ☐ Her zamankinden kesinlikle az 2
- ☐ Hemen hemen hiç 3

7) İyi bir kitap,televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla 0
- ☐ Bazen 1
- ☐ Pek sık değil 2
- ☐ Çok seyrek 3

(Ek-4: Anket formu)

AD-SOYAD:
YAŞ:
CİNSİYET:
TEL:
ADRES

TARİH:
ANKET NO:
DOSYA NO:

PASİF SİGARA İÇİMİ DEĞERLENDİRME FORMU

- 1) Sigara içmeye ilk kaç yaşında başladınız ?
- 2) Düzenli olarak (hergün 1 tane bile olsa) sigara içmeye kaç yaşında başladınız ?
- 3) Sigara içmeye başlamadan önce bulunduğunuz ortamlarda sigara, pipo, nargile, puro gibi tütün ürünlerinin dumanıyla karşılaştınız mı ?
1. Evet 2. Hayır (7.soruya geç.)
- 4) Evet ise hangi tütün ürünü dumanıyla karşılaştınız ?
(Birden fazla seçenek fazla seçenek belirtebilirsiniz .)
1.Sigara 2. Pipo 3. Puro 4. Nargile
- 5) Sigara içmeye başlamadan önce tütün dumanı ile nerede karşılaştınız ?
(Birden fazla seçenek belirtebilirsiniz.)
1 Ev 2 İş yeri 3. Kahvehane 4. Okul 5. Yurt 6. Diğer
- 6) Sigara içmeye başlamadan önce tütün dumanı tütün dumanı ile ne kadar süre karşılaştınız ?
1. --- yıl 2. Bilmiyor
- 7) Sigara içmeye başlamadan önce evde sigara, puro, pipo veya nargile gibi tütün ürünlerini kullanan varmıydı ?
1. Evet 2. Hayır (9. soruya geç)
- 8) Evet ise evde kim / kimler bu tütün ürün/ürünlerini kullanıyordu ?
(Birden fazla seçenek belirtebilirsiniz.)
1. Anne 2. Baba 3. Kardeş 4. Bakıcı 5. Eş 6. Arkadaş
7. Diğer ----
- 9) Sigara polikliniğinde hangi tedaviyi gördünüz ?
1. Nikotin bandı 2. Nikotin sakızı 3. Zyban 4. 1+3 5. 1+2+3
6 Diğer ----

- 10) Verilen tedaviyi kullandınız mı?
1. Evet 2. Hayır (anketi bitir.)
- 11) Evet ise verilen tedaviyi ne kadar süre kullandınız ? ---- hafta
- 12) Evet ise tedavi sonrası sigara içmeyi bıraktınız mı ?
1. Evet 2. Hayır (anketi bitir.)
- 13) Evet ise şu anda sigara içiyor musunuz ?
1. Evet 2. Hayır (anketi bitir.)
- 14) Evet ise ne zamandan beri tekrar sigara içiyorsunuz ? ay
- 15) Evet ise günde ne kadar sigara içiyorsunuz?adet / gün
- 16) Evet ise neden tekrar sigara içmeye başladınız?
1.Yoksunluk bulguları (baş ağrısı, sinirlilik, uykusuzluk,iştah artışı)
2. Stres
3. Ortam
4. Diğer

Ek Hastalıklar :

Günlük içilen sigara sayısı:

Anksiyete skoru:

Pulmoner Hastalıklar:

Nikotin bağımlılık skoru:

Depresyon skoru: