



T.C  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNİN BİR YILLIK TAKİP SONUÇLARI:  
SİGARA BIRAKMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Sergen AYGÜNEŞ

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2022



T.C  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNİN BİR YILLIK TAKİP SONUÇLARI:  
SİGARA BIRAKMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Sergen AYGÜNEŞ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Yeşim UNCU

Bursa-2022

## İÇİNDEKİLER

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ .....	iii
ÖZET .....	iv
İNGİLİZCE ÖZET .....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	6
2.1. Tütünün Tarihçesi ve Kullanımı .....	6
2.2. Tütünün Yapısı ve İçeriği .....	9
2.3. Sigaranın Epidemiyolojisi .....	10
2.4. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kontrolü.....	11
2.4.1. Dünya’da Tütün Kontrol Politikaları .....	11
2.4.2. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları .....	12
2.5. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri .....	12
2.5.1. Sigaranın Organ ve Sistemler üzerine Etkileri .....	14
2.5.2. Sigara ve Gebelik .....	18
2.6. Pasif Sigara Maruziyeti.....	19
2.7. Sigara Bırakma Tedavileri .....	20
2.7.1. Sigara Bırakmaya Yaklaşım.....	20
2.7.2. Tedavi Yaklaşımları .....	22
2.7.3. Özel Durumlarda Tedavi Yaklaşımları .....	25
2.8. Sigara Bırakma Sonrası Nüks ve Etkileyen Faktörler .....	27
2.9. Birinci Basamak Hizmetlerinde Sigara Bırakma .....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Özellikleri .....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	29
3.3. Araştırma Grubu.....	30
3.4. Veri Toplama Araçları.....	30
3.4.1. Sosyodemografik Form.....	30
3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) .....	31
3.4.3. Sigara Özellikleri.....	32

3.5. Verilerin Toplanması.....	32
3.6. Verilerin Analizi.....	33
4. BULGULAR .....	34
4.1. Katılımcıların Sigara Bırakma Durumu .....	34
4.2. Katılımcıların Sosyodemografik ve Yaşam Tarzı Özellikleri .....	35
4.3. Katılımcıların Sigara Kullanım Özellikleri.....	40
4.4. Katılımcıların Fizik Muayene Özellikleri .....	47
4.5. Katılımcıların Ölçek Puanları .....	48
4.6. Katılımcıların Sigara Bırakma Durumunu Etkileyen Faktörler.....	49
5. TARTIŞMA .....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	68
7. KAYNAKLAR.....	70
8. EKLER.....	78
EK-1: Araştırma İzni .....	78
EK-2: Anket Formu.....	81
EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları .....	89
9. TEŞEKKÜR.....	91
10. ÖZGEÇMİŞ .....	92

## TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Nükse Neden Olan Faktörler .....	27
<b>Tablo 2:</b> Fagerström Nikotin Bağımlılığı Puanlaması.....	31
<b>Tablo 3:</b> 3. ve 6. Ay Sigara Bırakma Durumu .....	35
<b>Tablo 4:</b> Sosyodemografik Veriler .....	37
<b>Tablo 5:</b> Çay, Kahve Ve Alkol Düzenli İçme Durumu.....	39
<b>Tablo 6:</b> Sigara Kullanım Özellikleri.....	40
<b>Tablo 7:</b> Katılımcıların Daha Önceki Sigara Bırakma Özellikleri .....	42
<b>Tablo 8:</b> Sigara Bırakma İsteme Nedenleri.....	45
<b>Tablo 9:</b> Boy, Kilo, VKİ Verileri .....	48
<b>Tablo 10:</b> Ölçek Skorları .....	49
<b>Tablo 11:</b> Sigara Bırakmada Faydalı Olmuş Etkenler.....	51
<b>Tablo 12:</b> Sigara Bırakmayanlarda Bırakmayı Zorlaştıran Etkenler	53
<b>Şekil 1:</b> Zamanlar Göre Sigara Bırakma Durumu .....	35
<b>Şekil 2:</b> Olumsuz Bırakma Denemesinde Bırakamama Sebepleri ..	44

## ÖZET

Sigara tüm dünyada önlenabilir morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerinden biridir. Sigara bırakma sürecindeki hastalara yardımcı olmak amacıyla birçok yöntem geliştirilmiştir. Çalışmamızda, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastaların bir yıllık takip sonuçları bağlamında sigara bırakma durumları ve sigara bırakmayı etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık.

Çalışma tek merkezli, kesitsel ve telefon ile aranarak uygulanan anket yöntemi ile yürütülmüş olup, 10 Ağustos 2020-9 Ağustos 2021 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne sigara bırakma amacıyla başvuran 18 yaş ve üzeri gönüllüler dahil edilmiştir. Araştırmada sosyodemografik bilgi formu, özgeçmiş ve sigara içme özellikleri detaylı sorgulanarak, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD Ölçeği) kullanılmıştır.

Çalışma grubunun yaşları 19 ile 76 arasında değişmekte olup, 288'i (%63,9) erkek, 163'ü (%36,1) kadın olmak üzere toplam 451 kişiden oluşmaktadır. Çalışmaya katılanlardan üçüncü ay sonunda 209 kişi (%46,3) bırakmışken, 242 kişi (%53,7) bırakamamış; altıncı ay sonunda 160 kişi (%35,5) bırakmışken, 291 kişi (%64,5) bırakamamıştır. Katılımcıların sigara bırakma durumları ile işte çalışması, düzenli fiziksel aktivitesinin (spor) olması, psikiyatrik hastalık tanılı olmak, alkolle birlikte tüketmekten keyif almak, daha önce ki sigara bırakma süresi, yaşadığı evde sigara içenlerin sayısı, farmakoterapi, tedavi süresi, sigara bırakma polikliniğinde kontrol muayeneleri, sigarayı ilk kez deneme yaşı arasında ilişki bulunmuştur. FNBT, HAD anksiyete ve depresyon skorları ile üçüncü ay bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sigara bırakma tedavisinde hastayı bütüncül değerlendirmek, kişiye özel motivasyonel görüşme ve tedavi yöntemi seçmek bırakma

başarısını arttırmak için çok önemlidir.

Sigaraya başlama nedenlerini ve sigarayı en çok niçin tükettiğini detaylandırmak, gelecek nesillerin sigaraya başlamasının önüne geçebilmeye; sigara bırakma nedenleri, bırakmayı düşünmeyenlere farklı bakış açıları sunarak bırakmaya teşvik etmeye; bırakma sürecinde olumlu-olumsuz etkenleri tespit etmek; kişiye yönelik davranışsal destek ve tedavileri vererek bırakma başarısı şansını artırmamızı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara bırakma, motivasyonel görüşme, risk faktörü



## **SUMMARY**

### **One-Year Follow-Up Results Of The Smoking Cessation Polyclinic: Factors Affecting Cigating Smoking**

Smoking is one of the most important causes of preventable morbidity and mortality worldwide. Many methods have been developed to assist patients in the smoking cessation process. In our study, we aimed to investigate the smoking cessation status and the factors affecting smoking cessation in the context of one-year follow-up results of the patients who applied to the Bursa Uludağ University Faculty of Medicine Family Medicine Smoking Cessation Outpatient Clinic.

The study was carried out with a single-center, cross-sectional and telephone survey method, and volunteers aged 18 and over who applied to Bursa Uludağ University Faculty of Medicine Family Medicine Smoking Cessation Polyclinic between August 10 2020 and August 9 2021 were included. Fagerström Nicotine Dependence Test (FNDDT), Hospital Anxiety and Depression Inventory (HAD) Scale was used by questioning sociodemographic information form, background and smoking characteristics in detail.

The age of the study group varies between 19 and 76 and consists of a total of 451 people, 288 (63.9%) men and 163 (36.1%) women. While 209 (46.3%) of the study participants quit at the end of the third month, 242 (53.7%) could not; At the end of the sixth month, while 160 (35.5%) people quit, 291 (64.5%) could not quit. Participants' smoking cessation status, working at work, regular physical activity (sports), being diagnosed with a psychiatric disease, enjoying consuming with alcohol, previous smoking cessation time, number of smokers in the home they live in, pharmacotherapy, treatment period, control examinations in the smoking cessation outpatient clinic There was a correlation between age at first attempt to smoke. A significant correlation was

found between FNBT, HAD anxiety and depression scores and the third month quitting status.

In the treatment of smoking cessation, it is very important to evaluate the patient holistically, to choose a personalized motivational interview and treatment method to increase the success of quitting.

Detailing the reasons for starting smoking and why people consume it the most, to prevent future generations from starting to smoke; reasons for quitting smoking, offering different perspectives to those who do not intend to quit, to encourage them to quit; to identify positive and negative factors in the quitting process; It will enable us to increase the chances of quitting success by providing personalized behavioral support and treatments.

**Keywords:** Smoking cessation, motivational interviewing, risk factor

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara, Dünya Sağlık Örgütü tarafından en önemli önlenbilir sağlık risklerinden biri olarak tanımlanmaktadır (1). Yüzyıllardır devam eden bu salgın sigarayı aktif içen ve sigara dumanına pasif maruz kalanlar hesaba katıldığında, halen morbitide ve mortalite açısından oldukça ciddi sonuçlara yol açmaktadır (1,2). Türkiye’de halen sigara içme düzeyi 2016 yılı verilerine göre her 5 erkekten 2’si, 8 kadından 1’i, genel popülasyonda ise ortalama 4 kişiden 1’i sigara içicisi olarak bildirilmiştir (3).

Son 30 yılda, tütün kullanımı nedeniyle 200 milyondan fazla ölüm meydana geldi ve sigara tütünü kullanımına bağlı yıllık ekonomik maliyetler 1 trilyon ABD Dolarını aştı. 2019’da dünya çapında 1 milyardan fazla mevcut sigara içicisi ile bu sayıların önümüzdeki on yıllarda artması muhtemeldir. Küresel tütün salgınının muazzam sağlık ve ekonomik sonuçları, tütün kontrolünü açık ve acil bir halk sağlığı önceliği haline getiriyor. Tütün kontrol politikalarının ve müdahalelerinin etkin bir şekilde uygulanması hem sağlıklı yaşam beklentisini artırabilir hem de sağlık bakım maliyetlerini azaltabilir (4). Bu durum sigaraya başlamanın önlenmesi ve bırakılmasını sağlamanın çok elzem bir durum olduğunu açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Sigaraya başlama, bırakamama ve bırakma isteği nedenlerini belirlemek koruyucu ve tedavi edici programlar ve politikalar açısından sorgulanması gerekli konulardır.

Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler üzerine farklı sonuçlar bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Motivasyon ve kararlılık, sosyodemografik özellikler, bağımlılık, psikolojik ve çevresel faktörler, komorbiditeler (kanser, kronik kardiyopulmoner hastalık, kronik hastalıklar) öne çıkan faktörlerdir (1). Sigara içicisi olan 10 kişiden 7’si sigarayı bırakmayı düşünmektedir (5).

Sigara bırakılmasında yararı gösterilmiş iki yaklaşım vardır. Bunlar davranış tedavisini içeren motivasyonel görüşme ve farmakoterapidir (nikotin

replasman tedavisi, bupropion ve vareniklin) (6). En iyi sonuçlar ise her iki yaklaşımın birlikte kullanılması ile elde edilmektedir (7).

Tütün ve tütün ürünleri kaynaklı, doğrudan veya pasif maruz kalmadan dolayı hayatını kaybedenler hakkında çok farklı rakamlara erişmekteyiz. Sonuç olarak sigara tüm ölümlerin önemli bir nedenidir. Tütün kullanıcılarının yarısı tütün kaynaklı hastalıklardan ölüyor (8). Dünyada her yıl 7 milyondan fazla, ülkemizde de 100000'den fazla kişi sigara kaynaklı hastalıklar neticesiyle hayatını kaybetmektedir (9). Ayrıca ikinci el sigara dumanı nedeniyle yılda 1,2 milyondan fazla kişinin öldüğü ön görülmektedir (10).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün de ifade ettiği gibi *“Bütün salgın hastalıklarda bir bulaşma yolu vardır ve hastalık ve ölümlerin yayılmasına yol açan bir de aracı vardır. Tütün salgını konusunda bu araç bir virüs, bakteri veya bir başka mikroorganizma değildir –bu araç bir endüstri ve çalışma stratejisidir.”* (1).

Günümüzde tüm dünyada her 10 ölümden birinin sigara kullanımı nedeniyle olduğu bilinmektedir. Tüm dünyada sigara içtiği bilinen yaklaşık 1,3-1,5 milyar insanın üçte birinin yaşadığı 10 ülkeden birisi de Türkiye'dir (11). Bu nedenle ülkemizde sigara bırakma danışmanlığı oldukça önem arz etmektedir. Bu amaçla hizmet veren sigara bırakma polikliniklerinin sayısı ve bu polikliniklere başvuru oranı giderek artmaktadır. Ülkemizde sigara kullananların bırakmalarına destek olmak amacı ile Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında “ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı” kurulmuştur. Bu hattı arayan hastalar en yakın sigara bırakma polikliniğine yönlendirilmektedir (12).

Sigara içmek vücudun hemen hemen her organına zarar verir (13). Başta kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olmak üzere solunum sistemi hastalıklarına, en sık başta akciğer kanseri olmak üzere birçok kanser türüne, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklara neden olmaktadır (14). Sigara, tüm kanser ölümlerinin en az %30'unun, kronik obstrüktif akciğer hastalığından ölümlerin yaklaşık %80'inin ve erken kardiyovasküler hastalık ve ölümlerin birincil risk faktörüdür (15). Sigara içen kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlere göre yaklaşık 20-25 yıl daha kısadır (16). Ayrıca sigara içenlerde kanser nedeniyle ölümler içmeyenlere göre iki kat daha fazladır (17).

Sigarayı bırakmak, sigara ile ilişkili hastalıkları ve ölümleri azaltacak, hasta olanlarda da hastalığın ilerleme hızını yavaşlatıp yaşam süresini artıracaktır (13).

Sigara, başarısız gebeliklerin en önemli önlenebilir risk faktörüdür. Sigara bağımlılığı olan kadınların %50-70'i gebelikte de sigara içmeye devam etmektedirler (18). Bu nedenle prekonsepsiyonel yaklaşımda ve gebelikte sigara bırakma danışmanlığı oldukça önem arz etmektedir.

Halen devam etmekte olan pandemi ile birlikte sigarayı bırakmak daha da önem kazanmıştır. Covid-19 enfeksiyonu, asemptomatik (ancak bulaşıcı) tablodan, şiddetli ve ölümcül seyreden yetişkin solunum sıkıntısı sendromuna kadar uzanan bir spektrumda ortaya çıkmaktadır. İleri yaş, altta yatan kalp ve akciğer hastalığı, obezite ve diyabet dahil olmak üzere çeşitli faktörler daha ciddi hastalık ve ölümle ilişkilendirilmiştir (19). Sigara içmenin bağışıklık sistemini tehlikeye attığını ve bozulmuş bağışıklığın pulmoner enfeksiyon riskinin artmasıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Solunum yolları patojenlere karşı birden fazla savunmaya sahiptir; hava yollarını nemli tutan mukus salgılayan hücreler, patojenlere karşı savaşan makrofajlar, hava yollarını temizleyen mukosilyer sistem ve diğer bağışıklık sistemi elemanları ile muazzam şekilde korunmaktadır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki sigara bu sistemin her bir parçasına zarar vermektedir. Hasar görmüş solunum yollarının enfeksiyona yatkınlığı artmaktadır (20). Bozulmuş bu zemin COVID-19 enfeksiyonu açısından da risk teşkil etmektedir (19). Ayrıca, sigara içme COVID-19'un kötü seyretmesine neden olan KOAH, koroner kalp hastalığı ve tip 2 diyabet gibi kronik hastalıkların sıklığını artırır. Şiddetli COVID-19 enfeksiyonu açısından artan risk, sigaranın neden olduğu kronik hastalıklardan kaynaklanabilir (19). Pandemi döneminde Avustralya da yapılan bir anket çalışmasında sigara ve alkol alımı, daha yüksek depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkili bulunmuştur. Sağlıkta iyilik halinin artışı gerek pandemi de gerek ömür boyu kişinin psikolojik iyiliğini arttıracaktır. Pandemi stresi sağlık kaygısından dolayı artarken kişinin sigara kullanımının artması aslında kişinin mevcut hastalıklarının ya da ilerleyen zamanda oluşabilecek hastalıkların sebebi sigara olabilir, pandemi stresinin daha da artmasına neden olabilir (21).

Bunun için sağlık ile ilgili olumlu davranışları benimsemeye veya sürdürmeye yönelik sağlığı geliştirme stratejileri kullanılmalı; tütün ürünlerinin kullanımının bırakılmasını hızlandırmakta bu eylemlerden biri olmalıdır (22).

Sigara, COVID-19 hastalığının şiddetinin hemen hemen değiştirilebilir tek risk faktörüdür. Sigara içenler viral enfeksiyonlara ve akciğer hastalıklarına karşı daha savunmasız olduklarından ve ayrıca COVID-19 ile hastaneye kaldırıldıklarında sigara içmeyenlere göre daha kötü sonuçlara sahip oldukları için sigara bırakma kampanyaları önemlidir (23). Hem tütün hem de COVID-19 enfeksiyonu akciğer hasarı, bağışıklık düzensizliği, pıhtılaşma bozukluğu ve kardiyomiyopatiye katkıda bulunur. Bu dönemde tütün tedavisinin daha da önemli olduğu ve yeni sağlık hizmetleri ortamına uyarlanması gerektiği düşünölmektedir (22).

Dünya genelinde 15 yaş ve üzeri ortalama 1,1 milyar sigara kullanıcısı var. DSÖ'nün güncel verileri, son yirmi yılda küresel tütün kullanımının önemli ölçüde azaldığını göstermektedir, bu da büyük ölçüde sigara içen kadın sayısının azalmasından kaynaklanmaktadır (24).

Türkiye'de 15 yaş üzerinde tütün kullanım oranı erkeklerde %44,1, kadınlarda %19,2 iken bu oran tüm cinsiyetlerde ortalama %31,6'dır (3). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2010 verilerine göre Türkiye'de tütün kullananlarının %44,8'i son bir yıl içinde tütünü bırakmaya çalışmışlardır. Gelecek bir ay içerisinde Türkiye'de sigarayı bırakmayı düşünen kişi sayısı 8,4 milyondur. Çalışmalar, Türkiye'nin tütün kullanımını bırakmaya hazır olduğuna göstermektedir. Veriler hastaların %49'una tütün içip içmediği sorulmaktadır (1). Yıllardır süren araştırma ve çalışmalar doğrultusunda hazırlanacak planlarla; sigaranın zararlarını yeterince anlatılarak kişilerin bilgi düzeyi artırılmasına yönelik eğitim, sağlık ve ekonomik politikalarının oluşturulması, yasalaştırılması ve var olan düzenlemelerin etkin biçimde uygulanması için sürdürölecek lobi faaliyetleriyle birlikte tütün kontrol mücadelesine toplumsal destek kazandıracak etkinlikler düzenleyerek, sigara içiminin azaltılmasına katkıda bulunulabilir (25).

Tütün kullanıcılarının yaklaşık %70-80'i bırakmak istemekte ve yaklaşık 1/3'ü her yıl kendi kendine bırakmaya çalışmaktadır. Lakin %10'dan

daha azı bu girişimde başarılı olmaktadır (26). Bırakma girişimlerinin başarısız sonuçlanması ve nüksler sigara içen bireylerin profesyonel yardım alması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bağımlılık bir nesneye, kişiye ya da bir varlığa duyulan önlenemez istek veya bir başka iradenin baskısı altına girme durumu olarak tanımlanırken; Goodman tarafından hem zevk verme hem de iç rahatsızlıktan kaçma amacına hizmet eden bir davranış örüntüsü olarak tanımlanmıştır (27). Tütün bağımlılığı insan sağlığı üzerinde bedensel, psikolojik, davranışsal, sosyolojik, ekonomik ve klinik olarak önemli etkileri bulunan bir sorundur. Bu sorunla başa çıkabilmek için geliştirilmiş davranışsal terapiler ve farmakolojik tedavilerle sigara bırakma başarısı oranları önemli ölçüde artmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tütünün Tarihçesi ve Kullanımı

Tütün, tarih öncesi çağlardan beri Peru ve Ekvador çevresinde yetiştirilen Amerika'ya özgü bitkilerdendir (28). Keyif verici bitkiler kategorisinde yer alan tütün (*Nicotiana tabacum* L.), patlıcangiller (*Solanaceae*) familyasından tek yıllık bir bitkidir. Söz konusu ürün, endüstri ve aromatik bitkiler kategorisinde de ele alınmaktadır. Farklı coğrafi şartlara kısa sürede ve oldukça iyi şekilde uyum sağlayabilen tütün, adaptasyon kabiliyeti en iyi tarımsal ürünler arasındadır. Anavatanı Orta Amerika olan tütün, 2010 yılına gelindiğinde 128 ülkede üretilmektedir (29). Tütün, patlıcangiller (*solanaceae*) familyasında yer alan “*Nicotiana*” cinsi içerisinde sadece “*Nicotiana tabacum*” ve “*Nicotiana rustica*” endüstriyel tütün ürünlerinin yapımında kullanılır (30).

Tütün yalnızca koklanıp içilmekle kalmadı; çiğnenmiş, yenilmiş, içilmiş (çay gibi), vücutlara sürülmüş (bitleri ve diğer parazitleri öldürmek için) ve göz damlası olarak da kullanılmıştır. Savaşta önce savaşçıların yüzlerine sürülmüş, ekimden önce tarlalarda kullanılmıştır (tarımda hala bir böcek ilacı olarak kullanılır) ve seks öncesi kadınların üzerine üflenirdi. Analjezik ve antiseptik özellikleri nedeniyle tıbbi olarak ve çeşitli rahatsızlıklar için bir tedavi olarak kullanılmıştır. Tanrılara sunulmuş ve dini törenlerde kullanılmıştır. Tütün kullanım alanları tarihsel süreçte değişim göstermiştir. Onu yönetmek için her türlü alet icat edilmiş ve kullanılmıştır, ancak bu uzak zamanlardan beri en kalıcı yöntem sigara içmek olmuştur. Keyif verici özelliğinin bilinmesiyle beraber kullanımı da giderek yaygınlaşmıştır (28).

Dünyanın tütünle tanışması, 1492 yılında Christopher Columbus ve mürettebatının Amerika'yı keşfiyle olmuştur. Portekiz'deki Fransız elçisi Jean Nicot, Amerika yerlilerinin baş ağrısı tedavisi için kullandıklarını bildiği bu bitkiyi 1559 yılında Fransız kraliçesine takdim eder ve tütün kraliçenin baş ağrısına iyi gelir. Daha sonra 1828 yılında tütün bitkisinden izole edilen alkaloid

maddeye “nikotin” adı verilmiştir. O yıllarda Avrupa’da tütün kıymetli bir üründür ve sadece soylular ve zenginler kullanabilmektedir (1).

Tütün kullanımı başlangıçta pipo ve puro içinde kullanılırken, daha sonraları enfiye ve sakız olarak tüketilmiştir. Günümüzde tütünün bu şekillerde kullanımı devam etmekle birlikte tüm dünyada yaygın tüketim ürünü sigaradır (31).

Tütün yetiştiriciliği ticari olarak 1612 yılında Amerika’da başlamıştır. Sigara makinelerinin 1881 yılında Amerika’da icadıyla tütün üretim hızı artmış, modern anlamda sigaranın doğuşu ise 1913 yılında gerçekleşmiştir (32).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşları tütün kullanımının yayılmasında büyük rol oynamıştır (2). Yirmi birinci yüzyılın başında dünyadaki yetişkinlerin yaklaşık üçte biri tütün kullanmaktaydı (32).

Tütün kullanımının hastalıklarla ilişkisini ilk olarak 1761 yılında İngiliz Doktor John Hill ortaya koymuştur ve bu rapor tarihte bilinen ilk tütün-kanser araştırması olmuştur (33). Amerikalı Doktor Ochsner ise 1939 yılında sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi ilk olarak ortaya koyan kişidir (32). Tütün kullanımı yaygınlaştıkça hastalıklar artmaya başlamış ve bu durum bilim insanlarının daha fazla araştırma yapmasına, yöneticilerin ise tütün tüketimi ile ilgili tedbirler alıp kısıtlamalar getirmesine neden olmuştur (30). Akciğer kanseri insidansının artması ilk olarak 1920’lerde ve 1930’larda patoloğlar ve klinisyenler tarafından gözlemlenmiştir. Sigaranın sağlık üzerindeki etkilerinin modern tarihindeki ilk büyük ve neredeyse kesin kanıt, 1950’de akciğer kanseri hastalarının sigara içme alışkanlıklarına ilişkin dört retrospektif çalışmanın yayınlanmasıyla ortaya çıktı. Bu ilişki üzerine Hammond ve Horn tarafından yapılan ilk uzunlamasına çalışma, sigara içenlerde artan ölüm oranlarını doğruladı. Temmuz 1957’de ABD halk sağlığı servisi (US public health service), akciğer kanserinin bir nedeni olarak sigara içimiyle ilgili ilk açıklamasını yayınladı ve 1962’de Royal College of Physicians of London o sırada sigara ve sağlık ve sigara içme ile akciğer kanseri arasındaki ilişkinin nedensel bir ilişki olduğu sonucuna vardı (28). Yirminci yüzyılda sigara ve sağlık hakkında birçok yeni veri yayınlanırken ABD başkanı John F. Kennedy bilim insanlarından sigara ve sağlık ilişkisi hakkında detaylı bir çalışmanın

yapılmasını istedi. Başkanın talebi üzerine 11 Ocak 1964'te, Birleşik Devletler Genel Cerrahı MD Luther L. Terry, Sigara ve Sağlık: Halk Sağlığı Hizmetleri Genel Cerrahının Danışma Kurulu Raporu'nu (Surgeon General of the United States, released Smoking and Health: Report of the Advisory Committee of the Surgeon General of the Public Health Service) yayınladı. Bu rapor, 1950'lerden bu yana sigara ve akciğer kanserine ilişkin birikmekte olan kanıtlara yanıt niteliğindedir. Bu, genel olarak Surgeon General'in raporları olarak anılan serideki ilk rapordur. Danışma Kurulu (Advisory Committee), sigara ve hastalıklarla ilgili biyomedikal literatürde o sırada mevcut olan 7.000'den fazla makaleye dayanarak raporu yayınlamıştır (20). ABD Genel Cerrahın Raporunda, hemen hemen aynı sonuçlara ulaşan daha fazla araştırma başlattı: sigara içmenin sağlık için ciddi bir tehlike olduğu ve hastalık ve ölümlerle bağlantılı olduğu; akciğer kanseri, kronik bronko-pulmoner hastalıklar, kardiyovasküler hastalık ve birçok hastalığa neden olduğu net bir şekilde vurgulandı (28).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Batı Avrupa'nın birçok ülkesinde, tütün tüketimi 1960'larda ve 1970'lerde zirveye ulaştı ancak sigarayı hastalığın önde gelen nedeni olarak gösteren kanıtlarla motive edilen tütün kontrol programlarının başlatılması ile bu oranlar azaldı. Bu politikalara ve tütün tüketimindeki müteakip azalmalara rağmen, küresel tütün salgını yirminci yüzyılın ikinci yarısında katlanarak büyümeye devam etti. DSÖ ilk halk sağlığı anlaşmasını, 2005 yılında yürürlüğe giren "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni" geliştirdi (34).

Türkiye'ye tütünün ilk olarak ne zaman ve ne şekilde geldiği konusunda farklı araştırmacılar tarafından farklı görüşler ileri sürülmüştür. Birden çok tarih mevcut olup 1580 – 1612 yılları arasında denizcilik ve ticaretle çağın öncüleri olan Venedikliler ya da Hollandalılar tarafından getirildiği, 1600'lü yılların başına kadar tütün ihtiyacının ithalat yoluyla karşılandığını, 1630'lu yıllara gelindiğinde Osmanlı İmparatorluğu'nun farklı sancaklarında yetiştirilmeye başlandığını ve 1630'larda IV. Murat'ın tütün tüketiminin yasaklayıp yasağa uymayanların idam ile cezalandırıldığı belirtilmiştir. Araştırmalara baktığımızda Osmanlı coğrafyasının ve Türk çiftçisinin tütünle

tanışmasının XVI. yüzyılın sonu XVII. yüzyılın başları olarak ifade etmek daha doğru olacaktır. Anadolu'nun dört asırdan fazla tütün geçmişi olduğu söylenebilir (29).

Ülkemizde ilk sigara fabrikası 1884 yılında kurulmuştur. Uzun süre Fransız Reji şirketi himayesinde üretim gerçekleşmiş, cumhuriyetin kurulmasından sonra Atatürk döneminde Reji satın alınarak devlet eline geçmiştir (35).

## 2.2. Tütünün Yapısı ve İçeriği

Tütün yaprağından elde edilerek kullanılan ürünlere 'tütün mamulü' denilmektedir (29). En yaygın kullanılan tütün mamulü olan sigaranın dumanı, tütün yaprağının yanması sonucu ortaya çıkan heterojen bir aerosoldür (36). Sigara içerisinde yaklaşık 600 farklı madde vardır ve yakıldığında bazıları farmakolojik olarak aktif, sitotoksik, antijenik, karsinojenik, mutajenik 7000'den fazla kimyasal madde üretir (37). Ana akım dumanının %92-95'i gaz fazındadır. Partikül çapı solunabilir seviyede ve ortalama 0,2-0,5 mm'dir (36).

Sigara içen kişinin ağzından çıktığı dumana ana akım dumanı, sigaranın yanan uçlarından gelen dumana ise yan akım dumanı denir. Partikül fazdaki maddeler büyük oranda filtrelendiğinden dolayı partiküller madde konsantrasyonu yan akım dumanında daha fazladır. Bazı toksik maddelerin yan akım dumanında daha fazla olduğu saptanmıştır ve sigaranın pasif içicilik etkileriyle çevreye verdiği zararlardan büyük oranda yan akım dumanının sorumlu olduğu gösterilmiştir (38).

Sigara dumanındaki kimyasal maddelerden bazıları; aseton, asetik asit, amonyak, arsenik, benzen, kadmiyum, formaldehit, naftalin, nikotin, katran, tolüen olarak sıralanabilir (37). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (The International Agency for Research on Cancer – IARC) sigara dumanında bulunan bu kimyasal maddelerden 81'inin karsinojen olduğunu bildirmiştir. Bunlardan 11 tanesi Grup 1 (insanlarda karsinojen olduğu bilinen), 14 tanesi Grup 2A (insanlarda karsinojen etkisi olası), 56 tanesi Grup 2B (insanlarda karsinojen olabilen) olarak sınıflandırılmıştır (39).

Sigara bağımlılığına neden olan esas madde nikotindir. Bir sigarada bulunan nikotin miktarı yaklaşık olarak 9-20 mg'dır ve bunun 1-2 mg'ı vücutta absorbe olmaktadır (40). Sigara dumanından solunan nikotin pulmoner kapiller tarafından hızla emilir ve 10-19 saniye içinde beyne ulaşır. Nikotinin 15-20 dakikalık bir dağılım yarı ömrü ve 1-2 saatlik bir eliminasyon yarı ömrü vardır (41).

### 2.3. Sigaranın Epidemiyolojisi

Sigara kullanımı, önlenemez hastalık ve ölümlerin başlıca nedenidir (42). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigara bağımlılığını nükslerle seyreden kronik bir hastalık olarak tanımlamaktadır (43). HIV/AIDS her gün dünya çapında yaklaşık 8500 kişinin, tüberküloz ortalama 5000 kişinin, sıtma ise 3000'e yakın kişinin ölümüne sebep olmaktadır. Başka bir bulaşıcı hastalık; sosyal olarak bulaşıcı kabul edilen tütün tüketimi, tüm ölüm oranları içinde en yüksek değerlere ulaşıyor. Her gün dünya çapında 13.500'den fazla kişi, sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Tütün pandemisini kontrol etmeye yönelik çağdaş çabaların yanı sıra mevcut tütün kullanım kalıplarını varsayarak, DSÖ sigara içenlerin sayısının şu anda 1,3 milyardan 2030 yılına kadar 1,6 milyara çıkacağını tahmin ediyor (44). Gelişmekte olan ülkelerde yoğun sigara içiciliği ve dünya çapında ölümlerin sayısının iki katına çıkacağı düşünülüyor. Şu anda her 10 yetişkin ölümden birinin nedeni olan tütün, bugün gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, yakında gelişmekte olan ülkelerde de önde gelen ölüm nedeni haline gelecektir (44). Dünya genelinde sigara kullanımı giderek artmakta ve bu durum halk sağlığı için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Her yıl 8 milyondan fazla insan sigara kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (45). Bunların 7 milyondan fazlası doğrudan sigara kullanımına, yaklaşık 1,2 milyonu ise ikinci el sigara dumanı maruziyetine bağlı nedenlerden kaynaklanmaktadır (10).

DSÖ'nün son verilerine göre dünyada toplam 1,3 milyar sigara kullanmaktadır (10). Toplam 22 ülkeden yaklaşık 3 milyar insanın dâhil

edilerek yapıldığı bir çalışma olan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Atlas'ına göre 721 milyonu erkek ve 158 milyonu kadın olmak üzere 879 milyon insan tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır. Çin, 288 milyon erkek ve 13 milyon kadın ile en fazla tütün kullanıcısına sahiptir ve onu Hindistan izlemektedir (46).

Erkeklerde sigara kullanma prevalansı kadınlara göre çok daha yüksektir. Erkek-kadın oranı en yüksek Mısır'da, en düşük ise Polonya ve Uruguay'dadır (46). Endonezya 15 yaş üstü erkeklerde (%76,2) en yüksek sigara içme prevalansına sahip ülke iken kadınlarda bir Güney Pasifik ülkesi olan Nauru (%52) en yüksek prevalansa sahiptir (47).

Günlük sigara içmeye başlama yaşı erkekler ve kadınlar arasında farklılık göstermekte olup, kadınlar erkeklerden biraz daha geç yaşta başlamaktadır. Asya ve Afrika'daki sigaraya başlama, Avrupa ve Latin Amerika'dakilere kıyasla, daha geç yaşta olmaktadır (46).

DSÖ, 2010 yılında Türkiye nüfusunun yaklaşık %30'unun sigara içtiğini ve tütün kontrolü çabaları aynı yoğunlukta devam ederse 2025 yılında bu oranın yaklaşık %19'a gerileyeceğini tahmin etmektedir. Türkiye'de 2010 verilerine göre erkeklerin %46'sı ve kadınların %15'i sigara içmektedir. Bu oranın 2025 yılına kadar erkekler için yaklaşık %31 ve kadınlar için yaklaşık %9 olması öngörülmektedir (42).

Dünya geneline bakıldığında 2000 yılında, 15 yaş üstü nüfusun üçte biri (%33,3) tütün ve tütün ürünü kullanıcısıydı. Bu oran 2015 yılında dünya nüfusunun dörtte birine (%24,9) düşmüştür. Tütün kontrolüne yönelik mevcut çabaların tüm ülkelerde sürdürüldüğü varsayılırsa bu oranın 2025 yılına kadar dünya nüfusun yaklaşık beşte birine (%20,9) kadar düşeceği tahmin edilmektedir (45).

## **2.4. Dünya'da ve Türkiye'de Tütün Kontrolü**

### **2.4.1. Dünya'da Tütün Kontrol Politikaları**

Tütün kullanımı tüm dünyada ilk 10 ölüm sebebinden altısı için risk faktörüdür. Bugüne kadar tütün kullanımı azaltmak için pek çok strateji

geliştirilse de çok az sayıda ülkede tütün salgınını önlemeye yönelik etkili stratejiler uygulanmıştır.

DSÖ'nün 2003 yılında Cenevre'de yürüttüğü bir programla 160'dan fazla ülkenin katıldığı 'Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)' hızla uygulanmaya başlamıştır. Ülkemiz adına Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında imzalanmış ve uygulamaya girmiştir. Bu kapsamda MPOWER politikaları açıklanmıştır (48).

- M (Monitor): Tütün kullanımını izlemek
- P (Protect): İnsanları pasif sigara dumanının zararlarından korumak
- O (Offer): Tütün kullanımından vazgeçmeleri için yardım önermek
- W (Warn): Tütünün zararları hakkında uyarmak
- E (Enforce): Tütün reklam ve promosyon yasaklarını uygulamak
- R (Raise): Tütün ürünlerinin vergilerini artırmak

#### **2.4.2. Türkiye'de Tütün Kontrol Politikaları**

Türkiye tütün mücadelesinin başarılı ile ilerlediği kabul edilen ülkelerden biridir. Tütünle mücadelenin ilk yasal düzenlemesi 1996 yılında 4207 sayılı 'Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun' kanun ile yürürlüğe girmiştir. Türkiye 2004 yılında DSÖ'nün hazırladığı TKÇS'yi imzalamıştır. Bu gelişmeler sayesinde Türkiye tütünsüz ülkeler sıralamasında ilk altı ülke arasına girebilmiştir. Sağlık Bakanlığı tütünle mücadeleyi daha kolay sürdürebilmek için tütün, alkol ve madde bağımlılığı ile mücadeleden sorumlu bir birim oluşturmuştur. Tütün kullanımı ile mücadele, bilimin aydınlık yüzünden yararlanılarak ulusal ve uluslararası politikalar ile eşgüdüm içinde yürütülmelidir (35).

#### **2.5. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri**

Sigara dumanındaki toksinler kan dolaşımının olduğu her noktaya ulaşırlar ve hemen her organda hasara sebebiyet verirler (49). Tütün ve tütün ürünlerinin sağlığa verdikleri hasar oldukça fazladır. Sigaraya başlama yaşı,

kullanma süresi, günlük tüketim miktarı, kullandığı ürünün niteliği gibi değişkenler ele alındığında doza maruz kalma arttıkça sigara kaynaklı hastalıklar ve mortalitenin arttığı gözlenmiştir (50). Sigara içen kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlere göre yaklaşık 20-25 yıl daha kısadır (16).

Sigara ve sebep olduğu hastalıklar arasındaki kanıta dayalı ilişki:

- Sigara ile arasında nedensel bir ilişki kurmaya yetecek düzeyde kanıt bulunanlar:
  - Safra kesesi, serviks, özofagus, böbrek, gırtlak, akciğer, oral kavite, farinks, pankreas, mide kanserleri
  - Akut myeloid lösemi
  - Abdominal aort anevrizması
  - Subklinik ateroskleroz
  - İnme (SVO)
  - Koroner kalp hastalığı
  - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)
  - Akut respiratuvar enfeksiyonlar, pnömoni
  - Infantlarda azalmış akciğer kapasitesi
  - Çocukluk ve adolesan çağlarında yetersiz akciğer gelişimi
  - Çocuk ve adolesanlarda respiratuvar bulgular; öksürük, balgam, wheezing ve dispne
  - Çocukluk ve adolesan döneminde astımla ilişkili bulgular (ör. wheezing)
  - Prematür gelişim gösteren yaşla ilintili akciğer kapasitesinde azalma
  - Erişkinin tüm respiratuvar bulguları; öksürük, balgam, wheezing, dispne
  - Zayıf veya yetersiz astım kontrolü
  - Ani Bebek Ölümü Sendromu
  - Kadınlarda azalmış doğurganlık
  - Fetal gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı
  - Prematür membran rüptürü, plasenta previa ve ablasyo plasenta
  - Preterm eylem ve kısalmış gebelik süreci
  - Katarakt
  - Artmış iş gücü kaybı

- Yara iyileşmesinde bozulma ve respiratuvar komplikasyonlarla seyreden olumsuz cerrahi sonuçlar
- Kalça kırıkları
- Post-menapozal kadınlarda düşük kemik mineral dansitesi
- Peptik ülser
  
- Eldeki kanıtlar sigara ile ilişkisi muhtemel görülen durumlar:
  - Kolorektal kanser
  - Karaciğer kanseri
  - Artmış prostat kanseri mortalitesi
  - KOAH'lı bireylerde akut solunum yolu enfeksiyonları
  - Bebeklik döneminde artmış alt solunum yolu hastalıkları
  - Çocukluk ve yetişkinlik döneminde yetersiz akciğer kapasitesi (annenin içiciliğine bağlı olarak)
  - Astımlı çocuk ve adolesanların daha zayıf bir prognoz göstermesi
  - Non spesifik bronşiyal aşırı duyarlılıkta artma
  - Ektopik gebelik
  - Spontan abortus
  - Yarık damak
  - Diş çürükleri
  - Erektile disfonksiyon
  - Maküler dejenerasyon
  - Graves hastalığı

Bu sonuçlar uzun soluklu çalışmalar sonucunda U.S. Surgeon General tarafından, Cerrah'in Notları; sigara içmenin sağlık üzerindeki sonuçları hakkındaki raporunda 2004 yılında literatüre sunulmuştur (49).

### **2.5.1. Sigaranın Organ ve Sistemler üzerine Etkileri**

Sigara kullanımı bilinen en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Sebep olduğu hastalıklar başta KOAH olmak üzere

solunum sistemi hastalıkları ve başta akciğer kanseri olmak üzere birçok kanser türü ve kalp damar hastalıklarıdır (51).

Sigara solunum yollarında önemli patolojik değişiklikler meydana getirmektedir. Sigara dumanından solunan toksik maddeler inflamasyona neden olmakta, inflamasyonla birlikte mukozal değişiklikler olmaktadır. Mukozal klerenste azalma, alveolar makrofaj aktivitesinde bozulma, müköz bezlerde hiperplazi, küçük hava yollarında mukus tıkaçları, peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis meydana gelmektedir. Bronş düz kaslarında kasılmaya neden olarak hava yolu direncini arttırmakta ve bunların sonucunda da zaman içerisinde zorlu ekspirasyon hacminde (FEV) azalma meydana gelerek KOAH gelişmektedir. Sigara kullanımı KOAH gelişimi için başlıca risk faktörüdür (16). KOAH'ın yanında astım ve interstisyel akciğer hastalıkları da dahil olmak üzere kronik solunum yolu hastalıkları sigara kullanımı ile ilişkilidir (52).

Dünya genelinde başlıca ölüm nedenleri arasında ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir. Sigara, kalp ve damar hastalıkları için riskleri kanıtlanmış en önemli önlenilebilir faktör olması açısından oldukça önemlidir (51). Sigara kaynaklı kardiyovasküler hastalık riskinin artmasının temelinde meydana getirdiği oksidatif stres, sempatik sinir aktivasyonu ve insülin direnci vardır. Oksidatif stresin artmasıyla endotelial disfonksiyon meydana gelmekte ve ateroskleroz oluşmakta, sempatik sinir aktivasyonu ile kan basıncı artmakta ve atriyal fibrilasyon riski oluşmakta, insülin direncinin oluşmasıyla metabolik sendrom ve obezite riski artmaktadır. Tüm bu mekanizmalar koroner arter hastalıkları, inme, akut koroner sendrom, venöz tromboembolizm ve kalp yetmezliği görülme sıklığında artışa neden olmaktadır (53). Ateroskleroz ve arteriyel tromboz patogenezinde rol oynayan önemli mekanizmalar ise endotel hasarı ve trombosit aktivasyonu ile açıklanmaktadır (54). Hücresel süreçler aterosklerotik plakların oluşumu, plak rüptürü, trombus oluşumu ve arterlerdeki kan akışının azalmasıyla birlikte hipoksi ve doku hasarı ile sonuçlanır. Yapılan çalışmalar sigaranın sağlıklı genç erkeklerde erken aterosklerotik lezyonların gelişimi için en önemli risk faktörü olduğunu göstermiştir (55). Miyokard enfarktüsü riski, içilen sigara sayısı ile doğru

orantılıdır. Koroner arter hastalıkları kaynaklı ölümlerin yarısından fazlası ani ölümdür ve sigarayı bırakmak ani ölüm riskinin hızla azalmasına yol açar (49).

Sigara içen kişilerde koroner kalp hastalığı riski 2-4 kat artmaktadır (51). Yine sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla abdominal aort anevrizması riski 5 kat, periferik arter hastalığı riski 3 kat, inme riski ise 2 kat daha fazladır (56).

Sigara içen kişilerde içmeyenlere göre mide ve duodenum ülserleri 2 kat daha fazla görülmektedir (16). Sigara içenlerde kemik mineral yoğunluğu azalmakta ve kırık riski artmaktadır. Özellikle postmenapozal sigara içen kadınlarda osteoporoz riski daha fazladır (57). Sigara, yara iyileşmesinin bozulmasına neden olan değiştirilebilir risk faktörlerindedir (58). Sigara yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve katarakt riskini artırmaktadır. Ayrıca cilt kırışıklıklarında artışa neden olmakta ve deri yaşlanmasını hızlandırmaktadır (16).

Kanser nedeni bütün ölümlerin yaklaşık %30'u sigara ile ilişkilendirilebilir. Sigara içenlerde kanser nedeniyle ölümler içmeyenlere göre iki kat daha fazladır. Ayrıca günde içilen sigara sayısı 20'yi geçen kişilerde ölüm oranları içmeyenlere göre dört kat daha fazladır (17). Karsinogenez de sigaranın rolü araştırılmış ve kansere yol açan birkaç mekanizma ortaya konulmuştur. DNA'da metabolik değişiklikler ve mutasyonların önünü açan DNA-karsinojen birlikteliklerinin oluşumu, p-53 gibi tümör supresör genlerin inhibisyonu ve K-ras onkogen mutasyonları bunlardan bazılarıdır (49).

Akciğer kanseri sigara ile nedensellik ilişkisi ortaya koyan ilk kanser türüdür. Dünya çapında her yıl yaklaşık 1,6 milyon insan akciğer kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Sigara içen akciğer kanseri hastalarının prognozu hiç sigara içmemiş hastalardan belirgin şekilde daha düşüktür (59). Akciğer kanseri hala her iki cinsiyette de kanserden ölümlerin tüm dünyada en sık sebebidir ve tüm kanser nedeni ölümlerin %28'ini oluşturmaktadır (49). Günde içilen sigara miktarı arttıkça ve sigaraya başlama yaşı düştükçe ve günlük içilen sigara adeti ve içilme süresi arttıkça akciğer kanseri riski de artmaktadır (16). Sigara içimi ile akciğer kanseri arasındaki ilişki, geniş kohort çalışmalarıyla kanıtlanmıştır. Sigara içenlerin %20'sinde akciğer kanseri gelişir

ve akciğer kanserli hastaların yaklaşık %90'ı sigara içmektedir (17). Akciğer kanserinin tüm alt tiplerinde sigara kullanımı başlıca risk faktörüdür. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK), bu morbid malignitenin en sık teşhis edilen alt tipidir ve dünya çapında 500 milyondan fazla sigara içicisi bu ölümcül malignite için yüksek risk altındadır (59). Kadınlar da erkekler kadar sigara ile ilişkili hastalıklar nedeniyle gerçekleşen ölümler açısından risk altındadırlar ve akciğer kanserinden ölüm riskleri hemen hemen aynı olmuştur (49).

Larenks kanseri riski sigara içenlerde 20 ila 30 kat daha fazladır. Oral kanser kaynaklı ölümlerin yaklaşık %70'i, larenks kanseri kaynaklı ölümlerin yaklaşık %85'i sigara ile direkt ilişkilendirilebilir (49).

Sigara kullanımı, özofagusun hem yassı hücreli kanseri hem de adenokarsinomu açısından bilinen risk faktörlerindedir. Günde 1 paketin üzerinde sigara tüketmekte olan, ağır içicilerde özofagus kanserine bağlı mortalite oranı, hiç sigara içmeyenlere oranla 10 kat daha fazladır (49). Alkol ve sigara birlikte içen kişilerde larenks ve yemek borusu kanserlerinin gelişme riski, bu maddelerden birini tek başına kullananlara göre anlamlı derece de artmaktadır (20).

Böbrekler ve mesane, tütün dumanının içeriğindeki toksik ürünlerin vücutta uğradıkları son duraktır ve tütün dumanındaki karsinojen ve polonyum 210 gibi radyoaktif maddelerin en uzun süreli direkt maruz kalma bu bölgede gerçekleşir (49).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sigara kullanımının akciğer kanseri dışında oral kavite, farenks, larenks, paranazal sinüsler, özofagus, mide, karaciğer, pankreas, üriner traktus, kolorektal ve serviks kanserleri ile miyeloid lösemiye neden olabileceğini ortaya koymuştur (35). Lösemi kaynaklı ölüm oranı, tütün ürünü kullananlarda %50 artmaktadır; yanıt, dozla ilişkilidir; tanı ve tedavinin ardından halen sigara içmeye devam edenlerde prognoz daha da kötüleşir. Risk, myeloid lösemide en yüksektir. Sigara dumanı bileşenlerinden potent bir karsinojen olan benzen, sigara içenlerin lösemiye yakalanmasından sorumlu majör toksin olarak görülmektedir (49). Gelişmiş ülkelerde kanser nedenli ölümlerin üçte biri sigara kaynaklıdır. Bir kişide sigara kullanımına bağlı

malignite meydana geldiğinde ikincil bir sigara ilişkili malignitenin oluşma riski artmaktadır (22).

İnme riski 1 paket/günün üstünde sigara içen içicilerde 6 kat daha fazladır. Aynı zamanda hipertansiyonu da olan içicilerde inme riski 20 kat artmıştır. Pasif içicilik yoluyla maruz kalıp inme riskini tahmini %20-30 arttırmaktadır (49).

### **2.5.2. Sigara ve Gebelik**

Gebelikte sigara içmek birçok ülkede, başarısız gebelik denemelerinin en önemli önlenilebilir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (60). Azalan fertilitte, içilen sigara sayısı ile doğru orantılıdır (49).

Çocuklarda, gençlerde sigaraya başlamanın önemli sebeplerinden biri ailede sigara kullanan bir bireyin olmasıdır. Ebeveynin sigara kullanması gencin sigara kullanma riskini iki kat artırmaktadır (61). ABD'de yapılan 30 yıllık prospektif bir çalışmada gebelikleri sırasında bir paket veya daha fazla sigara içtiğini belirten annelerin çocuklarının, gebelikleri boyunca hiç sigara içmediğini belirten annelerin çocuklarına göre sigara bağımlılığı ihtimalinin önemli ölçüde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (62).

Sigara bağımlılığı olan kadınların %50-70'i gebelikte de sigara içmeye devam etmektedirler. Prevalans çalışmaları, gelişmiş ülkelerdeki kadınların %20-50'sinin gebeliğin başlangıcında sigara içtiğini bildirdiğini göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların ortalama %20-25'inin gebeliğinde sigara içmeye devam ettiği görülmüştür (18).

#### **2.5.2.1. Gebelikte Sigara Kullanımının Anneye Etkileri**

Gebelikte sigara kullanımının fizyolojik etkileri; bronkokonstrüksiyon nedeniyle akciğerlerin daha az havalanması, vazokonstrüksiyon nedeniyle kan basıncının yükselmesi, taşikardi, bulantı ve kusmada artma, tat ve koku duyusunda azalma, iştahsızlık ve çabuk yorulmadır (39).

Sigara kullanımı, gebeliğin ilk trimesterında ektopik gebelik ve spontan abortus görülme riskini artırır. Sigara içen gebelerde ektopik gebelik 1,5-2,5 kat daha fazla sıklıkta görülür. İlerleyen gebelik haftalarında ise, plasenta previa, plasenta dekolmanı, preeklampsi, preterm doğum ağrıları, erken membran rüptürü ve perinatal mortalite riski daha fazladır (36).

### **2.5.2.2. Gebelikte Sigara Kullanımının Bebeğe Etkileri**

Gebelik döneminde sigara içmek, doğum öncesi ve sonrasında fetüsün ve yeni doğan bebeğin gelişimini olumsuz etkilemektedir. Gebelikte sigara kullanımı plasental yetmezlik, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkilidir. Sigara içen annelerin çocuklarında ani bebek ölümü sendromu görülme riski, içmeyen annelerin çocuklarına kıyasla 3 kat daha fazladır. Sigara kullanımı konjenital anomalilerle ilişkilendirilmiş, maruz kalan bebeklerde yarık damak dudak riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (40). Doğum sonrasında bebekte pnömoni riski artmakta, çocukluk çağında astım daha fazla görülmektedir (39). Ayrıca gebelikte sigara kullanımı, çocuklarda davranışsal ve psikiyatrik sorunlar ile de ilişkilendirilmiştir (40).

### **2.5.2.3. Sigaranın Gebelik Oluşumuna Etkisi**

Üreme çağındaki sigara içen kadınlarda infertilite oranı, sigara içmeyenlerin 2 katıdır. Sigara dumanında bulunan toksik kimyasallar reproduktif toksisiteye neden olmaktadır. Nikotin, karbonmonoksit ve siyanür vazokonstriksiyona ve hücre büyüme geriliğine neden olarak plasental yetmezliğe, embriyonik ve fetal büyüme kısıtlamasına ve nihayetinde fetal ölüme neden olabilir. Overler için toksik olduğu bilinen bir ağır metal olan kadmiyum, sigara içenlerin foliküler sıvısında sigara içmeyenlere göre daha yüksek konsantrasyonlarda bulunmuştur (41).

Sigarayı bırakmak, doğurganlığı artırır. Bu durum sigara içen infertil kadınlar için sigarayı bırakmaya güçlü bir teşvik olabilecek önemli bir araştırma bulgusudur (41).

## **2.6. Pasif Sigara Maruziyeti**

Sigara içen kişinin ortama verdiği ana akım dumanı ile sigaranın yanan ucundan çıkan yan akım dumanının solunması ikinci el sigara maruziyetidir. Bununla birlikte sigara içilen ortamlardaki eşyalara, yüzeylere yerleşen sigara dumanı bileşenlerinin solunması ya da dermal emilimi sonucu oluşan maruziyete ise üçüncü el sigara maruziyeti denir. Yan akım dumanı, ana akım

dumanından kimyasal olarak farklıdır ve karsinojen maddeleri içerisinde daha yoğun bulundurur (42,43).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013'te yayınladığı rapora göre dünya nüfusunun üçte birinden fazlası pasif sigara maruziyeti altındadır. 15-49 yaş doğurganlık çağındaki kadınların yarısı evde pasif içici konumundadır (44). Pasif sigara maruziyeti her yıl tahmini 166 000'i çocuk 600 000 ölümden sorumludur (45).

Pasif tütün dumanına maruziyet erişkinlerde akciğer kanseri ve kalp damar hastalıklarıyla ilişkilendirilmiştir (22). Yapılan bir metaanalizde sigara içmeyen fakat aynı evde sigara içen biriyle yaşayan kişilerde, hiç sigara içilmeyen bir evdeki kişiye göre akciğer kanseri görülme riski %24 artmaktadır (46). Çocuklarda pasif sigara maruziyeti, üst ve alt solunum yolu hastalıklarıyla ilişkilidir ve bu riskler gebelik esnasında annenin sigara içmesinden bağımsızdır (45).

Çevresel sigara dumanının, insanlar üzerinde olan etkileri dışında zararları evcil hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Elde edilen sonuçlara göre; çevresel sigara dumanına maruz kalan köpeklerde en sık kalp ve cilt hastalıklarına neden olduğu, günlük sigara kullanımının artışı ile kalp ve cilt hastalıklarında istatistiksel anlamlılık olduğu bulunmuştur (63).

## **2.7. Sigara Bırakma Tedavileri**

### **2.7.1. Sigara Bırakmaya Yaklaşım**

Hekimler günlük pratiklerinde herhangi bir nedenle kendilerine başvuran her hastaya sigara içip içmediğini, içiyorsa kaç adet içtiğini, bırakmayı düşünüp düşünmediğini sormalı, bırakmak istiyorsa destek sağlamalı, düşünmüyorsa motivasyonel görüşme yapmalıdır. Yapılan çalışmalar hekimlerin sadece sigara içme sorgulaması yapıp uyarılarda bulunmasının bile kişilere sigara bırakmayı düşündürüp, %1-3 oranında bırakma konusunda başarılı olunduğunu ortaya koymuştur (64).

Sigara bağımlılığı olan bir kişide sigara bırakma davranışının oluşmasında bazı motivasyonel aşamalar vardır. Bu aşamalar bırakmayı

düşünmeme, düşünme, hazırlanma, bırakmayı deneme ve bırakmayı sürdürme evreleridir. Sigarayı bırakmak isteyen kişilere 5A modeli, bırakma konusunda isteksiz olan kişilere ise 5R modelini uygulamak gerekir (64).

5A modeli, Türkçe hali ile 5Ö modeli sigarayı bırakmayı düşünen kişilere uygulanacak stratejilerdir. Bunlar;

- Ask (Öğren): Her ziyarette sigara kullanım durumu sorgulanmalı ve kaydedilmelidir.
- Advise (Öner): Her ziyarette tavsiyelerde bulunulmalıdır. Öneriler açık, güçlü ve kişiselleştirilerek sigara bırakmak teşvik edilmelidir.
- Assess (Ölç): Kişinin sigara bırakma konusunda isteği değerlendirilmeli, nikotin bağımlılık düzeyi ölçülmelidir.
- Assist (Önderlik et): Bırakma girişiminde istekli hastaya danışmanlık edilmeli veya ek tedaviler sağlanmalı veya sevk edilmelidir.
- Arrange (Örgüt): Bırakma girişiminde bulunmuş hasta düzenli aralıklarla yüz yüze ya da telefon görüşmeleriyle takip edilmeli, nüksün önlenmesi adına destek verilmelidir (64,65).

5R modeli, ziyaret sırasında sigara bırakmayı düşünmeyen kişiler için gelecekte bırakmayı düşünür hale getirmek amacıyla uygulanan stratejilerdir.

- Relevance (İlişki): Hastanın sosyoekonomik durumu, mevcut ve ileride olabilecek sağlık problemleri sigara ile ilişkilendirilerek sigarayı bırakmanın olumlu sonuçları anlatılmalıdır.
- Risks (Riskler): Hastaya sağlığı açısından oluşabilecek riskler anlatılmalıdır.
- Rewards (Ödüller): Sigarayı bırakması durumunda elde edeceği kazanımlardan bahsedilmelidir.
- Roadblocks (Engeller): Hastanın sigarayı bırakmasının önündeki engeller konuşulup bu durumlara karşı öneriler getirilmelidir.
- Repetition (Tekrar): Sigara bırakma konusunda motivasyonu sağlayamamış hastalara her defasında tekrar destek verilmelidir (64).

## **2.7.2. Tedavi Yaklaşımları**

### **2.7.2.1. Bilişsel Davranışçı Yöntemler**

Bilişsel terapi, duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki ilişkileri belirlemeye çalışarak kişinin hayatını daha gerçeğe uygun bir şekilde yorumlamasına çalışır. Yaşanan olaylar, bireyin hayatındaki kişiler, nesnelere direkt olarak duygulara neden olmazlar. Onlarla ilgili düşünceler duyguları, duygular da davranışları belirler.

Sigara bağımlılığında kişinin kendi düşüncelerinin değiştirebilmesi önemlidir. Çünkü sigarayla ilgili düşünceleri olumlu olan kişi sigarayı bıraktığında bir eksiklik, güçsüzlük hisseder, kendisini cezalandırılmış olarak görür ve ona özlem duyar. Bu duyguların sonucu olarak da tekrar sigara içme davranışı beklenen bir sonuç olur. Tam tersi durumda, sigarayla ilgili olumsuz düşünceleri olan kişi, davranış olarak sigara içmekten kaçınma yoluna gidecektir.

Kişilere sigara bırakma danışmanlığında verilecek bilişsel davranışsal müdahalelere örnek olarak; sigara bırakma günü belirleme, yakın çevrenin desteğini sağlama, sigarayı bırakmak istemenin sebeplerini ve bıraktınca elde edeceği faydaları sıralama, içilen markayı değiştirme, sigaranın yarısını içme, sigara içilen ortamlardan uzak durma, yanında kısıtlı sayıda sigara bulundurma, yeni uğraşlar edinme, bol sıvı tüketme, fiziksel egzersiz yapma verilebilir (66).

Yapılan randomize kontrollü çalışmalar sigarayı bırakmak için yapılan motivasyonel görüşmelerin, kısa tavsiyeler vermekten daha etkili olduğunu ortaya koymuştur (67).

## **2.7.2.2. Farmakoterapi**

### **2.7.2.2.1. Nikotin Replasman Tedavileri**

Nikotin replasman tedavisi (NRT), hem nikotin reseptörlerini uyarmayı, böylece sigara içme isteğini ve yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmayı (bu etki hemen ortaya çıkar) hem de nikotin reseptörlerinin sayısını azaltmayı (bu etki daha yavaştır ve haftalarca devam ederek tütün bağımlılığını giderek azaltır) amaçlar. NRT, kontrollü nikotin uygulamasına dayanır. Kontrollü nikotin

uygulaması, daha düşük doz ve daha yavaş farmakokinetik sayesinde sigara içmenin neden olduğu olumlu etkileri azaltır. Nikotin, sigaraya kıyasla daha yavaş emilir, daha düşük ancak uzun süreli kan zirveleri oluşturur. Böylece sinirlilik, kaygı, konsantrasyon güçlüğü, disfori, iştah artışı, kilo alımı ve uyku bozuklukları gibi ödüllendirici etkileri ve yoksunluk semptomlarını azaltır (65).

Her farklı NRT ürünü, sigarayı bırakmada aynı etkinliği göstermiştir. NRT ürününün seçimi hastanın tercihlerini yansıtmalıdır. Transdermal nikotin bandı, diğer NRT ürünlerinden daha yüksek uyum oranları sağladığı için genellikle ilk tercihtir. Transdermal nikotin bantları nikotini nispeten sabit bir oranda verir, bu nedenle yoksunluk semptomlarını azaltmak için en uygun uygulama yollarıdır (65). En önemli avantajı, tedavi uyumunun kolay olmasıdır. Farklı dozlarda bulunurlar ve 24 saatlik bir süre içinde 5 mg ile 22 mg arasında nikotin emilimini sağlarlar, bu da ağır sigara içicilerinde görülen en düşük seviyelere benzer plazma seviyelerine neden olur. Sabah kalkınca gövde ya da üst kol derisinin kuru, temiz ve kılsız bir bölgesine yapıştırılır. Bant 24 saatin sonunda çıkarıldığında yeni bant farklı bir yere yapıştırılır (64). En sık bildirilen yan etkiler lokal cilt reaksiyonlarıdır. Yirmi dört saatlik bantlarla uyku bozuklukları da yaygın olarak bildirilmiştir (68). Önerilen tedavi süresi 8–10 haftadır (64).

Diğer NRT formları; sakız, nazal sprey, inhaler, pastildir. Türkiye’de bulunan ticari formlar, transdermal bant ve sakızdır. Sakızların 2 ve 4 mg’lık formları bulunmaktadır. Günlük kullanımı en fazla 24 adet olacak şekildedir. Sakızlar yavaş ve aralıklı çiğnenmeli, yaklaşık 30 dakika ağızda tutulmalıdır. Önerilen tedavi süresi 12 haftadır. En sık görülen yan etkiler, aşırı tükürük salgısı ve gastrointestinal şikayetlerdir (64).

#### **2.7.2.2.2. Bupropion**

Bupropion, nikotin içermeyen, nontrisiklik antidepresan etkili, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörüdür. Ayrıca nikotinik reseptör antagonisti etkisiyle nikotin yoksunluk semptomlarını azaltır. Depresyon öyküsü olan ve olmayan hastalarda sigarayı bırakmada eşit derecede etkili olduğu bulunmuş ve bu durum nikotin bağımlılığı tedavisindeki etkisinin antidepresan etkisinden bağımsız olduğunu göstermiştir (69,70).

Bupropion'un 150 mg'lık yavaş salımlı tablet formu 7-12 hafta süreyle günde iki kere (300 mg/gün) kullanılır. Kişi sigara içerken tedaviye başlanır. Hedef bırakma tarihi, genellikle tedavinin ilk 2 haftası içinde belirlenmelidir. Bupropion, transdermal nikotin bandı ile birlikte verilebilir. Yapılan çalışmalar beraber kullanımlarının tek başına olan etkinliklerinden daha fazla olduğunu göstermiştir. Tedavi süresi 6 aya kadar uzatılabilir (69,70).

İyi tasarlanmış iki büyük klinik çalışmada 6. ve 12. ay izlemlerde, bupropion kullanan olgularda sigara bırakma başarısı plaseboya göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (65). Aynı zamanda nikotin yoksunluk semptomlarını önlemede bupropion daha başarılıdır (69).

En yaygın görülen yan etkiler, ağız kuruluğu ve uykusuzluktur. Kullanımının kontrendike olduğu durumlar; hamileler, emzirenler, epileptik nöbet öyküsü, merkezi sinir sistemi tümörü, kontrolsüz malign hipertansiyon, monoaminooksidaz (MAO) inhibitörü kullanma öyküsü ve 18 yaş altı kişilerdir (71).

#### **2.7.2.2.3. Vareniklin**

Vareniklin, nikotinic asetilkolin  $\alpha 4\beta 2$  reseptörlerinin parsiyel agonisti ve  $\alpha 7$  reseptörlerinin tam agonistidir.  $\alpha 4\beta 2$  subünitesi, nikotin bağımlılığı ve aşırı sigara içme isteği gelişiminde rol alır. Vareniklin,  $\alpha 4 \beta 2$  reseptörleri uyararak nikotinic agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar. İlerleyen dönemde kişi vareniklin kullanırken sigara içerek nikotin alsa bile antagonist etki ile dopamin salınımında artış meydana gelmez. Vareniklin agonist ve antagonist etkileriyle nikotin bağımlılığını azaltıp, yoksunluk semptomlarının oluşmasını önler (72).

Kişi sigara içerken tedaviye başlanır. İlk 3 gün 0,5 mg günde 1 kez olarak başlanır ve 4. gün 0,5 mg günde 2 kez, 8. günden itibaren ise günde 2 kez 1 mg olarak tedaviye devam edilir. Tedaviye başladıktan sonra 8-14. günler arasında sigara bırakma günü belirlenir. Önerilen tedavi süresi 12 haftadır. Fakat nüksü önlemek için 6 aya kadar kullanılabilir (64).

En sık bildirilen yan etki bulantıdır. Diğer yan etkiler; uykusuzluk, anormal rüyalar, gastrointestinal şikayetler ve baş ağrısıdır. Özellikle bulantı

olmak üzere yan etkilerin şiddeti, ilacın kullanıldığı süre arttıkça azalmaktadır (51). Dikkat azalması ve görme bozukluğu yapabileceğinden uzun süre araç kullananlarda, pilotlarda kullanılmaması gerektiği bildirilmiştir (72).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 2009 yılında vareniklin kullanımının nöropsikiyatrik semptomları artırabileceği uyarısında bulunmuştur. Otuz dokuz randomize çalışmayı içeren bir meta-analizde intihar düşüncesi veya girişimi, depresif ruh hali riskinde artış saptanmamıştır (73).

Vareniklin etkinliğinin NRT ile karşılaştırıldığı çalışmalarda, vareniklin kullanan kişilerin sigara bırakma başarısı anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Yine etkinlik karşılaştırması yapılan 69 çalışmanın meta-analizinde vareniklin etkinliğinin plasebodan 2,4 kat, bupropiondan ise 2,2 kat daha yüksek olduğu görülmüştür (72).

### **2.7.3. Özel Durumlarda Tedavi Yaklaşımları**

Sigara bırakma tedavisinde ilaç kullanımı gebeler ve ergenler için kontrendike olup geri kalan kişilere kılavuzlarda belirtilen şekilde tedavi uygulanması önerilmektedir. Gebeler, ergenler ve kronik hastalığı bulunan bireylerde yaklaşımlar farklılık göstermektedir (74).

Gebelerde, sigara bırakmada bilişsel davranışsal yöntemler ilk ve en önemli yaklaşımdır. Daha sık ve uzun süreli görüşmeler gebelerde sigara bırakma başarısını artırmaktadır. Motivasyonel görüşmelerle sigarayı bırakamayan gebelere farmakoterapi önerilmesine rağmen Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA)'ne göre vareniklin ve bupropion gebelik C kategorisi, NRT ise D kategorisidir (64). Vareniklin kullanımına ilişkin veriler yetersizdir ve gebelerde vareniklin kullanmaktan kaçınılmalıdır. Bupropion, sınırlı çalışmalara dayanarak gebelerde etkili gibi görünmektedir, ancak konjenital malformasyon riskinde düşük bir artış ile ilişkili olabileceği bulunmuştur. NRT için çoğu klinik çalışma fayda yönünde olmasına rağmen, sigara bırakmada istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmemiştir. Sigara dumanında nikotine ek olarak çok fazla zararlı madde bulunduğu göz önüne alındığında, NRT'nin gebelikte sigara içmekten daha güvenli olabileceği de öne sürülmüştür (74).

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF), gebelerde sigara bırakmaya yönelik farmakoterapi müdahalelerine ilişkin

kanıtların yetersiz olduğu çünkü az sayıda çalışmanın mevcut olduğu ve yarar-zarar dengesinin belirlenemediği sonucuna varmıştır (74).

Sigara içen okul çağındaki çocuklar ve ergenler için bırakma danışmanlığında da psikososyal müdahaleler ve farmakoterapi yer almaktadır. Psikososyal müdahaleler, sosyal ve bilişsel temelli yaklaşımlar ve motivasyon odaklı müdahaleleri içerir. Bilişsel davranışçı yaklaşımlar; kendi kendini izleme, baş etme becerileri, uyarı kontrolü, sigarayı bırakmak için olumlu pekiştirmeleri ve öz-yeterliliği artırarak yoksunluk semptomlarını yönetme ve nüksü önleme becerilerini öğretmeye odaklanır (75). USPSTF, bu popülasyonda sigara bırakmaya yönelik kullanılan ilaçlarla ilgili yeterli çalışma olmaması nedeniyle farmakoterapinin yarar ve zararları hakkında kanıtların yetersiz olduğunu bildirdi (76). Bu nedenle günümüzde en güvenilir yöntem bilişsel davranışçı yaklaşımlar olarak devam etmektedir (64).

Başta akciğer kanseri olmak üzere diğer kanserler, kardiyovasküler sistem hastalıkları, astım, KOAH, interstisyel akciğer hastalıkları oluşmasında ve alevlenmelerinde sigaranın rolü yadsınamaz bir durumdur. Bu nedenle bu hastalıklara sahip olan kişilere sigara bırakma danışmanlığı yapmak oldukça önemlidir. Bu kişilere davranışçı yaklaşımlar ve beraberinde farmakoterapi başlamak ve motivasyonel görüşmelerle yakın takip içerisinde olmak olumlu sonuçlar meydana getirecektir. Kronik hastalığa sahip olan kişilerde depresyon görülme sıklığı da fazla olduğundan hastalar bu yönden de değerlendirilip uygun psikiyatrik destek sağlanmalıdır (64).

Kanser hastalarında sigara kullanımının devam etmesi tedavi etkinliğini azaltmakta, kemoterapi ilaçlarına direnç gelişimini artırmakta, tedaviye bağlı yan etkileri artırmaktadır. Ayrıca tedavi sonrası ölüm oranı artışı, yeni bir primer kanser riski ve artan nüksler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kanser teşhisi sonrası sigarayı bırakmak neredeyse tüm bu olumsuz sonuçları azaltabilir, daha uzun sağ kalım ve daha düşük yeni kanser riski sağlayabilmesi açısından oldukça önemlidir (77). Bu nedenle kanser tanısı olan tüm hastalara sigara bırakmanın önemi, devam etmesi durumunda yaşayacağı olumsuzluklar ve bıraktığında elde edeceği kazanımlar mutlaka

önemle anlatılmalıdır. Davranışçı yaklaşımlar ve beraberinde farmakoterapi ile yakın takip etmek oldukça yararlı olacaktır (64).

## 2.8. Sigara Bırakma Sonrası Nüks ve Etkileyen Faktörler

Sigarayı bıraktıktan sonra içmeden geçen sürenin uzunluğu, sigara bırakma başarısının en önemli göstergesidir. Sigarayı bıraktıktan sonra en az bir sigara içilmesi hata (lapse), kişinin önceki gibi sigara içme durumuna geri dönmeye ise nüks (relaps) denir. Bırakma sürecinde ilk haftalarda nüks riski daha fazladır. Fakat uzun bir bırakma döneminin ardından da nüks görülebilir. Nükse neden olan durumlar Tablo 1’de görülmektedir (78).

**Tablo 1: Nükse Neden Olan Faktörler (78)**

Nükse Neden Olan Faktörler	
Yoksunluk belirtileri	Bırakma isteğinin yeterince olmaması
Şiddetli sigara içme isteği	Sigaranın kolay ulaşılabilir olması
Çevrede sigara içen kişi varlığı	Tedavi uyumsuzluğu
Nikotin bağımlılık skoru	Emosyonel stresle baş edememe
Alkol/madde bağımlılığı	İstek uyandıran durumlara direnmeme
Depresif ruh hali, artmış stres	Hatalara izin verme

Nüks gelişen olgulara bakıldığında birçok özelliğin öncelikli olduğu görülmektedir. Bunlar; günlük içilen sigara miktarının fazla olması, genç yaş, sigarayı bırakma süresinin bir yıldan az olması, kilo alımı, alkol tüketiminin fazla olması, diğer tütün ürünlerinin kullanımı, düşük eğitim düzeyi, çay/kahve tüketiminin fazla olması, sağlık endişesinin olmaması/az olmasıdır (78).

Nükslerin çok sık yaşanması, sigara bırakma sürecinde yaşanan en büyük zorluklardandır. Bu nedenle sürecin öncesinde nükse sebep olabilecek faktörler iyice irdelenip, bu durumlara yönelik çözüm önerilerinde bulunulması sigara bırakma başarı şansını artıracaktır (79).

## 2.9. Birinci Basamak Hizmetlerinde Sigara Bırakma

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPTSF), “klinisyenlerin tüm yetişkinleri tütün kullanımı açısından taramasını ve tütün ürünleri kullananlar için tütünü bırakma müdahaleleri sağlamasını” şiddetle tavsiye etmektedir (A seviye tavsiye) (80). Tarama, kısa davranışsal danışmanlık (3 dakikadan az) ve farmakoterapi dahil olmak üzere kısa sigara bırakma müdahalelerinin, sigarayı bırakan ve bıraktıktan sonra 1 yıl boyunca başarılı bir şekilde bunu devam ettirenlerin oranını artırdığı kanıtlanmıştır (80). Birinci basamak sağlık hizmetleri, hekimin hastayı daha yakından tanıyıp sosyal yaşantıları, hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olması nedeniyle sigara bırakma danışmanlığı açısından oldukça önemli bir yere sahiptir (81).

Sigara bırakma danışmanlığının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, her vizitte sigara kullanan kişilere sigaranın kendisi ve çevresindekilere verdiği zararları ve bıraktıklarında elde edebilecekleri kazanımları anlatabilme olanağı sağlamaktadır. Ayrıca bu tavsiyelerin her vizitte tekrar edilmesi hastaların motivasyonunu artırmaktadır (80). Sigara içen hastaların %70'i, sigara bırakma konusunda aile hekimlerinden aldıkları sağlam, destekleyici mesajların önemli bir motivasyon olduğunu bildirmektedir (82). Aile hekimi, sigara bırakma danışmanlığında uzman bir danışmandan daha etkili olabilir. Çünkü aile hekimleri ve hastaları arasında iyi bir iletişim vardır, hekimler hastalarını daha yakından tanır ve bu durum etkili danışmanlık için katkı sağlar (83).

Aile hekimlerinin sigara bırakmayı teşvik etmesi, hastaların hayat kalitesini iyileştirmek ve yaşam sürelerini uzatmak için yapabilecekleri en etkili müdahaledir. Hekimin her hastaya sigara içip içmediğini sorması, içiyorsa bırakması için teşvik etmesi esas müdahaledir. Aile hekimleri, daha fazla sigara içen kişiye ulaşip bırakmaları konusunda destek olabilmek adına sigara ile mücadelede oldukça önemli bir yere sahiptir (84).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Özellikleri**

Bu araştırma, 10.08.2020- 09.08.2021 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Prof. Dr. Nihat Özyardımcı Sigara Bırakma Polikliniği'ne (BUÜ-SBP) başvuran hastaların verilerinin incelenmesi yönüyle retrospektif ve bu hastaların iletişim numaraları aranarak anket uygulanması ile veri toplama araçlarından yararlanılan kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Sistemimizde ilk başvuru kaydı görünen 736 hasta bulunmaktadır. SBP' ye başvuran hastalara ilk başvuru da sosyodemografik veri anketi, sigara içme özellikleri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulanmıştır. Bu bilgiler UÜTF SBP sisteminde kayıt altına alınmaktadır. Veriler sistematik haline getirilmiştir.

Literatür taraması sonucunda oluşturulan ankette ek sosyodemografik veriler ve sigara içme özellikleri, tedavi süresi, SBP kontrolleri, sigara bırakma durumu, sigarayı bırakmayı kolaylaştıran faktörler, sigara bırakmayı zorlaştıran faktörler, sigara bırakma sürecinde en uzun dumansız kalma süresi ve sigarayı bırakamayanlara tekrar bırakmak isteği ile ilgili sorular hazırlanmıştır.

Sigara bırakma amacıyla danışmanlık alan hastalarda ile sigara bırakma başarısının ve diğer faktörlerin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Anketi telefon numaraları olan başvuranlarımızı arayarak sigara bırakma kontrollerini gerçekleştirdik, çalışmamıza katılmayı sözlü onay vererek kabul edenler hastalarımıza anket sorularımızı yönelterek verdiği cevapları not aldık.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırmamız Ocak 2022- Mart 2022 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma

Polikliniğinde yapılmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.12.2021 tarihinde 2021-18/32 numaralı kurul kararı ile alınmıştır.

### **3.3. Araştırma Grubu**

Araştırma, BUÜ-SBP'ye sigara bırakma amacıyla başvuran 736 kişinin sistemde kayıtlı numaralarını aradığımızda ulaşabildiğimiz ve anket sorularımıza eksiksiz cevap veren 451 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin ortak özellikleri 18 yaşından büyük olmaları ve sigara kullanıyor olmalarıdır. Katılımcıların gönüllülüğü esas alınmıştır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede, SBP'ye ilk başvuru muayenesinde kayıt altına alınan bilgiler ve araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. İlk başvuru da sosyodemografik anket formu, sigara içme özellikleri formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği (HAD) kullanılmıştır. Literatür taraması sonucunda oluşturulan ankette ek sosyodemografik veriler ve sigara içme özellikleri, tedavi süresi, SBP kontrolleri, sigara bırakma durumu, sigarayı bırakmayı kolaylaştıran faktörler, sigara bırakmayı zorlaştıran faktörler, sigara bırakma sürecinde en uzun dumansız kalma süresi ve sigarayı bırakamayanlara tekrar bırakmak isteği ile ilgili sorular hazırlanmıştır. Çalışmada yer alan ankete ait sorular telefonla aranarak araştırmacı tarafından sorulmuş, katılımcılar tarafından cevaplanmış ve araştırmacı tarafından cevaplar kayıt altına alınmıştır. Anketin uygulanması yaklaşık olarak 15-30 dakika kadar sürmüştür.

#### **3.4.1. Sosyodemografik ve Yaşam Tarzı Form**

İlk muayenede yöneltilen Sosyodemografik ve Yaşam Tarzı Bilgi Formu katılımcılar hakkında bilgi edinmek amacıyla araştırmacı tarafından

literatüre uygun şekilde hazırlanmış ve 10 sorudan oluşmaktadır. Bu formda katılımcılara yaş, cinsiyet, boy ve kilo, medeni hali, çocuk sahibi olma durumu, mesleği (TÜİK Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması), aylık ortalama geliri, eğitim durumu, bilinen kronik hastalıkları (klinik tanı almış), düzenli ilaç kullanımı soruldu.

Yeni oluşturulan ankette; çocuk sayısı, düzenli çay- kahve- alkol gibi içeceklerden en az birinin kullanımı, haftalık alkol kullanımı, günlük çay içme alışkanlığı, günlük kahve içme alışkanlığı, düzenli fiziksel aktivite yapması (spor), evcil hayvan besleme durumu, fiziksel aktivite halindeyken ( yürüyüş, koşu, spor, merdiven çıkma gibi) solunum sorunu yaşayıp- yaşamadığı, ailesi veya yakın çevresinde sigara kaynaklı hastalık ya da ölüm olma durumu, ailesi veya yakın çevresinde sigarayı bırakan kişi ya da kişilerin olma durumu soruldu.

#### **3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)**

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, nikotin bağımlılığının belirlenmesinde en yaygın kullanılan testtir. Bu test 1991 yılında Heatherton ve ark. tarafından oluşturulmuş, Uysal ve ark. tarafından 2004 yılında Türkçeye uyarlanıp geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Kısa ve pratik uygulanabilirliği nedeniyle bilimsel araştırmalarda sıkça kullanılmaktadır (85).

Test toplam 6 sorudan oluşmaktadır. Bağımlılık skorlaması Tablo 2’de görüldüğü gibidir (85).

**Tablo 2: Fagerström Nikotin Bağımlılığı Puanlaması (85)**

<b>0-2 Puan = Çok Az Bağımlılık</b>
<b>3-4 Puan = Az Bağımlılık</b>
<b>5 Puan = Orta Derece Bağımlılık</b>
<b>6-7 Puan = Yüksek Bağımlılık</b>
<b>8-10 Puan = Çok Yüksek Bağımlılık</b>

### **3.4.3. Sigara Özellikleri**

İlk muayene de yöneltilen sigarayı ilk deneme yaşı, sigara içme süresi (paket/yıl), günlük sigara tüketimi, sigaraya başlama nedenleri, evde sigara kullanan başka kişi olması, daha önce sigara bırakma denemesi, önceki denemelerinde destek alma durumu, olumsuz denemelerinin önündeki engeller, sigara bırakmayı neden isteği soruldu.

Yeni oluşturulan ankette; sigara için aylık harcanan para, çocukluk döneminde evde sigara içilme durumu, evinde kaç tane içen kişi olduğu, arkadaş ve iş ortamında sigara içilme durumu, sigara ile birlikte yapılmasından keyif alınan faktörler, ailesi veya yakın çevresinde sigara kaynaklı hastalık ya da ölüm olma durumu, ailesi veya yakın çevresinde sigarayı bırakan kişi ya da kişilerin olma durumu, daha önce sigara bırakma denemesi ve kaç kere denediği, önceki denemelerinde destek alma durumu, ne zamandır sigarayı bırakmak istediği, daha önceki bırakma denemesinde sigara içmediği en uzun süre, olumsuz denemelerin önündeki engeller, ilaç başladıysa kaç hafta ya da kutu kullandığı, sigarayı bırakma durumu, sigara bırakma sürecinde nelerden fayda gördüğü, kontrollere gelme durumu, kontrollere gelemediyse bu durumun nedenleri, sigarayı bırakamayanlar için bırakmasındaki engeller, bırakma sürecinde sigara içmeden durduğu en uzun süre (gün cinsinden), bırakamadıysa tekrar bırakma isteği soruldu. Araştırmacı tarafından doldurulan 7 madde mevcuttu. Bunlar seçilen bırakma yöntemi, 3. aydaki bırakma durumu, 6. aydaki bırakma durumu, sigarayı bıraktıysa yardımcı olan faktörler, sigara bırakma denemesi olumsuz sonuçlandıysa engel olan faktörler, kontrole gelme durumu, kontrole gelmediyse gelmesini engelleyen faktörlerdi.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Çalışmamızın sistemde kayıtlı olan veri kısmı, yüz yüze görüşme yoluyla, hasta mahremiyetine uygun koşullarda, Sigara Bırakma Polikliniği hasta muayene odasında görevli doktor ve ilgili sağlık personeli tarafından uygulanmıştır. Hastaların 15. gün, birinci ay, üçüncü ay ve altıncı ay kontrolleri

yüz yüze veya telefon aramalarıyla yapılmıştır. Pandemi kısıtlamaları ve özel nedenlerle kontrole gelemeyen hastalara iletişim numaralarından ulaşılmış olup, telefon görüşmesi yapılmıştır. Her muayenede motivasyonel görüşme yapılmıştır.

Çalışmamız için rutin poliklinik sorularımıza ilave anket soruları ve son kontrollerini gerçekleştirmek için hastalar sistemde kayıtlı telefon numaraları Doktor Sergen AYGÜNEŞ tarafından aranarak telefonla gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza telefon araması sonucunda ulaşılabilen, anketi cevaplamayı kabul eden ve anketi eksiksiz dolduran 451 kişi dahil edilmiştir.

### **3.6. Verilerin Analizi**

Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma veya medyan(minimum-maksimum), nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verinin analizinde Pearson Ki-kare, Fisher-Freeman-Halton ve Fisher'in Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır. Ayrıca kategorik verilerin birlikte etkinliği Lojistik regresyon ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi  $\alpha=0,05$  olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi IBM SPSS 26.0 (IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

## 4. BULGULAR

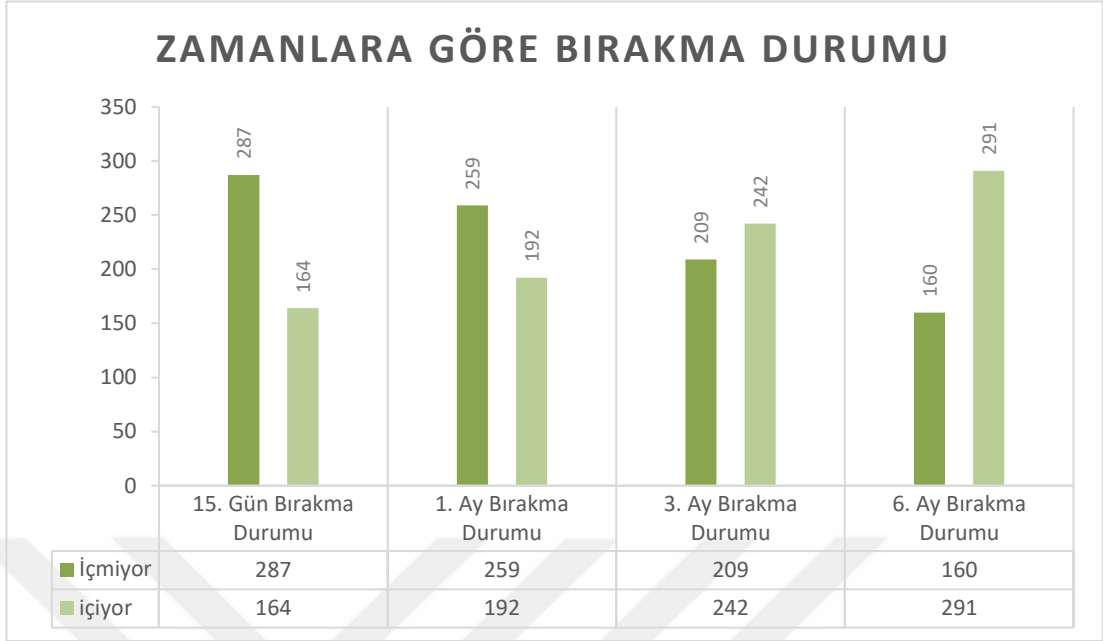
### 4.1. Katılımcıların Sigara Bırakma Durumu

Bu çalışmaya BUÜ-SBP'e, polikliniğin hizmete girdiği tarihten itibaren ilk bir yıl içinde başvuran ve hizmet alan hastalarımızın sisteme kayıtlı telefon numaralarının aranması ile ulaşılabildiğimiz ve ankete katılmayı kabul eden hastalardan, anket sorularımıza eksiksiz cevap veren 451 hasta dahil edilmiştir.

Sigarayı bıraktınız mı? Sorusuna 451 kişiden (Şekil 1);

- İlk 15 gün sonunda 287 kişi (%63,6) içmiyorum, 164 kişi (%36,4) içiyorum cevabını vermiştir.
- 1 ay sonunda 259 kişi (%57,4) içmiyorum, 192 kişi (%42,6) içiyorum cevabını vermiştir.
- 3 ay sonunda 209 kişi (%46,3) içmiyorum, 242 kişi (%53,7) içiyorum cevabını vermiştir (Tablo 3).
- 6 ay sonunda 160 kişi (%35,5) içmiyorum, 291 kişi (%64,5) içiyorum cevabını vermiştir (Tablo 3).

Tedavi verilmesine rağmen kullanmamış ve kontrollere de gelememiş 46 hastamızı dışarda tutarak hesap yaparsak sırasıyla bırakma oranlarımız şu şekilde olmakta: 15. gün de %70,9; 1. ayda %64, 3. ayda %51,6; 6. ayda %39,5 idi.



**Şekil 1:** Zamanlar Göre Sigara Bırakma Durumu

Sigarayı 6 ay sonunda bırakmayan 290 kişiye şuan kullandığı tütün ürünlerini sorguladığımızda; 283'ü sadece sigara; 3 tanesi sadece elektronik sigara; 3'ü sigara ile birlikte elektronik sigara; 1'i ise sigara ile birlikte nargile içtiğini ifade etmiştir.

**Tablo 3:** 3. ve 6. Ay Sigara Bırakma Durumu

	3.Ay BD		6.Ay BD	
	n=	%	n=	%
<b>Bıraktı</b>	209	%46,3	160	%35,5
<b>Bırakmadı</b>	242	%53,7	291	%64,5
<b>Total</b>	451	%100	451	%100

#### 4.2. Katılımcıların Sosyodemografik ve Yaşam Tarzı Özellikleri

Bu çalışmaya BUÜ-SBP'e polikliniğin hizmete girdiği tarihten itibaren başvuran ve hizmet alan hastalarımızın sisteme kayıtlı telefon numaralarının aranması ile ulaşılabildiğimiz ve ankete katılmayı kabul eden hastalardan, anket

sorularımıza eksiksiz cevap veren 451 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanlardan 209 kişi (%46,3) üçüncü ayda sigarayı bırakmış, 160 kişi (%35,5) altıncı ayda sigarayı bırakmıştır (Tablo 3).

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 41,10 ( $\pm$  11,82); ortanca değer 41, minumum yaş 19, maksimum yaş 76. Cinsiyet dağılımı; 288'i (%63,9) erkek, 163'ü (%36,1) kadındı (Tablo 4).

Medeni hali; 300 (%66,5) evli, 125 (%27,8) bekar, 16 (%3,5) dul, 10 (%2,2) kişi ise boşanmıştır(Tablo 4). Çocuk sahibi olma durumu; 316 (%70) kişinin çocuğu varken, 135 (%30) kişinin çocuğu yoktu (Tablo 4). Çocuk sahibi olan 316 kişinin; 1 çocuk sahibi olan 90 kişi, 2 çocuk sahibi olan 144 kişi, 3 çocuk sahibi olan 61 kişi, 4 çocuk sahibi olan 14 kişi, 5 çocuk sahibi olan 3 kişi, 6 çocuk sahibi olan 3 kişi mevcuttu. Çalışmamızda çocuk sahibi bireylerin ortalama çocuk sayısı 2,05'tir (SD $\pm$ 1,23).

Bize başvurduğunda 360 (%80) kişi aktif bir işte çalışmakta, 91 kişi (%20) ise çalışmamakta idi. Katılımcıların meslek çeşitliliğini standartize etmek için ISO-08 (Uluslararası Standart Meslekler Sınıflandırması) kullanıldı (86). ISCO-08 sınıflamasına göre en çok yer alan meslek grupları; nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar 81 kişi (%18), profesyonel meslek mensupları 77 kişi (%17,1), hizmet ve satış elemanları 66 kişi (%14,6), yardımcı profesyonel meslek mensupları 61 (%13,5) kişidir. Diğer 67 kişi ise bu sınıflama dışında yer almaktadır; 36 ev hanımı, 19 emekli, 10 kişi de öğrencidir ve 2 kişi ise meslek belirtmemiştir (Tablo 4).

Öğrenim durumuna baktığımızda en fazla lise mezunu lise mezunu 163 kişi (%36,1) varken; yüksekokul ve üstü 151 kişi (%33,5) ve ilköğretim mezunu 126 kişi (%28) idi (Tablo 4).

Aylık ortalama gelir düzeyi katılımcıların çoğunluğunda asgari ücretin üstündeydi (%61) (Tablo 4).

**Tablo 4: Sosyodemografik Veriler**

		n=451	(%)
Cinsiyet	Kadın	163	(%36,1)
	Erkek	288	(%63,9)
Medeni Durum	Evli	300	(%66,5)
	Bekar	125	(%27,8)
	Dul	16	(%3,5)
	Boşanmış	10	(%2,2)
Çocuk sahibi misiniz?	Evet	316	(%70)
	Hayır	145	(%30)
Öğrenim Durumu	Okur-Yazar Değil	4	(%0,9)
	Okur-Yazar	3	(%0,6)
	İlköğretim	126	(%27,9)
	Lise	163	(%36,1)
	Yüksekokul ve üstü	151	(%33,5)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	360	(%80)
	Çalışmıyor	91	(%20)
Meslek	Profesyonel meslek mensupları	77	(%17,1)
	Teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	61	(%13,5)
	Yöneticiler	10	(%2,2)
	Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	39	(%8,6)
	Hizmet ve satış elemanı	66	(%14,6)
	Tesis ve makine operatörleri ve montajcıları	20	(%4,4)
	Silahlı kuvvetler mensubu	7	(%1,5)
	Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	20	(%4,4)
	Nitelik gerektirmeyen meslekler	81	(%18)
	Öğrenci	10	(%2,2)
	Ev hanımı	36	(%8)
	Emekli	19	(%4,2)
Aylık Toplam Gelir Düzeyi	Asgari Ücretin Altında	73	(%16,2)
	Asgari Ücret	103	(%22,8)
	Asgari Ücretin Üzerinde	275	(%61)

Çalışmaya dahil edilen hastaların 3. aydaki bırakma durumları yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, eğitim durumu, aylık ortalama gelir, öğrenim durumu gibi sosyodemografik özellikler açısından incelendiğinde bu faktörler ile arada anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ );

çalışma durumu ( $p=0,038$ ), öğrenim durumu ( $p=0,033$ ) incelendiğinde bu faktörler ile arada anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 6. aydaki bırakma durumları medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, eğitim durumu, aylık ortalama gelir, gibi sosyodemografik özellikler açısından incelendiğinde bu faktörler ile arada anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ); yaş ( $p=0,038$ ), cinsiyet ( $p=0,044$ ), çalışma durumu ( $p=0,009$ ) açısından incelendiğinde bu faktörler ile arada anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İleri yaş, erkek cinsiyet, işte çalışmayanlar da bırakma başarısı daha yüksektir.

Katılımcılara sahip oldukları kronik hastalıklar sorulduğunda 166 (%36,8) kişi en az bir kronik hastalığının olduğunu söylemiştir. Bunların 44 tanesi solunum yolu hastalıkları (KOA, astım), 33 tanesi kalp damar hastalıkları, 44 tanesi HT, 29 tanesi DM, 8 tanesi hiperlipidemi, 13 tanesi tiroid hastalıkları, 12 tanesi herhangi bir kanser tanısı, 14 tanesi nörolojik hastalıklar (vertigo, inme, epilepsi), 7 hematolojik hastalıklar, 9 romatolojik hastalıklar, 4 obstrüktif uyku apnesi sendromu (OSAS), 5 dermatolojik hastalıklar, 3 BPH, 5 tane karaciğer hastalıkları, 3 lumbal disk hernisi, 1 HIV, 1 böbrek yetmezliği ve 1 de herediter anjiyodem tanısı mevcuttu Hastalıkları analiz etmek için 7 başlık altında topladık: solunum yolu hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, endokrin hastalıkları, kanserler, psikiyatrik hastalıklar ve diğer hastalıklar olarak.

Düzenli ilaç kullanan 140 (%31,04) kişi mevcuttu.

Üçüncü ve altıncı ay bırakma durumları ile kronik hastalık durumu, 7 ayrı hastalık grupları, düzenli ilaç kullanımı değişkenleri arasında psikiyatrik hastalıklar (3. ay,  $p=0,021$ ) (6. ay,  $p=0,047$ ) ve kalp damar hastalıkları (3. ay,  $p=0,010$ ) (6. ay,  $p=0,019$ ) grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Psikiyatrik hastalıklar ve kalp damar hastalıkları tanısı olan katılımcılarda sigara bırakma başarısının daha düşük olduğu görüldü.

Katılımcılara düzenli fiziksel egzersiz yapıp yapmadıkları sorulduğunda 83 kişi (%18,40) düzenli spor yaptığını ifade etmiştir. Tüm katılımcılardan 273'ü (%60,53) eforla (merdiven çıkarken, tempolu yürürken, koşarken, spor yaparken) birlikte solunum sıkıntısı yaşamakta olduğunu

söylemiştir. Çalışmamızda 3. ay ( $p=0,038$ ) ve 6. aydaki ( $p=0,007$ ) sigarayı bırakma durumlarına göre düzenli fiziksel aktivite (spor) yapma alışkanlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuşken; eforla solunum sıkıntısı yaşanması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Evcil hayvan besleyen 152 (%33,48) kişi mevcut idi.

Düzenli çay/kahve/alkol tüketen 402 (%89,13) kişi mevcut idi (Tablo 5).

- Çay için 360 (%79,82) kişi
- Kahve için 294 (%65,18) kişi
- Alkol için 179 (%39,68) kişi düzenli tükettiklerini ifade etmiştir. Düzenli tüketenler arasında;
  - Çay için günde en az 1 en çok 50 bardak çay tüketirim cevabı alınmış ortalama 8,96 bardak çay tüketilmektedir. Ortanca değer 8 idi.
  - Kahve için günde en az 1 en çok 14 fincan/bardak kahve tüketirim cevabı alınmış ortalama 2,61 fincan/bardak kahve tüketilmektedir. Ortanca değer 2 idi.
  - Alkol için günde en az 0,5 en çok 38 şişe-kadeh-duble/hafta tüketirim cevabı alınmış ortalama ortalama 4,49 şişe-kadeh-duble/hafta tüketilmektedir. Ortanca değer 2 idi.

**Tablo 5:** Çay, Kahve Ve Alkol Düzenli İçme Durumu

		N=451	(%)
Düzenli çay/kahve/alkol tüketme alışkanlığınız var mıdır?	Evet	402	(%89,1)
	Hayır	49	(%10,9)
Çay/kahve/alkol tüketme alışkanlığınız varsa?	Çay	360	(%79,8)
	Kahve	294	(%65,2)
	Alkol	179	(%39,7)

Çalışmamızda üçüncü aydaki bırakma durumu ile düzenli alkollü ya da alkolsüz içecek tüketme ( $p=0,018$ ) durumu arasında negatif yönlü anlamlı bir

ilişki bulunmuştur. Alkol kullanımı, çay içme alışkanlığı, kahve içme alışkanlığı ve tüketim miktarları; evcil hayvan beslemesi gibi yaşam tarzı özellikleri açısından incelendiğinde bu faktörler ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Altıncı ay bırakma durumu ile bu özellikler analiz edildiğinde arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

### 4.3. Katılımcıların Sigara Kullanım Özellikleri

Sigaraya başlama yaşı ortalama başlama yaşı  $17,72\pm 5,04$  idi (Tablo 6). Çalışmaya katılanların üçüncü aydaki bırakma durumu ile sigaraya başlama yaşı ( $p=0,018$ ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların altıncı aydaki bırakma durumu ile sigaraya başlama yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). İlk üç aylık dönemde sigaraya daha küçük yaşlarda başlayanlarda bırakma başarısı düşükken, 6. ay bırakmada sigaraya başlama yaşı arasında anlamlı bir fark yoktur.

Günde içilen sigara adeti ortalama  $23,83\pm 9,68$  idi (Tablo 6). Sigara içme süresi ortalama  $24,37\pm 16,03$  olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda üçüncü ve altıncı ay sigara bırakma durumu ile içilen günlük sigara miktarı ve sigara içme süresi arasında anlamlı ilişki yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6:** Sigara Kullanım Özellikleri

	Ortalama $\pm$ SS (Medyan)	En Düşük	En Yüksek
Sigaraya başlama yaşı	$17,72\pm 5,04$ (17,0)	7	55
Sigara İçme Süresi (paket/yıl)	$24,37\pm 16,03$ (22)	0,25	100
Günlük içilen sigara adeti	$23,83\pm 9,68$ (20)	1	60
Aylık sigaraya harcanan para (TL/ay)	$560,64\pm 274,39$ (500)	70	1800

Aylık sigaraya harcanan miktar ortalama 560,64₺ bir gidere neden olduğu hesaplanmıştır (Tablo 6). Verilen cevaplarda 2020 yılı sigara fiyatları baz alınmıştır. Katılımcıların sigara bırakma başarısını sigaraya harcadıkları para miktarı etkilememiştir ( $p>0,05$ ).

Toplam 451 katılımcıdan 364'ü (%80,70) çocukluk döneminde en az 1 tane aile bireyinin sigara içtiğini, 87'si (%19,30) ise evde sigara içilmediğini söylemiştir. Katılımcıların 74'ünün (%16,40) anne ve babası birlikte sigara içmektedir.

- 322'ü (%61,9) baba
- 94'ü (%19,1) anne
- 94'ü (%19,1) abi, abla ya da kardeşlerin
- 10 (%1,9) kişi ise birlikte yaşadıkları diğer aile büyüklerinin sigara içtiğini söylemişlerdir.

Katılımcıların üçüncü ve altıncı aydaki bırakma durumları ile çocukluk döneminde evde sigara içen varlığı ve içen; anne, baba, kardeşler, diğer aile bireylerinin içme durumu ayrı ayrı değerlendirilmiş olup aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcılara sigaraya başlama nedenleri sorulduğunda çok farklı nedenler gösterilmiştir. Bazıları birden fazla sebep göstermiştir. 451 başvurandan 526 yanıt alınmıştır. Alınan yanıtların dağılımı aşağıda verilmektedir;

- Sigaraya başlama nedeni olarak en çok ( $n=320$ ; %60,9) “arkadaş çevresi” yanıtı verilmiştir.
- “Özenti” ise ikinci sıradaki en sık nedendir. Toplamda 95 kişi (%18) sigaraya başlamasında özentinin etkisinin olduğunu söylemiştir.
- Toplamda 58 kişi (%11) “stres-üzüntü-mutsuzluk” nedeniyle başladığını belirtmiş.
- “Merak” diyenler toplamda 33 kişi (%6,3),
- “Kendini ispatlamak” diyen 11 kişi (%2,1),
- “Eşi yüzünden” başlayan toplamda 9 kişi (%1,7) vardı.

BUÜ-SBP'ye gelmeden önce 369 kişi (%81,80) en az 1 kere sigara bırakmayı denediğini ifade etmiş, 82 kişi (%18,20) ise ilk defa bırakmaya niyetlendiğini ifade etmiştir. Daha önce bırakma girişimi olan hastaların 73'ü 1 kez (%19,83), 103'ü 2 kez (%28), 79'u 3 kez (%21,46) , 4 ve 5 kez deneyen 30'ar kişi (%8,15), 10 kez deneyen 22 kişi (%6) vardır. En fazla sigara bırakma girişimi ise 200 kez olarak tespit edilmiştir (Tablo 7).

Katılımcılara sigara bırakma girişimleri ile ilgili yönelttiğimiz bir başka soru "Ne zamandır sigara bırakmayı düşünüydünüz?" idi. Verilen yanıtlar "1 ay" ile "50 yıl" arasında değişmekteydi. Ortalama bırakmayı düşünme süresi 4,23 yıl olarak hesaplanmıştır. Ortanca değerimiz ise 2 yıldır (Tablo 7).

**Tablo 7:** Katılımcıların Daha Önceki Sigara Bırakma Özellikleri

		N:451	%	
Daha Önce Bırakmayı Denediniz mi?	Evet	369	(%81,8)	
	Hayır	82	(%18,2)	
		N:369	%	
Denediyseniz Destek Aldınız mı?	Destek Almadım	259	(%70,2)	
	Psikososyal Destek Aldım	8	(%2,2)	
Denediyseniz Destek Aldınız mı?	Farmakoterapi Aldım	102	(%27,6)	
	Ort±SS (Medyan)	En Düşük	En Yüksek	
Sigaraya Bırakmayı Düşündüğü Süre?(yıl)	4,23±5,87 (2)	0,08 (1 ay)	50	
Kaç Defa Bırakmayı Denediniz?	24,37±11,30 (22)	1	200	
Önceki bırakmalarda en uzun bırakma süresi? (gün)	232±536,24 (30)	1	5400 (15 yıl)	

Daha önceki bırakma denemelerinde en uzun bırakma süresi 15 yıl olarak tespit edilmiştir. Denemesine rağmen 1 gün bile bırakamayan 41 kişi vardı. Katılımcıların ortalama bırakma süresi 232 (0,8 yıl) gün, ortanca değer 30 gün olarak tespit edildi (Tablo 7).

Daha önceki bırakma denemelerinde 259 kişi (%70,18) hiç destek almamış, 102 kişi (%27,64) en az bir kere farmakoterapi ve/veya psikososyal yardım almış, 8 kişi (%2,16) ise sadece psikososyal destek almış (Tablo 7).

Katılımcılardan 3. ve 6. aydaki bırakma durumu ve daha önce sigara bırakma denemesi, kaç defa bırakmayı denediği, bırakmayı düşünme süresi, bırakma süreçlerinde destek alma durumu, karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Daha önce ki bırakma denemelerindeki en uzun bırakma süreleri 3. ay ( $p<0,001$ ) ve 6. ay ( $p<0,001$ ) karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur. Her iki grupta da daha önce sigara bırakma deneyimlerinde ki en uzun bırakma süresinin ortalaması bırakmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

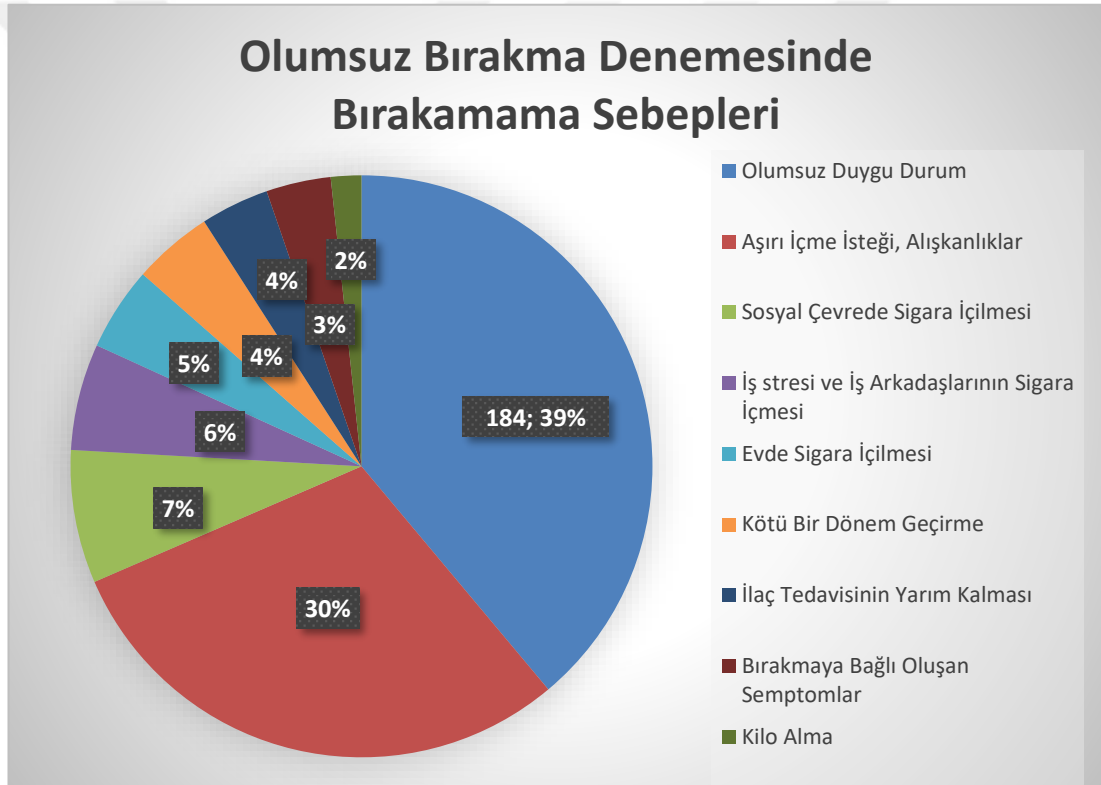
Olumsuz bırakma denemesi olan hastalara bırakmadaki engeller sorulduğunda, bir veya birden çok sebep söylemişlerdir. Hastaların verdiği cevaplar doğrultusunda bu nedenleri 9 ana başlık altında topladık. Bazı hastalar birden çok neden yazdığı için toplamda 472 cevap gruplandırılmıştır (Şekil 2).

- “Stres, sinirlilik, mutsuzluk, gerginlik vs.” duygu durumun olumsuz kaymasını sebep gösteren 184 kişi
  - “Aşırı içme isteği, alışkanlıklar” yanıtını veren 140 kişi
  - “Sosyal çevrede yanımda sigara içenlerin olması, sigara ikram edilmesi, sigara içilmesini görmek”, cevabını veren 35 kişi
  - “İş ortamı, iş yerinde veya iş arkadaşlarının sigara içmesi” diyen 28 kişi
  - “Evde sigara içilmesi”, diyen 22 kişi
  - Boşanma, yakınıni kaybetme, çocuğunun hasta olması gibi “kötü bir dönem geçiriyordum” diyen 21 kişi vardı

- “Ağız yarası, baş ağrısı, konsantrasyon kaybı, uyku bozukluğu” gibi sigarayı bırakmaya bağlı yan etkiler geliştiğini düşündüğü için tekrar başlayan 17 kişi

- “İlaç tedavisini tamamlayamamak” diyen 18 kişi
- “İştah artışı, kilo aldım” diyen 8 kişi

Çalışmaya katılan kişilerin üçüncü ve altıncı ayda sigarayı bırakma durumları ile olumsuz sigara bırakma denemelerinde sigarayı bırakmama nedenleri kişiler tarafından bir veya birden çok cevap alınmış, cevaplar ayrı ayrı değerlendirilmiş olup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Şekil 2:** Olumsuz Bırakma Denemesinde Bırakamama Sebepleri

Hastaların başvuru sırasındaki kararlarını incelediğimizde “Sigarayı neden bırakmak istiyorsun?” sorusuna verilen yanıtlar arasında en önemli sebebin sağlık ile ilgili kaygılar ya da yaşanan problemler olduğunu gördük. Hastaların verdiği cevaplar doğrultusunda 11 ana başlık altında verileri topladık. Birden fazla neden gösterenler olduğu için toplamda 625 cevap

alınmıştır. En sık aldığımız cevaplar; sağlık endişesi 176 kişi, mevcut sağlık sorunları (ve/veya sigaranın sağlık durumlarını daha kötü etkilemesi) 147 kişi, çocuklar nedeni ile 87 kişi (çocukların istememesi: 77 kişi; çocuk sahibi olmak istemesi: 10 kişi) tarafından ifade edilmiştir. Tablo 8’de sigara bırakma nedenleri ayrıntılı verilmiştir.

**Tablo 8:** Sigara Bırakma İsteme Nedenleri

	n=614	%
Sağlık endişesi	176	%28,1
Mevcut sağlık sorunları	147	%23,5
Çocuklarının bırakmasını istemesi	87	%13,9
Maddi kayıp	46	%7,4
Kozmetik, diş sararması, kötü koku, uyku kalitesinin bozulması gibi(hayat kalitesinin bozulması)	41	%6,6
Eforla nefes darlığı yaşan(bilinen hastalığı yok)	27	%4,3
Bağımlılıktan kurtulma, özgürleşme isteği:	27	%4,3
Eşinin bırakması yada bırakmasını istemesi	26	%4,2
Yakınlarının bırakması	20	%3,2
Arkadaşının bırakması veya bırakmasını tavsiye etmesi	17	%2,7
Covid pandemisi	11	%1,8

Üçüncü ay bırakma durumu ile “çocukları için veya çocuklarının bırakmasını isteme” nedeni arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,018$ ); diğer bırakma nedenleri ile 3. ve 6. ay sigara bırakma arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

“Sigara içme isteğinizi arttıran durumlar nelerdir?” sorusuna verilen çoklu yanıtların (toplamda 1333 yanıt) dağılımı aşağıda yer almaktadır.

- Duygu durumunun kötü olması(sinir-stres-kaygı-mutsuzluk gibi): 339 kişi
- Yemek ve yemek sonrası: 283 kişi
- Arkadaş ortamı-yanımda sigara içilmesi: 193 kişi

- ay: 174 kişi
- Kahve: 153 kişi
- İş ortamı (iş stresi, iş ortamında ya da iş arkadaşlarının sigara içmesi): 128 kişi
- Keyifliyen: 85 kişi
- Alkol: 62 kişi
- Boş vakitler (boşluk hissi): 16 kişi

Üçüncü aydaki bırakma durumu ile sigara içme isteğini arttıran durumlar arasından alkol kullanımı ( $p<0,001$ ) ve keyifli zamanlarda içme ( $p=0,003$ ) durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Altıncı aydaki bırakma durumu ile sigara içme isteğini arttıran durumlar arasından alkol kullanımıyla ( $p=0,045$ ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların 3. ve 6. aydaki sigarayı bırakma durumlarına göre sigara içme isteğini arttıran diğer durumlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Alkolle ve keyifli zamanlarda içme isteğinin arttığını ifade eden katılımcılar da sigara bırakma başarısı daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Evinizde şuan sizden başka sigara içen var mı? Sorumuza 258 kişi (%57,20 ) var, 193 kişi (%42,80 ) yok demiştir.

- 158 kişi 1 (evinde sigara içilenlerin %61,24'ü)
- 79 kişi 2 (%30,6)
- 17 kişi 3 (%6,5)
- 3 kişi 4 (%1,5)
- 1 kişi de 5 (%0,3) aile bireyinin sigara içtiğini yaşadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların 3. ve 6. aydaki sigarayı bırakma durumlarına göre bırakan ve bırakmayan hasta grupları arasında sigaraya başlama nedenleri ayrı ayrı değerlendirilmiş; evde başka sigara içen birinin olması arasında anlamlı fark bulunmamışken ( $p>0,05$ ); evde sigara içenlerin sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (3. ay  $p=0,039$ ) (6. ay  $p=0,018$ ). Evde sigara içenlerin sayısının ortalaması bırakamayan grupta daha yüksek bulunmuştur.

İş ortamı ve yakın arkadaş çevresinde sigara içilmesini sorguladığımızda 422 kişi (%93,56) iş ve sosyal arkadaş çevresinde sigara içildiğini, sadece 29 kişi (%6,44 ) arkadaşlarının içmediğini ifade etmiştir.

Katılımcılardan, ailesinde ya da yakın çevresinde sigara kaynaklı sağlık sorunu yaşayan 209 (%46,34) kişi var idi.

Yakın çevresindeki en az 1 kişi sigarayı bırakmakta başarılı olan 328 (%72,72) katılımcı mevcut idi.

Anketimiz de ilave sorularımızdan iş ve arkadaş ortamında sigara içenlerin olması ve aile veya yakın çevrede sigara bırakanların olması etkenlerinin üçüncü ve altıncı aydaki bırakma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Aile veya yakın çevresinde sigara nedeniyle sağlık sorunları varlığı ile üçüncü ay bırakma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışken ( $p>0,05$ ); altıncı ay bırakma durumu arasında pozitif etkili anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,032$ ).

#### **4.4. Katılımcıların Fizik Muayene Özellikleri**

Hastaların polikliniğe ilk başvurularında boy ölçüm ortalaması 171,72 cm ( $\pm 9,20$ ), en kısa boylu hasta 147 cm, en uzun boylu hasta ise 192 cm olarak tespit edilmiştir (Tablo 9).

Hastaların yapılan kilo ölçümleri sonucuna göre 451 kişinin ortalama kilosu 76,63 kg ( $\pm 15,45$ ). Güncel tartı ağırlıkları sorularak elde edilen ölçümler değerlendirildiğinde ortalama değer 77,61 kg ( $\pm 15,19$ ) idi (Tablo 9).

İlk başvuruda ölçülen kilo ve boylara bakıldığında hesaplanan vücut kitle indeksi (VKİ) ortalama değeri 25,83 kg/cm<sup>2</sup> ( $\pm 4,17$ ); güncel değerlere göre VKİ 26,20 kg/cm<sup>2</sup> ( $\pm 4,10$ ) idi (Tablo 9).

**Tablo 9:** Boy, Kilo, VKİ Verileri

	<b>Ortalama ± SS (Medyan)</b>	<b>En Düşük</b>	<b>En Yüksek</b>
Boy (cm)	171,72±9,20 (172,0)	147	192
İlk Kilo (kg)	76,54±15,45 (75)	40	128
Güncel Kilo (kg)	77,61±15,19 (75)	40	130
İlk VKİ (kg/cm <sup>2</sup> )	25,83±4,17 (25,56)	15,63	41,52
Güncel VKİ (kg/cm <sup>2</sup> )	26,20±4,10 (25,92)	15,63	40,40

Çalışmaya katılan hastaların bırakma durumları ile boy, ilk kilo, ilk VKİ, güncel kilo ve güncel VKİ değişkenleri açısından incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Katılımcıların kilo (+1,07 kg) ve VKİ (+0,37 kg/cm<sup>2</sup>) artmıştır; değişimleri kişi bazlı değişiklik gösterse de zaman geçtikçe kilo alanların ilk kilolarına tekrar yaklaştığını belirledik.

#### 4.5. Katılımcıların Ölçek Puanları

Fagerstörn nikotin bağımlılık skoru en düşük 0 en yüksek 10 olarak hesaplandı. Ortalama değer 6,06; ortanca değer 6'dır (Tablo 10).

Çalışmaya dahil edilen kişilerin üçüncü aydaki sigara bırakma durumu ve Fagerström nikotin bağımlılık skoru) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,003$ ). İlk üç ayda sigarayı bırakmayanlarda FNBT ortalama skoru daha yüksek hesaplanmıştır (Tablo 10).

Çalışmaya dahil edilen kişilerin altıncı aydaki sigara bırakma durumu ve Fagerström nikotin bağımlılık skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0,085$ ) (Tablo 10).

HAD anksiyete skoru en düşük 0 en yüksek 14 olarak hesaplandı. Ortalama değer 8,10; ortanca değer 8'dir.

HAD depresyon skoru en düşük 0 en yüksek 14 olarak hesaplandı. Ortalama değer 6,44; ortanca değer 6'dır.

Çalışmaya katılan kişilerin üçüncü aydaki bırakma durumu ile HAD anksiyete ( $p=0,003$ ) ve depresyon ( $p=0,04$ ) skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İlk üç ayda sigarayı bırakmayanlarda HAD anksiyete ve depresyon ortalama skorları daha yüksek hesaplanmıştır.

Katılımcıların altıncı aydaki bırakma durumu ile HAD anksiyete skoru ( $p=0,155$ ) ve depresyon ( $p=0,506$ ) skorları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

**Tablo 10:** Ölçek Skorları

	Ort.	Medyan	En Düşük	En Yüksek	3.Ay BD ( p değeri)	6.Ay BD ( p değeri)
FNBT	6,06	6	0	10	0,003	0,085
HAD Anksiyete skoru	8,10	8	0	14	0,003	0,155
HAD Depresyon skoru	6,44	6	0	14	0,004	0,506

#### 4.6. Katılımcıların Sigara Bırakma Durumunu Etkileyen Faktörler

Polikliniğimize gelen her hasta ile motivasyonel görüşme yapılarak kararın desteklenmesi, tedavi süreci ve bırakmanın sürdürülmesine yönelik müdahalelerde bulunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların tamamı davranış değişikliğine yönelik destek alırken 429 hasta ilave farmakoterapi kullanmıştır. Kullanılan farmakoterapi;

- Vareniklin: 363 kişi (%80,48)

- Nikotin Replasman Tedavisi (NRT): 65 kişi (%14,41) nikotin bandı; 3 kişi (%0,66) nikotin sakızı. İki kişi sadece nikotin sakızı kullanırken, 1 kişi vareniklinle birlikte kullanmıştır.
- Bupropion: 3 kişi (%0,66). İki kişi sadece bupropion kullanırken 1 kişi nikotin bandıyla birlikte kullanmıştır.
- Motivasyonel görüşme ile 6 kişinin takip edilmesi uygun görülmüştür.

Tedaviye başlama aşamasında 40 hastadan (%8,88) psikiyatri konsültasyonu istenmiş, bu hastaların 20'sine vareniklin, 4 kişiye nikotin bandı başlanmış, kalan 16 kişi (%40'ı) ise psikiyatri konsültasyonuna gidemediği için tedaviye başlanmamıştır. Konsültasyona gidememe nedeni olarak randevuya gidememek veya randevu alamamak gösterilmiştir.

Çalışmamız da vareniklin kullananlarda her 2 grup da (3. ay ve 6. ay) bırakma başarısı daha yüksekken psikiyatri konsültasyonu yapılan hastalarımızda bırakma başarısı daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sigara bırakma polikliniğine başvurudan itibaren kaç ay geçtiğine baktığımızda; en yakın tarih 6 ayken en uzak tarihe 18 ay olarak tespit edildi. Ortalama 11,79 ay; ortanca 12 aydır. Anketimize katılanlar arasında ay olarak ayırdığımızda sırasıyla: 65 kişinin 12 ay; 48 kişinin 10 ay; 44 kişinin 13 ay; 42 kişinin 8 ay; 35 kişinin 7 ay ilk muayeneden bu yana geçen süredir.

Kaç hafta ya da kaç kutu ilaç kullandın sorusuna aldığımız yanıtları doğrultusunda verilen cevapları 'tedavi haftası' şeklinde standardize ettik (nikotin bandı yada vareniklin tedavisini ilaç dozunu azaltarak tedavi süreci uzatılan birçok hastamız bulunmaktadır). 50 hastamız; ilaç tedavisi başlanmaması, psikiyatri konsültasyonuna gitmemesi ya da kontrole gelememesi, ilacı temin edememek, ilaç yan etkilerinden çekinmek, ilacı kaybetmek gibi nedenlerden dolayı hiç ilaç kullanmadığı tespit edildi. Tedaviye başlayanlar arasında en az kullanım 0,5 hafta (3-4 gün) en uzun süre 36 hafta olarak belirlendi. En az 1 gün kullanan hastalar baz alındığında ortalama tedavi kullanım haftası 6,20; ortanca değer 4 haftadır (ortalama 1 kutu vareniklin, 4 kutu nikotin bandı kullanılmıştır).

Katılımcılardan 3. aydaki bırakma durumu ve SBP ile birlikte kullandığı ilaç süresi (hafta) karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Katılımcılardan 6. aydaki bırakma durumu ve SBP ile birlikte kullandığı ilaç süresi (hafta) karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Her iki grupta da ilaç kullanım süresi arttıkça bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur.

Sigara bırakma tedavisinde 6.ay sonunda bırakan hastalarımıza yönelttiğimiz “Sigarayı bırakmanızda neler etkili (faydalı) oldu?” sorusuna aldığımız çoklu yanıtlar aşağıda yer almaktadır. Bu soruyu yanıtlayan 342 (%76,84) kişiden aldığımız 984 yanıtı 9 grupta inceledik: Sigarayı bırakmanızda neler etkili (faydalı) oldu? ( Bu süreçte 1 günde olsa bırakmanızda size yardımcı olan faktörler nelerdir?) Sorusuna 6. ay sonunda 451 kişiye yönelttik 109 (%24,16) hastamız cevap vermezken, 342 (%76,84) hastamız bir veya birden çok etken söylemişlerdir.

Hastaların verdiği cevaplar doğrultusunda 9 ana başlık altında verileri topladık. İlaç tedavisi (champix, nikotin bandı, zyban) (284 yanıt), sigara bırakma polikliniğinden alınan danışmanlık ve motivasyonel destek (240 yanıt), aile desteği (113 yanıt) katılımcıların en çok verdiği destek faktörleri idi. Tablo-11 de ayrıntılı olarak verilmiştir.

**Tablo 11:** Sigara Bırakmada Faydalı Olmuş Etkenler

	N	%
İlaçlar	284	%28,8
SBP Hizmeti	240	%24,4
Aile Desteği	113	%11,5
Bırakma isteği (motivasyon sebepleri; çocukların istemesi, maddi kayıp, uyku sorunları gibi)	106	%10,8
Davranış değişikliği	78	%7,9
Alo 171	54	%5,5
Spor	49	%5
Sağlık sorunları	44	%4,5
Beslenme değişikliği	16	%1,6
Toplam	984	%100

Hastaların tedaviye uyumunu değerlendirmek açısından yönelttiğimiz: “Sigara Bırakma Polikliniği kontrollerini gerçekleştirdiniz mi? (Yüz yüze veya telefonla)” sorusuna aldığımız yanıtları üç gruba ayırdık. Kontrol randevusuna hiç gelmeyen 149 kişi (%33,03), ayarlanan randevuların tamamını gerçekleştiren 163 kişi (%36,14) ve ayarlanan randevuların tamamını gerçekleştirememese de en az 1 tanesini gerçekleştirenleri ise ‘kısmen’ başlığı altında inceledik; 139 kişi (%30,08) kısmen grubunda vardı.

Anketimiz de yönelttiğimiz sorulardan SBP kontrollerini gelme durumu üçüncü ( $p<0,001$ ) ve altıncı aydaki ( $p<0,001$ ) bırakma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kontrollere gelen katılımcılarda bırakma başarısı daha yüksek hesaplanmıştır.

Randevuya gelmeyen/gelemeyen hastalara sebebini sorduğumuzda; en sık ( $n:139$ ; %29,45) tedaviye uyamamak ve/veya sigara içmeye devam etme nedeni ile çekindiklerini söylemişlerdir. Diğer sebepler şu şekilde sıralanabilir;

- İşten izin alamamak: 86 kişi (%18,22)
- Sigarayı bıraktığını düşünmek: 57 kişi (%12,07)
- İlacı temin edememek: 46 kişi (%9,74)
- Kişisel ve ailevi problemler: 39 kişi (%8,26)
- Ulaşım güçlüğü: 38 kişi (%8,05)
- Pandemi şartları ve yasakları: 29 kişi (%6,14)
- Randevu zamanını unutmak: 27 kişi (%5,72)
- İletişim numaralarına erişememek: 9 kişi (%1,91)
- Verilen hizmetten memnun kalmadığı için: 2 kişi (%0,42)

Sigarayı bırakamayan hastalara yöneltilen “Sigarayı neden bırakamadınız, bu süreçte sizi neler zorladı?” sorusuna alınan yanıtlar Tablo 12’deki şekilde gruplandırılmıştır.

**Tablo 12: Sigara Bırakmayanlarda Bırakmayı Zorlaştıran Etkenler**

	n=	%
Olumsuz duygudurum (sinirlilik, gerginlik, mutsuzluk, keyifsizlik, stres, ...)	198	%27,2
İlacı kullanmamak/kullanamamak	138	%19
Alışkanlıklarla birlikte oluşan içme isteği	131	%18
Arkadaş ve İş ortamında sigara içilmesi	82	%11,3
İlacı temin edememek	49	%6,7
Bir şeyler içtikten sonra (çay, kahve, alkol gibi) oluşan içme isteği	49	%6,7
Yemek veya bir şey yedikten sonra oluşan içme isteği	46	%6,3
Ailede sigara içenlerin olması	21	%2,9
Sigara bıraktıktan sonra bedene olan etki (kilo alma, ağız yarası...)	14	%1,9
Toplam	728	%100

SBP ile en uzun bırakma süreniz ne kadar? Sorusunu 6. ayda sigarayı bırakamayanlara sorduk. 291 kişiden aldığımız cevaplar şu şekildi; 93 kişi hiç cevabını verdi ama bu kişilerin 50'si (total de %15,77) hiç ilaç temin edemediği ya da yan etkilerinden çekindiği için kullanmayan kişilerdi. En kısa bırakma süremiz 1 günken en uzun bırakıp başlayan 160 gün sonra tekrar sigara içmeye başlamıştır. Ortalama 29,5 gün; ortanca değer 7 gündür.

Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz? Bırakamayanlar için sorduğumuz bu soruya 290 kişiden 257'si (%88,3) evet, 34 (%11,7) kişi ise hayır cevabını vermiştir.

## 5. TARTIŞMA

Tütün ve tütün ürünleri, dünya genelinde önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Sigara kullanıcılarının yaşam beklentisi, kullanmayanlara göre en az 10 yıl daha kısadır ve sigara kullanıcılarının üçte ikisi sigaraya bağlı bir hastalıktan ölmektedir. Sigarayı bırakmak çok önemli olmakla birlikte, sigarayı kendi kendine bırakmaya çalışan sigara içenlerin %90-95'i bir yıl içinde tekrar sigaraya başlamaktadır. Sigarayı bırakma tedavisi yaygın olarak kullanılmaktadır ve sigara içenlerin sigarayı bırakmak için eskisinden çok daha fazla fırsatı vardır. Davranışsal ve ilaç tedavilerinin bir kombinasyonu olan sigarayı bırakma tedavisi gören sigara içenler, kendi kendine bırakmaya çalışan sigara içenlere göre sigarayı bırakmada beş kat daha başarılıdır. Bununla birlikte, bazı sigara içenler tedavi görmesine rağmen sigarayı bırakmayı zor bulmaktadır. Bunlar sigara içen; kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olanlar, psikiyatrik hastalık tanıları olanlar, kadınlar ve reşit olmayanları içerir (87).

Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylere ilk değerlendirmede sosyodemografik verileri, FNBT, HAD ölçeği uygulanmıştır. Hastaların takiplerinde üçüncü ay ve altıncı aydaki bırakma durumuna göre veriler değerlendirilmiştir. Sigaraya başlama ve bırakmayı etkileyen faktörler derinlemesine araştırmak için hazırlanan ek anket pandemi şartları gözetilerek telefonla aranarak uygulanmış bu şekilde hastaların sigara bırakma kontrolleri de gerçekleştirilmiştir.

Genel olarak erkeklerde sigara kullanma oranı kadınlara göre daha fazladır. Yapılan birçok çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerin büyük çoğunu erkeklerin oluşturduğu gösterilmiştir (88,89). Bu çalışmada da katılımcıların %63,9'unu erkekler oluşturmaktadır. Bu durum sigara içme prevalansının erkeklerde daha yüksek olması ile ilişkilendirilebilir. Bununla birlikte, birçok ülkede özellikle genç kadınlar ve sosyoekonomik dezavantajlara sahip olan kadınlar arasında sigara içmek artarken, erkekler arasında sigara kullanımı azalmaktadır (90).

Çalışmamızda üçüncü ayda bırakma başarısında cinsiyetler açısından anlamlı fark bulunmamışken ( $p=0,103$ ); altıncı ayda bırakma başarısında cinsiyetler açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,044$ ). Altıncı ayda erkeklerin bırakma oranının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan bir meta-analizin sonuçlarına göre vareniklin tedavisinin erkeklere kıyasla kadınlar için bırakma başarısını diğer tedavilere göre daha çok arttırdığı gösterilmiştir. Nikotin replasman ve bupropion tedavisinde ise kadınlarda sigara bırakma başarısı erkeklerden daha düşük izlenmiştir (91, 92). Kadınlar arasında cinsiyet odaklı çalışmalarla sigara bırakma oranlarını arttırmak mümkün olabilir (93). Çin'de yapılmış bir çalışmada sigara içme davranışları arasındaki ilişkide cinsiyet ve kır-kent farklılıklarının olduğu görülmüştür (94).

Polikliniğe başvuru yaşının 19-76 yaş, ortalamasının 41 yaş olduğu görüldü. Sigara bırakma polikliniğine en çok başvurunun 23-53 arasında olduğu görüldü. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de sigara içen kişilerin çoğunluğunu 25-44 yaş oluşturmaktadır (3. Monso ve arkadaşlarının yürüttüğü sigarayı bırakma programlarına katılan Avrupalı sigara içicilerinde yaş, cinsiyet ve barınma koşullarının sigarayı bırakma üzerinde büyük etkisi olduğu gösterilmiştir (95). Çalışmamızda 6. ay sigara bırakma başarısında yaşa göre bırakma durumunda anlamlı fark izlenmiştir ( $p=0,038$ ).

Katılımcılardan 300'ü (%66,5) evli, 125'i (%27,8) bekar, 16 kişi (%3,5) dul, 10 (%2,2) kişi ise boşanmış idi. Kişilerin medeni durumları ile bırakma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Yapılan birçok sigara bırakma çalışması gösterdi ki sigara bırakmak için başvuran kişilerin büyük bir kısmının medeni durumu evliydi (96). Sigara içme oranının evli olmayanlarda evlilere göre daha yüksek olduğu literatürde gösterilmiştir (97). Martin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli olan ya da bir partneriyle yaşayan kadınların sigara bırakma olasılıkları tek yaşayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (98). Esmer ve arkadaşları yaptığı çalışmada evli ve çocuk sahibi olanların en az 3 ay süreyle sigara bırakmada başarı oranlarını daha yüksek bulmuştur (89).

Çalışmaya katılanlardan 4 kişi (%0,9) okuryazar değil, 3 kişi (%0,7) okuryazar, ilköğretim mezunu 126 kişi (%28) lise mezunu 163 kişi (%36,1), yüksekokul ve üstü mezun 151 kişi (%33,5) mevcuttu. Yüksek eğitilmiş erkekler, sigaranın sağlığa zararlarıyla ilgili daha fazla bilgiye sahip olduğu ve sigaranın tehlikelerine karşı daha net bir tavır göstermişlerdir (99). Kanada'da yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan bireylerde sigara içme yaygınlığı ve günlük içilen sigara miktarı daha fazla bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerde bırakma ihtimali daha fazla olduğu izlenmiştir (87). Çalışmamızda 3. ay sigara bırakma başarısında öğrenim durumuna göre bırakma durumunda anlamlı fark izlenmiştir ( $p=0,033$ ).

Çalışmaya katılanların meslek gruplarında sigara bırakma başarıları arasında farklılık gözlemlendi fakat meslek çeşitliliği ve meslek gruplarında sayısal farklılıklardan dolayı anlamlılık bakılmadı. Sonuçlarımız arasında yer alan çalışma durumuna göre üçüncü ( $p=0,038$ ) ve altıncı ( $p=0,009$ ) ay bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Avrupa'da yürütülen 15 çalışmanın meta-analiz verilerinden çıkan sonuçlara göre sigara kullanan çalışanlarda sigara kullanmayan çalışanlara göre %11 daha fazla iş gerginliği bildirmiştir. Bununla beraber, sigarayı bırakanlar ve hiç içmeyenler arasında iş stresi açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. İş stresinde artışın, tütün kullanıcılarında sigara dozunda artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir (100).

Katılımcıların aylık ortalama gelirlerine bakıldığında 73 kişi (%16,2) asgari ücret altında, 103 kişi (%22,8) asgari ücret 275 kişinin (%61) geliri de asgari ücretin üstündeydi. Sosyoekonomik durum sigara içme davranışlarının önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmiştir. Çin'de yapılan bir çalışmada gelirin sigara içme davranışları üzerindeki etkisi küçük ve hatta önemsiz olmasına rağmen, meslek ve eğitim düzeyleri sigara içme davranışlarıyla önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (94). Yöneticilerin veya profesyonel meslek sahiplerinin sigara içme oranları daha yüksek gösterilmişken, sigara bağımlılık düzeyleri ile anlamlı bir ilişki tespit edememişlerdir (94). Daha yüksek eğitim düzeyine sahip sigara içen bireylerin sigara tüketme ortalaması daha düşük olarak izlenmiştir. Eğitim ve sigara içme davranışları arasındaki ilişki sağlık bilgisi arttıkça sigara içme oranları azalır, şeklinde yorumlanmıştır (94). Diğer

bir görüşe göre gelir, eğitim düzeyi, meslek sınıfı ve diğer çeşitli sosyoekonomik faktörlere göre sigara içme prevalansında açık bir değişim gözlemlenmekte ve daha düşük sosyoekonomik şartlara sahip olanlar, yüksek sosyoekonomik şartları olanlara kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla sigara içme ihtimaline sahiptir (101). Çalışmamızda aylık ortalama gelir düzeyi ile bırakma durumu arasında anlamlı farklılık izlenmedi.

Aylık sigaraya harcanan ortalama gider 560,64 Türk lirası olarak saptandı. Katılımcıların aylık sigaraya harcadığı ortalama gider ile üçüncü ay bırakma ( $p=0,261$ ) ve altıncı ay bırakma ( $p=0,612$ ) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Huang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara maliyetleri arttıkça tiryakiler marka değişikliğine, toptan tütün ürünü alışverişine yönelmişler fiyat/performans ürünler kullanmayı tercih etme yaş, cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir (102). Reid JL ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 1 aylık sigarayı bırakma durumu eğitime ve gelire, 6 aylık sigarayı bırakma durumu eğitime göre değişiyorken, 12 aylık sigarayı bırakma durumu her iki sosyoekonomik ölçüyle de değişmemektedir. Daha spesifik olarak yüksek geliri olan katılımcıların eğitim ve geliri düşük veya orta seviyeli olanlara göre en az 1 ay bırakma olasılığı %20- 30 daha yüksekti. Buna ek olarak, yüksek eğitilmiş katılımcıların, düşük veya orta eğitilmiş olanlara kıyasla en az 6 ay boyunca bırakma olasılıkları %30 daha yüksekti. Daha düşük sosyo-ekonomik grupların arasında daha düşük bırakma oranlarının olması, sadece bu gruptan sigara içenler arasında daha az bireyin sigara bırakmaya çalışmasından kaynaklanmadığını göstermektedir (101). Fakat aynı çalışmada, Birleşik Krallık'ta sigara içenlerin bırakmaya teşebbüs etme olasılığı daha düşük olsa da, deneyenler sigarayı bırakmada daha başarılı bulunmuştur. Birleşik Krallık'ta sigara içenler arasında gözlemlenen daha yüksek yoksunluk oranları, ulusal sağlık otoriteleri tarafından sunulan kapsamlı sigara bırakma hizmetlerinden kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmektedir (101).

Çalışmamızda en fazla görülen hastalıklar hipertansiyon, solunum yolu hastalıkları (astım, KOAH), kardiyovasküler hastalıklar, endokrin hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklar (depresyon, anksiyete bozukluğu) idi.

Çalışmamızda kronik hastalıklar açısından anlamlı fark izlenmezken hastalık grupları izlendiğinde psikiyatrik hastalık tanısı olanlar da bırakma başarısı daha düşük izlenmiştir. Yapılan çalışmalar kronik hastalık varlığının sigara bırakma başarısına etkisi ile ilgili farklı sonuçlar vermektedir. Salepçi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sigara içicilerinin ek hastalıklarının olmasının bırakma başarısını etkilemediği görülmüştür (103). Ülkemizde diğer bir çalışma da Uzaslan ve arkadaşları ise sigara bırakma başarısını katılımcıların sağlık problemlerinin olması olumlu şekilde etkilediği bulunmuştur (104). ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) tarafından 2006'da yapılan geniş kapsamlı bir çalışmanın sonucunda tütün ile ilişkili kronik hastalığı olmayan kişilerin, sigara içmeye devam etme oranlarının, kronik hastalığı olan gruba göre daha düşük olduğu analiz edilmiştir (105). Sigara bırakmaya çalışan KOAH'lı olgular da bırakma başarısı sağlıklı kişilere göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (106). Birçok farklı çalışmada gösterilmiştir ki psikiyatrik hastalık tanılı kişilerde tütün bırakma başarısı azalmaktadır (5, 87, 107, 108). Başka bir analiz de çeşitli organ kanserlerine sahip hastaların sigara bırakma tutumlarının değerlendirildiği bazı çalışmaları incelemiş ve tanı anında sigara içen hastaların %14-58'inin tanı sonrasında da tütün kullanmaya devam ettiğini tespit etmişlerdir (109).

Çalışmamızda düzenli çay, kahve ve alkol kullanımı ile üç aylık sigara bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,018$ ). Çay, kahve ve alkolün tüketim sıklığıyla kıyasladığımızda sigara bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Düzenli çay, kahve veya alkol tüketimi sigara bıraktırmada başarıyı olumsuz etkilemektedir. Treur ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada fazla kafein tüketimi sigara kullanımıyla ilişkilidir; kahve tüketimi ile pozitif, kola ve enerji içecekleri ile daha az güçlü bir şekilde ilişkilidir. Çay tüketimi ise kültürel değişiklikler göstermektedir. Alkolsüz içecek tüketimi ve sigara kullanımı arasında pozitif korelasyon mevcuttur (110). Hollanda'da yapılan bir çalışmada sigara ile alkol ve esrar kullanımı arasında güçlü bir ilişki olduğu ve bunun genetik yatkınlıkla bağdaşabileceği düşünülerek yapılan

çalışmada günlük sigara içilmesi ve haftalık alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (111).

Sigaraya başlama yaşı en düşük değer 7 yaş, en yüksek değer 55 yaş, ortalaması 17,7 yaştır. Çalışmamızda sigara başlama yaşı ile üçüncü ay bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,018$ ). Tütün, alkol ve diğer keyif verici maddeleri kullanmaya başlama yaşı genellikle ergenlik ya da genç erişkinlik dönemidir (89). Avrupa'da son yıllarda genel olarak sigaraya başlama oranları önemli ölçüde azalmış olsa da genç ergenlerde (11-15 yaş) sigara kullanmaya başlaması endişe verici bir şekilde artmıştır. Sigaraya başlama yaşının düşük olması sigaraya bağlı mortalite ve morbidite riskinde artış ile ilişkilidir. Küçük yaşlarda başlama, bırakıldıktan sonra daha fazla nüks riski ile ilişkilendirilmiştir. Tüm bu bulgular küçük yaş gruplarını hedef alan ve etkili tütün kontrol stratejilerinin uygulanması gerektiğini düşündürmektedir (112). 16 yaşından önce sigaraya başlayanlarda, daha sonra başlayanlara kıyasla sigarayı bırakma olasılığı daha düşüktür (112). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da 15 yaşından önce sigaraya başlayanlar da sigarayı bırakma, 15 yaşından sonra başlayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (113).

Çalışmamızda sigara içme sürelerine (paket/yıl) bakıldığında ortalama 24,37 paket/yıl idi. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sigara içme süresini bırakma başarısını etkileyen faktörler arasında gösteren çalışmalar mevcuttur. Gorecka ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içme süresinin bırakmada anlamlı bir değişken olduğu bulunmuştur (114).

Sigara başlama nedenleri ise bazı hastalarımız birden çok yanıt vermişlerdir. En çok 320 kişi (%60,9) arkadaş çevresini, 95 kişi (%18) özentisi, "stres-üzüntü-mutsuzluk" adı altında başladığını söyleyen toplamda 58 (%11) kişi, 33 kişi (%6,3) merak ettiği için sigaraya başladığını belirtti. Alınan cevaplar ayrı ayrı değerlendirilmiş olup sigara kullanımı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sonuç olarak pek çok olgumuz, arkadaşlarının etkisi, özentisi ve meraktan dolayı gençliğinde sigara içmeye başlamıştır. Çevre etkisi ve psikolojik ve sosyal faktörler de etkili olmuştur. Sonuçlarımız literatür ile uyumlu izlendi (89). Bu sebepler dışında depresyon, kayıp yaşamak gibi

duygusal stres yaratan faktörler sigara başlama nedenleri arasında görüldü. Batı toplumlarında başlamayı öngören önemli faktörler sigara içen arkadaşlara sahip olmak, sigara içen ebeveynlere sahip olmak, düşük sosyal sınıf, ruh sağlığı sorunlarına eğilim ve dürtüselliktir. Günlük sigara içmeye geçiş, bazen çok hızlı ve bazen birkaç yıl süren oldukça değişken bir örüntü izler. Düzenli sigara içmeye geçişi öngören önemli faktörler sigara içen arkadaşlara sahip olmak, zayıf eğitim düzeyi, yetersiz ebeveyn desteği, sigaraya karşı pozitif algılar, alkol ve düşük sosyo-ekonomik statüdür (96).

Çalışmaya katılanların daha önceki bırakma deneyimlerinin mevcut tedavi sürecine etkileri incelendiğinde, daha önce sigara bırakma denemesi, kaç defa bırakmayı denediği, bırakmayı düşünme süresi ve bırakma süreçlerinde destek alma durumu karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. Daha önce ki bırakma denemelerindeki en uzun bırakma süreleri ile üçüncü ay ( $p<0,001$ ) ve altıncı ay ( $p<0,001$ ) karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur. Her iki grupta da daha önce sigara bırakma deneyimlerinde ki en uzun bırakma süresinin ortalaması bırakmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sigara bırakma başarısı daha yüksek olanların 1 veya daha fazla bırakma girişiminde buldukları gösterilmiştir (115). Yapılan birçok çalışmada bırakma denemesi sayısı ile hazır olmuşluk değerlendirildiğinde anlamlı ilişki bulunmuştur. Karadağlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2 ve daha fazla sayıda sigara bırakma denemesinin kişinin bırakmaya hazır olma olasılığını 2,6 kat arttırdığı görülmüştür (116). Olumsuz sonuçlanan denemelerden öğrenilen davranış ve bilgilerin bir sonraki denemede kullanılması, nikotin yoksunluğuyla baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi muhtemeldir.

Çalışmamızda katılımcılara evlerinde sigara içen birinin olup olmadığı sorulduğunda her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Evlerinde sigara içen sayısını değerlendirdiğimizde sigara içenlerin sayısında artışın bırakma başarısını olumsuz etkilediği bulunmuştur. Ülkemizde yapılan iki çalışmada evde sigara içen bir yakının olmasının sigara bırakma başarısını olumsuz etkilemediği saptanmıştır (26,117). Fakat Amerika'da Chung ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içilmeyen bir evde yaşayanların, içilen

bir evde yaşayanlara göre başarılı sigara bırakma olasılığı 10 kat daha fazladır (118). Sigara bırakmanın öngörücülerini inceleyen çok değişkenli bir çalışmada, Hymowitz ve arkadaşları evde başka sigara içenlerin olmamasını önemli bir yordayıcı olarak belirlemiştir (119).

Katılımcılardan 209 kişi (%46,3) üçüncü ayda sigarayı bırakmış, 242 kişi (%53,7) sigara kullanmaya devam etmiş, altıncı ayda 160'ı (%35,5) sigarayı bırakmış, 291'i (%64,5) sigara kullanmaya devam etmiştir. Ülkemizde sigara bırakma polikliniğinde yapılan bir çalışmada üçüncü ay bırakma başarısı %36,5 olarak bulunmuştur (120). Yaşar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 12. ayda bırakma oranı %37,4'tir (117). Yapılan diğer çalışmalarda birinci yılın sonunda sigara bırakma başarısı %19-48 arasında izlenmektedir (121). Sigarayı bırakma girişimlerinin belirleyicilerinin tespit edilmesi ve sigarayı bırakma başarısının izlenmesi, etkili sigara önleme ve bırakma programları için çok önemlidir. Sigarayı bırakma programları sağlık politikalarının önceliklerinden birisini oluşturmalıdır, çünkü bunlar sigaraya bağlı hastalıkların görülme sıklığını azaltacak, böylece insanların yaşam kalitesini artıracak ve ulusal sağlık bakım maliyetlerinin yükünü azaltacaklardır. Bununla birlikte, sigara içme davranışının karmaşıklığından dolayı, sigarayı bırakmak için etkili yeni stratejiler geliştirmek oldukça zor görünmektedir. Yetişkin sigara içenlerin önemli bir kısmı aktif olarak sigarayı bırakmaya çalışsa da bırakmadaki başarı yüzdesi oldukça düşüktür. Son araştırmalar, mevcut sigara içenlerin yaklaşık %53'ünün 2018'de sigarayı bırakmayı denediğini, ancak bir yıl sonra sigara içenlerin yalnızca %6'sının hedeflerine ulaşmada başarılı olduğunu ve büyük çoğunluğunun bırakma girişiminde ilk 10 günde tekrar sigaraya başladığını göstermiştir. Bu nedenle sigara bırakma girişimlerinin nedenlerinin ve sigarayı bırakmanın başarısının belirlenmesi, tütün kullanımını ortadan kaldırmayı amaçlayan müdahale programlarını etkin bir şekilde hedeflemek için çok önemlidir. Bu bağlamda önceki çalışmalar, nikotin bağımlılığının yanı sıra, sosyal ve psikolojik özelliklerin, tekrarlardan bırakmaya yönelik karmaşık karar sürecinde önemli bir rol oynadığını göstermiştir (122).

Hasta takiplerimizde ilk başvuru ve her kontrolde motivasyonel görüşme yapılmıştır. Motivasyonel görüşme, insanların sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için kullanılacak bir danışmanlık türüdür. İnsanların bırakma konusunda kararsız hissettikleri nedenleri keşfetmelerine yardımcı olmayı ve kendilerini daha istekli ve sigarayı bırakmaya hazır hissettirmenin yollarını bulmayı amaçlamaktadır. Danışmanlar, kişiye davranışlarını neden ve nasıl değiştirmeleri gerektiğini anlatmak yerine, insanlara kendi davranışlarını değiştirmeyi seçmeleri için yardımcı olmaya çalışırlar ve başarılı olabileceklerine dair güvenlerini artırırlar (67). Sigara bırakma danışmanı, bırakma ile ilişkili bireysel faktörlerin etkisi için rehberlik edebilir ve tedaviyi, hasta alt grupları arasında başarıyı kolaylaştırma veya engelleme olasılığı en yüksek olan faktörlere göre uyarlamada yardımcı olabilir. Düzenli aralıklarla (yani 6 ay boyunca yaklaşık 6 kez) verilen yönlendirici, tavsiye odaklı danışmanlığın, sigarayı bırakma konusunda güçlü bir kolaylaştırıcı olduğu görülmüştür (123). Bireysel danışmanlığın bırakma olasılığını artırdığına dair tutarlı kanıtlar vardır. Farmakoterapiden bağımsız olarak kullanılan bireysel danışmanlığın, 11.000'den fazla katılımcının dahil edildiği derlemede en az altı ay sonra bırakmayı %40 ila %80 artıracığı tahmin edilmektedir (124).

Çalışmaya katılan kişilerden 363 kişiye (%80,5) vareniklin, 68 kişiye (%16) nikotin replasman tedavisi başlanmış, 3 kişiye (%0,6) bupropion, 22 kişi (%4,9) ilaç tedavisi reçete edilmemiş fakat bunlardan 6 kişi yalnızca motivasyonel görüşme ile takip edilmesi uygun görülürken 16 kişi ise psikiyatri konsültasyonu yapılmış fakat hastalarımız çeşitli sebeplerden dolayı kontrole gelmemişlerdir sadece motivasyonel görüşme yapılabilmektedir. Toplamda 40 kişiye psikiyatri konsültasyonu yapılmış, 24 tanesi kontrollere devam etmiştir. Bursa'da bulunan ilçe sağlık müdürlük stoklarında bupropion olmaması nedeniyle tedavi yöntemi olarak kullanılamamıştır. Büyük oranda vareniklin kullanılmasının gerekçesi başvuran danışanların çoğunluğunun FNBT skorunun orta-yüksek olması ve danışanların daha önceki denemelerinde başarısız sonuçlanmasıydı. Üçüncü ( $p<0,001$ ) ve altıncı ( $p=0,041$ ) aydaki bırakma durumuna göre seçilen bırakma yöntemleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Vareniklin kullananlarda üçüncü ( $p<0,001$ ) ve altıncı ( $p=0,041$ )

ay bırakma başarısı daha yüksekken psikiyatri konsültasyonu yapılan hastalarımızda bırakma başarısı üçüncü ( $p=0,012$ ) ve altıncı ( $p=0,032$ ) aylarda daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Klinik araştırmalar, vareniklinin güvenli olduğunu ve çeşitli hasta popülasyonlarında iyi tolere edildiğini göstermiştir. En yaygın yan etki olan mide bulantısı hastaların yaklaşık %30'unda görülür ve sıklıkla sürekli kullanım ve/veya doz titrasyonu ile hafifletilebilir. Bupropion ve nikotin replasman tedavileri dahil olmak üzere, vareniklinin, sigara içenlerde plaseboya ve aynı zamanda mevcut diğer sigarayı bırakmaya yardımcı metotlara kıyasla daha etkili olduğu gösterilmiştir (125). Sigarayı bırakmaya motive olmuş yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada nikotin bandı, vareniklin veya kombinasyon nikotin replasmanı ile sigarayı bırakma oranlarında önemli bir farklılık saptanmadı (126). Vareniklinin NRT ile kombine kullanılmasının etkinliğini ve güvenliğini araştıran bir araştırma yapılmıştır. Vareniklinin NRT ile kombinasyon tedavisi sigarayı bırakmada tek başına vareniklinden daha etkili bulunmuştur. Kombinasyon tedavi, özellikle nikotin bandının kesilme öncesi tedavisi uygulanıyorsa tek başına vareniklinden daha etkilidir. Kombinasyon tedavinin advers olayları, cilt reaksiyonları haricinde tekli tedaviye benzerdir (127).

Fagerstörn nikotin bağımlılık skoru en düşük 0 en yüksek 10 olarak hesaplandı. Ortalama değer 6,06; ortanca değer 6'dır. Çalışmamızda katılımcıların bağımlılık düzey ortalaması yüksek saptanmıştır. Bu durum Alo 171 hattından polikliniğimize yönlendirilen hasta grubunun çoğunlukla orta-yüksek bağımlılık skorlarına sahip hasta grubu olmasıyla ilişkilendirilebilir. Katılımcıların Çalışmaya dahil edilen kişilerin üçüncü aydaki sigara bırakma durumu ve Fagerström nikotin bağımlılık skoru ( $p=0,003$ ) arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. Toplumdaki tiryakilik dağılım aralığının çalışma örneklem grubumuza daralarak yansması bu sonuçlara neden olmuş olabilir. Literatürde sigara bırakma durumu ile FNBT skoru arasındaki ilişkiyi değerlendiren birçok çalışma mevcuttur. Bazı çalışmalar anlamlı ilişki saptamışken bazı çalışmalarda anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yaygın kullanıma rağmen, dikkate değer literatür, Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi'nin

genellikle nispeten zayıf güvenilirlik ve geçerlilik özelliklerini yansıtan şüpheli psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermiştir (128).

Elde edilen bulgulara göre katılımcıların anksiyete skorları yüksek saptanmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin üçüncü aydaki bırakma durumu ile HAD anksiyete ( $p=0,003$ ) ve depresyon ( $p=0,04$ ) skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çok sayıda çalışmada nikotin bağımlılığı ile anksiyete bozuklukları arasında çift yönlü bir bağlantı olduğunu tespit etmiştir. Spesifik olarak, sigara içme oranlarının anksiyete bozukluğu olan popülasyonda klinik olmayan popülasyona göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, nikotin bağımlılığı kişinin anksiyete bozukluklarına karşı savunmasızlığını artırırken, sigaranın anksiyete bozuklukları ile ilişkili semptomları hafifletmek için bir araç olarak hizmet edebilmesi ve dolayısıyla anksiyete bozukluğu olan hastalar arasında nikotin bağımlılığını artırması mümkündür. Anksiyete bozuklukları ile sigara içme arasındaki bağlantıya benzer şekilde, depresyon ve nikotin bağımlılığının da karşılıklı bir ilişkisi vardır. Tıpkı sigara içenlerin daha yüksek depresyon oranları göstermesi gibi, majör depresyonlu hastaların klinik olmayan popülasyona göre daha yüksek sigara içme düzeylerine sahip oldukları gösterilmiştir. Sigarayı bıraktıktan sonra artan depresyon şiddeti ve yoksunluk semptomlarının, depresyonlu kişilerde sigara bırakma başarısını olumsuz şekilde etkilediğini göstermektedir (129). Bulgularımız sigara bırakmanın 3. ay sonuçları açısından literatürü desteklemektedir. Nikotin bağımlılığı, sigara bırakma ve stres ilişkisini anlamak için daha çok araştırma yapılmalıdır.

Düzenli fiziksel egzersiz yapan 83 kişi (%18,40) mevcut idi. Çalışmamızda düzenli fiziksel aktivitenin 3. ve 6. ay sigara bırakmada olumlu yönde etkisinin olduğu analiz edilmiştir. Egzersizin sigara ile ilişkisini araştıran 14 çalışmayı analiz eden derleme de, sigara içme isteğini ve yoksunluk belirtilerini yönetmeye yardımcı olması için nispeten küçük dozlarda egzersiz önerilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (130). Başka bir meta-analizde 15 çalışmanın verileri incelenmiş, bunlardan 12'sinde egzersizin sigara içme isteği üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu analiz etmişler ve egzersizin sigara içme isteği ve nikotin yoksunluğu semptomları üzerinde olumlu bir etkisi

olabileceği sonucuna varmıştır (131). Sonuçlarımız literatürle uyumludur. Fakat katılımcıların yaptığı egzersizin niteliği ve süreleri açısından detaylı veriler mevcut değildir. Sigara bırakma ve düzenli egzersiz ilişkisini anlamak için daha çok araştırma yapılmalıdır.

Altıncı ayda sigara bırakma denemesi olumsuz sonuçlanmış kişilerin bırakamama nedenlerine bir veya birden çok yanıt aldık. Olumsuz duygu durum (stres, sinirlilik, gerginlik, mutsuzluk, keyifsizlik) 198 kişi (%38,8), ilacı kullanmamak/kullanamamak (yan etki, önyargı), 138 kişi (%19), alışkanlıklarla birlikte oluşan içme isteği 131 kişi (%18) tarafından en sık bırakamama nedenleri olarak ifade etmiştir. Yapılan bir çalışmada da en sık sigara bırakamama nedenleri stres ve sigara içme isteği olarak bulunmuştur. Relapsın da en sık nedeni stres ve sigara içme isteğinin olmasıdır. İlaç yan etkisi tedavide aksamaya neden olan diğer konuydu. İlaç yan etkisiyle karşılaşan danışanların kontrolleri azaltmış olması muhtemeldir. Bir çalışmada, poliklinik kontrollerinin nüks riskini azalttığı gösterilmiştir (121). Çalışmamızda en sık engel olan üçüncü neden olarak ilaç temin edememe görülmüştür. Bu durum poliklinik takipleri sırasında belli bir dönemde il stoklarında tedavi yöntemlerinin bulunmaması ve pandemi döneminde uygulanan karantina kuralları ile açıklanabilir.

Altıncı ayda sigara bırakma girişiminde bulunan hastalara bırakmaya yardımcı faktörler sorulduğunda en çok şu yanıtlar alınmıştır; İlaç tedavisi (chamix, nikotin bandı, zyban) 284 kişi (%28,8), sigara bırakma polikliniğinden alınan danışmanlık ve motivasyonel destek 240 kişi (%24,4), aile desteği 113 kişi (%11,5), bırakma isteği (motivasyon kaynağı; para, uyku sorunları, eş-çocuk-arkadaşın istemesi, pandemi) 106 kişi (%10,8) tarafından bırakma sürecinde işini kolaylaştırdığını ifade etmiştir. Sonuçlar farmakoterapinin ve motivasyonel görüşmenin önemini bir kez daha vurgulamıştır. Sigara bağımlılığında davranış alışkanlığı, fiziksel ve psikolojik bağımlılık rol oynamaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde sosyal destek bırakmayı kolaylaştırıcı faktör olarak görülmektedir. Dikkat çeken diğer nokta covid-19 pandemisinin bırakma motivasyonu ve bırakmayı kolaylaştırıcı olarak karşımıza çıkmasıydı. Pandemiden zarar görme riskini azaltmak, bazı

kullanıcıların bırakması için önemli bir motivasyon kaynağı olabilir. Bir çalışmada pandemi sırasında yaşanan yaygın korku nedeniyle sigarayı bırakma oranlarının yaklaşık %8 arttığına rapor edilmiştir. Bu dönemde sigara içen bireylerin COVID-19 pandemisinden daha fazla ve daha kötü şekilde etkilenebileceği düşünüldüğünde, bırakma çalışmalarının daha kararlı bir şekilde yapılması ve görüşmelerde covid-19 pandemisi ile kombine riskler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (132). Yapılan bir çalışmada pandemi katılımcıların yaklaşık %30'unun sigara kullanımlarını artırmış ve yaklaşık %15'i sigara bırakma motivasyonlarını azaltmıştır. Negatif duygulanım ve sigara içme arasındaki ilişki göz önüne alındığında bazı kişilerde pandeminin neden olduğu strese sigara kullanımlarını artırarak yanıt vermeleri olabilir (133). Sigara bağımlılığı çok boyutlu olup covid-19 pandemisi ile olan ilişkisini anlamak amacıyla daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri örneklem büyüklüğünün az olmasıydı. Sayının daha fazla olmamasının nedenleri; Covid-19 pandemisi sebebiyle hastaneye gelmek istememeleri, Alo 171 hattından aldıkları randevu zamanının uzun süreli olup bu süre zarfında sigara bırakmaktan vazgeçmeleri, randevu tarihini unutmaları gibi nedenler ilk başvuru sayısını azaltmıştır. Hem tez anket kısmı hem de kontrolleri gerçekleştirebilmek adına hastalarımızın; telefonla arayan numaranın kayıtlı olmaması nedeniyle güvensizlik, çalışmaya zaman ayıramama, anket sorularına cevap vermek istememe, telefon numarasının yanlış olması, telefon numarasının değişmesi ya da bilinmeyen numaraların erişime kapatılması gibi iletişim kapısının kapanması çalışmamızın önemli kısıtlılıklarındandı.

Diğer kısıtlılık, polikliniklerden yönlendirilen kişilerin gebe ve kanser hastalarından oluşması sebebiyle farmakoterapi desteğinin sınırlı kalmasıdır. Ayrıca 2021 Ağustos ayında vareniklin etken maddeli ilaç Türkiye de toplatıldığı için bazı hastalar ilaç yazılmasına rağmen hiç alamamış, birçok hastanın 2. ve 3. ay tedavi dozları karşılanamamış tedavileri yarım kalmıştır.

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri, çalışma süresince Sağlık Bakanlığı'nın ücretsiz sağladığı tedavi yöntemlerinde bupropion bulunmadığı için tedavi yöntemi olarak kullanılamamıştır. Bu nedenle bupropion ücretsiz

verilmediği ve vareniklin toplatıldığı için tek tedavi seğeneği NRT oldu. Fakat bazı dönemlerde il stoklarında tedavi yöntemleri bulunmuyordu. Bu dönemde başvuran danışanlar devlet tarafından ücretsiz sağlanan tedavi yöntemlerini kullanmak istedikleri için takipleri bırakmıştır.

Diğer bir kısıtlılık hekimlerin değişmesidir. Bir yıllık dönem içinde hizmet alan hastaları değerlendirmeye almamız üniversite polikliniklerinde araştırma görevlisi sirkülasyonu nedeniyle standart hekim hasta ilişkisi açısından tartışılabilir. Bazı hastalar kontrollerde ilk başvuru esnasında ki muayene olduğu hekimle görüşme talebinde bulunmuştur.

Bir diğer kısıtlılık, Covid-19 pandemisi sebebiyle karantina tedbirlerinin uygulanmasıyla beraber bazı hastaların takiplerine uyum sağlayamaması idi. Bu durum bırakma motivasyonunu azaltmış ve tedavi sonucunu etkilemiş olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran kişilerde bir yıllık takip sonuçları ve sigara bırakmayı etkileyen faktörleri değerlendirdiğimiz çalışmada katılımcıların üçüncü ay ve altıncı ay bırakma durumları literatür ile uyumlu izlendi.

Sigarayı ilk kez deneme yaşı ile bırakma arasında ilişki bulundu. Küçük yaşlarda sigarayı deneyen kişilerde bırakma başarısı daha düşüktü. Daha önce sigara bırakmayı deneyenlerde önceki bırakma süresi arttıkça bırakma başarısı arttığı saptandı. Düzenli fiziksel aktivitesi (spor) olanlarda bırakma başarısı arttığı gösterilmiştir.

Evde sigara içen sayısı ile bırakma başarısı arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Alkolle birlikte sigara tüketmeyi sevenlerde bırakmanın olumsuz etkilendiği de çalışmamızda anlamlı bulundu. Psikiyatrik hastalık tanısının olması bırakma durumunu olumsuz etkileyen önemli etkenlerdendi.

Tedavi süresi uzadıkça bırakma başarısının arttığını tespit ettik. Tedavi sürecine uyumun başarıyı arttırması gerek ilaç kullanımı gerek motivasyonel görüşmelerin devam etmesi anlamına gelmektedir. Bu süreçte literatür verileri ve çalışmamız sonucunda şunu net bir şekilde söyleyebiliriz; motivasyon ve ilaçlar bırakmada en önemli yardımcılarımız.

Sigara bırakma danışmanlığı sigara bırakmanın yapı taşlarından birini oluşturmaktadır. Hem toplum sağlığı hem de sigara içen bireylerde gelişen hastalıkların tedavisinde harcanan kaynaklar göz önüne alındığında sigara bırakma polikliniklerin sayısı arttırılmalıdır. Sigara bırakma danışmanlığı alan kişilere başlanan tedavilerin ücretsiz olarak ve en yakın sürede temin edebilmeleri sigara bırakma durumuna önemli etki göstermektedir.

Toplumun her kesimini ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olan sigarayı bırakmak, toplum temelli bir yaklaşım benimseyen birinci basamak sağlık hizmetleri yönüyle oldukça önemlidir. Aile hekimleri sigara bırakma hizmetlerinde önemli bir yere sahiptir. Başvuran her hastada sigara kullanımını

sorgulamak ve kısa bırakma tavsiyeleri ile daha fazla sayıda kişiye bırakma danışmanlığı yapabilmek birinci basamak hizmetlerinin ne kadar önemli bir konumda olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak sigarayı bıraktırmak zor ve zaman alan bir süreçtir. Biyopsikososyal yaklaşım ile hastayı bütüncül değerlendirerek bireye özgü davranışsal destek ve uygun bilimsel farmakolojik tedaviler ile sigara bırakma başarısının artması sağlanacaktır.



## 7. KAYNAKLAR

1. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu | Türk Toraks Derneği (2014) (Erişim Yeri: <https://toraks.org.tr/site/community/library/1655>, Erişim Tarihi: 03.04.2022).
2. Nikotin (Sigara) Bağımlılığı | Türkiye Psikiyatri Derneği (Erişim Yeri: <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimlilik>, Erişim Tarihi: 04.04.2022).
3. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 (Erişim Yeri: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-73387/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>, Erişim tarihi: 04.04.2022).
4. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, et al. Spatial, Temporal, and Demographic Patterns in Prevalence of Smoking Tobacco use and Attributable Disease Burden in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis From The Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;397(10292):2337–60.
5. Berkeşoğlu Ç, Sercan Özgür E, Demir AU. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*. 2018;11(3):355–65.
6. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel S and CRTTU and DCPGPS and CR. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: A US Public Health Service Report. *JAMA*. 2000;283(24):3244–54.
7. West R, McNeill A, Raw M. Smoking Cessation Guidelines For Health Professionals: An Update. *Thorax*. 2000;55(12):987–99.
8. Ergüder, T. Global Tobacco Epidemic and Tobacco Control. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2018. 2018 12(4), 301-306.
9. Ekerbiçer HÇ, Berberoğlu U, İnci MB. Dumansız Bir Çevre Mücadelesi: Dünden Bugüne. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018; 8(3): 470-474.
10. Tobacco | World Health Organization (Erişim Yeri: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>, Erişim Tarihi: 04.04.2022).
11. Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, S Akçay, O Elbek), 21-23.
12. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye'de Tütünle Mücadele Süreci, 2016 (Erişim Yeri: <http://havanikoruorg.tr/surec/104-kategorisiz.html> Erişim Erişim tarihi: 04.04.2022).
13. Wang TW, Asman K, Gentzke AS, et al. Tobacco Product Use Among Adults — United States, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;67(44):1225–32.
14. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General; 2010.
15. Ekpu VU, Brown AK. The Economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence: Review of Evidence. *Tob Use Insights*. 2015;8:1–

- 35.
16. Karlikaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, et al. Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006; 7(1):51-64.
  17. Özlü T, Bülbül Y. Smoking and lung cancer. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2005; 53(2):200-9.
  18. Kublay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve Sigara. Birinci basım; *Klasmat Matbaacılık*, 2008:7-11.
  19. Samet JM. Tobacco Products and the Risks of SARS-CoV-2 Infection and COVID-19. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(12 Suppl 2):S93–5.
  20. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General.* Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
  21. Stanton R, To QG, Khalesi S, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):1–13.
  22. Heerfordt C, Heerfordt IM. A Google Trends Study-Smoking Cessation. *Public Health.* 2020;183:6–7.
  23. Shi L, Lu ZA, Que JY, et al. Prevalence of and Risk Factors Associated with Mental Health Symptoms Among the General Population in China during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 2020;3(7):221–5.
  24. Münzel T, Hahad O, Kuntic M, et al. Effects of Tobacco Cigarettes, E-Cigarettes, and Waterpipe Smoking on Endothelial Function and Clinical Outcomes. *Eur Heart J.* 2020;41(41):4057–70.
  25. Kaufman AR, Twesten JE, Suls J, et al. Measuring Cigarette Smoking Risk Perceptions. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(11):1937– 45.
  26. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları. *Toraks Dergisi*, 2003;4(1):73-7.
  27. Korkmaz G, Şimşek Ç. Sigara Bağımlılığına Yönelik Müdahaleler. *Journal of Academic Research in Nursing.* 2017; 3(ek):14 - 23.
  28. Musk AW, Klerk NH DE. History Of Tobacco And Health. *Respirology.* 2003;8(3):286–90.
  29. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün (*Nicotiana tabacum L.*) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 2014;18(30):71-102
  30. Seydioğulları M. Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. *Tütün ve Tütün Kontrolü.* 2009;3–20.
  31. Çalışkan Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım). *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2015, 8(2):23-48 .
  32. Mackay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas.* World Health Organization 2002.
  33. Aslan D. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kontrolünde Yeni Bir Dönem Başladı : Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. 2005;(5):19–21.
  34. Wipfli H, Samet JM. One Hundred Years in the Making: The Global Tobacco Epidemic. *Annu Rev Public Health.* 2016;37:149–66.

35. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, et al. Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa, 2010.
36. Behr J, Nowak D. Tobacco Smoke and Respiratory Disease. Eur Respir Mon, 2002, 21:161–79.
37. What’s In a Cigarette? American Lung Association (Erişim Yeri: <https://www.lung.org/quit-smoking/smoking-facts/whats-in-a-cigarette>, Erişim Tarihi: 05.04.2022).
38. Summary E. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, 2014.
39. Smith CJ, Perfetti TA, Garg R, Hansch C. IARC Carcinogens Reported In Cigarette Mainstream Smoke And Their Calculated Log P Values. Food Chem Toxicol. 2003;41(6):807–17.
40. Güzel A. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri; Gerçekten Şeytan Otu Mu? Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2016; 4 (1):22-6.
41. Malaiyandi V, Sellers EM, Tyndale RF. Implications of CYP2A6 Genetic Variation For Smoking Behaviors And Nicotine Dependence. Clin Pharmacol Ther. 2005;77(3):145–58.
42. WHO Global Report On Trends In Prevalence of Tobacco Smoking 2015. World Health Organization, 2015.
43. Reynolds L A, Tansey E M. WHO Framework Convention On Tobacco Control. Wellcome Witnesses To Twentieth Century Medicine, Vol. 43. London: Queen Mary, University Of London; 2012.
44. Warner KE, Mackay J. The Global Tobacco Disease Pandemic: Nature, Causes, And Cures. Global Public Health, 2006, 1 (1), 65-86.
45. World Health Organization. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2019. 2019:1–209.
46. Hassan MM, Abbruzzese JL, Bondy ML, et al. Passive Smoking And The Use of Noncigarette Tobacco Products in Association With Risk For Pancreatic Cancer: A Case-Control Study. Cancer 2007;2547-56.
47. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs. World Health Organization.
48. Mpower: Tütün Salgınını Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi. (Erişim Yeri: [http://saglikenstitusu.org.tr/Images/Filemanager/mpower\\_dso.pdf](http://saglikenstitusu.org.tr/Images/Filemanager/mpower_dso.pdf) Erişim Tarihi: 05.04.2022).
49. Rakel RE, Houston T. Nikotin Bağımlılığı. Bölüm 49. RAKEL Aile Hekimliği. Elsevier, 2019:1133-1151.
50. Edwards R. ABC of Smoking Cessation The Problem Of Tobacco Smoking. BMJ, 2004, 328 (7433):217-219.
51. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınç O, Örsel O, Özcebe H ve ark. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı. Ankara: Hekimler İçin Sağlık Bakanlığı Yayınları (Nb. 796);2010.
52. Chang SS. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Journal of Urology. 2020;204(2):384.
53. Kondo T, Nakano Y, Adachi S, Murohara T. Effects of Tobacco Smoking On Cardiovascular Disease. Circ J. 2019;83(10):1980–5.
54. Davis JW. Some Acute Effects of Smoking on Endothelial Cells and Platelets. Adv Exp Med Biol. 1990;273:107-18.

55. Bernhard D, Pfister G, Huck CW, et al. Disruption of vascular endothelial homeostasis by tobacco smoke- impact on atherosclerosis. *FASEB J*. 2003;17(15):2302-4.
56. Türk H. ve ark. (2021). Sigaraya Bağlı Artan Kardiyovasküler Hastalık Riskini Düşürme. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2021;2(2):111-18.
57. Taşoğlu Ö, Özdemir O, Kutsal YG. Osteoporozlu Hastalarda Gözardı Edilen Bir Risk Faktörü: Sigara Kullanımı. *Turk J Osteoporos* 2011;17(2):62-7.
58. Baykan A, Baykan H. Sigaranın Yara İyileşmesi Üzerine Zararlı Etkileri. *2017;7(3):187–90*.
59. Rahal Z, El Nemr S, Sinjab A, et al. Smoking and Lung Cancer: A Geo-Regional Perspective. *Front Oncol*. 2017;7:194.
60. Cnattingius S. The Epidemiology of Smoking During Pregnancy: Smoking Prevalence, Maternal Characteristics, and Pregnancy Outcomes. *Nicotine & Tobacco Research Volume 6*, 2004; 6(Supplement 2):125–40.
61. Özcebe H, Doğan BG, İnal E, et al. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları ve İlişkili Sosyodemografik Özellikleri. *Turk Toraks Derg* 2014;15:42-8.
62. Buka SL, Shenassa ED, Niaura R. Elevated Risk of Tobacco Dependence Among Offspring of Mothers Who Smoked During Pregnancy: A 30-Year Prospective Study. *The American Journal of Psychiatry*, 2003, 160(11):1978-84.
63. İskefli O, Bayrakal A, Yıldız K, et al. Çevresel Sigara Dumanının Köpeklerdeki Etkileri: Ön Rapor. *2017*, 88.2:102-112.
64. TÜSAD, Göğüs Hastalıkları Bölüm 14: Tütün Kontrolü. Bölüm Editörü; Karalezli A, 2019;1-132.
65. Giulietti F, Filipponi A, Rosettani G, et al. Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated Review for Daily Clinical Practice. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention (2020)* 27:349–62
66. Göğüs G. Tütün Bağımlılığında Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri / Cognitive-Behavioral Therapy Methods in Tobacco Addiction. *Hast Serisi*. 2016; 4:97-103.
67. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational Interviewing for Smoking Cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*; 2015, 3.
68. Wadgave U, Nagesh L. Nicotine Replacement Therapy: An Overview. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2016;10:425-35.
69. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion A Review of Its Use in The Management of Smoking Cessation. *Drugs* 2000 Apr; 59(4): 1007-24.
70. Hezer H. Pharmacological Treatment In Smoking Cessation: Bupropion. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2017;4(1):108–13.
71. Henningfield JE, Fant RV., Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for Nicotine Dependence. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(5):281–99
72. Uzaslan E. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Vareniklin. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2016;4(1):114–7.
73. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, et al. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and

- meta-analysis. *Bmj*, 2015;350.
74. Force UPST, Krist AH, Davidson KW, et al. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325(3):265–79.
  75. Simon P, Kong G, Cavallo DA, Krishnan-Sarin S. Update of Adolescent Smoking Cessation Interventions: 2009–2014. *Curr Addict Reports* 2015 21. 2015;2(1):15–23.
  76. Force UPST, Owens DK, Davidson KW, et al. Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2020;323(16):1590–8.
  77. Croyle R, Morgan G, Fiore M. Addressing a Core Gap in Cancer Care: The NCI Cancer MoonshotSM Initiative to Help Oncology Patients Stop Smoking. *N Engl J Med*. 2019;380(6):512.
  78. Aytemur ZA. Smoking Cessation: Relapse and Therapy. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2017;4(1):152–5.
  79. Le Foll B, Melihan-Cheinin P, Rostoker G, Lagrue G. Smoking Cessation Guidelines: Evidence-Based Recommendations of the French Health Products Safety Agency. *Eur Psychiatry*. 2005;20(5–6):431–41
  80. Solberg LI, Maciosek MV., Edwards NM, Khanchandani HS, Goodman MJ. Repeated Tobacco-Use Screening and Intervention in Clinical Practice: Health Impact and Cost Effectiveness. *Am J Prev Med*. 2006;31(1):62-71.
  81. Eldein HN, Mansour NM, Mohamed SF. Knowledge, Attitude and Practice of Family Physicians Regarding Smoking Cessation Counseling in Family Practice Centers, Suez Canal University, Egypt. *J Fam Med Prim Care*. 2013;2(2):159-63.
  82. Castel OC, Karkabi S, Dahan R, et al. A Review of the Evidence Based Smoking Cessation Interventions Delivered By the Family Physician. *Harefuah*. 2005;144(10):724-8.
  83. Chung YH, Chang HH , Lu CW, et al. Addition of One Session With A Specialist Counselor Did Not Increase Efficacy of A Family Physician-Led Smoking Cessation Program. *J Int Med Res*. 2018; 46(9): 3809–18.
  84. Mclvor A, Kayser J, Assaad JM, et al. Best Practices For Smoking Cessation Interventions in Primary Care. *Can Respir J* 2009; 16(4): 129-34.
  85. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, et al. Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: Reliability in a Turkish Sample And Factor Analysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(2): 115-121.
  86. ILO I-08. ISCO - Mesleklerin Uluslararası Standart Sınıflandırması (Erişim Yeri: <https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>, Erişim Tarihi: 06.03.2022).
  87. Komiyama M, Takahashi Y, Tateno H, et al. Support for Patients Who Have Difficulty Quitting Smoking: A Review. *Intern Med*. 2019;58(3):317–20.
  88. Üzer F, Uzun R. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Genel

- Sağlık Durumları ve Sigara Bırakma Oranları. *Akd Tıp D/* 2020; 6(1): 100-5.
89. Mayda AS, Gerçek ÇG, Gümüş G, et al. Prevalence of Cigarette, Alcohol And Substance use in Students of Forestry Faculty of Düzce University and Causes To Start To use Them. *Duzce Med J.* 2010;12(3):7–14.
  90. Smith PH, Zhang J, Weinberger AH, Mazure CM, McKee SA. Gender Differences In The Real-World Effectiveness Of Smoking Cessation Medications: Findings From The 2010–2011 Tobacco Use Supplement To The Current Population Survey. *Drug Alcohol Depend.* 2017;178:485–91.
  91. McKee SA, Smith PH, Kaufman M, Mazure CM, Weinberger AH. Sex Differences in Varenicline Efficacy for Smoking Cessation: A Meta-Analysis. *Nicotine Tob Res.* 2016;18(5):1002–11.
  92. Smith PH, Weinberger AH, Zhang J, et al. Sex Differences in Smoking Cessation Pharmacotherapy Comparative Efficacy: A Network Meta-Analysis. *Nicotine Tob Res.* 2017;19(3):273–81.
  93. Campbell BK, Le T, Yip D, et al. Sex Differences in Graphic Warning Label Ratings By Addictions Clients. *Tob Regul Sci.* 2019;5(1):3–14.
  94. Wang Q, Shen JJ, Sotero M, Li CA, Hou Z. Income, Occupation And Education: Are They Related To Smoking Behaviors in China? *Plos One*, 2018;13(2):1–17.
  95. Monsó E, Campbell J, Tønnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic Predictors Of Success In Smoking Intervention. *Tob Control.* 2001;10(2):165–9.
  96. Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J. Smoking Cessation By Socioeconomic Status and Marital Status: The Contribution of Smoking Behavior and Family Background. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(3):447–55.
  97. Cho HJ, Khang YH, Jun HJ, Kawachi I. Marital Status and Smoking in Korea: The Influence of Gender and Age. *Soc Sci Med.* 2008;66(3):609–19.
  98. Martin JL, Barnes I, Green J, et al. Social Influences on Smoking Cessation in Midlife: Prospective Cohort of UK Women. *PLoS One.* 2019;14(12):1–10.
  99. Xu X, Liu L, Sharma M, Zhao Y. Smoking-Related Knowledge, Attitudes, Behaviors, Smoking Cessation Idea and Education Level among Young Adult Male Smokers in Chongqing, China. *Int J Environ Res Public Heal* 2015;12(2): 2135–49.
  100. Heikkilä K, Nyberg ST, Fransson EI, et al. Job Strain and Tobacco Smoking: An Individual-Participant Data Meta-Analysis of 166 130 Adults in 15 European Studies. *PLoS One.* 2012;7(7).
  101. Reid JL, Hammond D, Boudreau C, Fong GT, Siahpush M. Socioeconomic Disparities in Quit Intentions, Quit Attempts, And Smoking Abstinence Among Smokers in Four Western Countries: Findings From The International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(Suppl 1):20–33.
  102. Huang J, Zheng R, Chaloupka FJ, et al. Chinese Smokers Cigarette Purchase Behaviours, Cigarette Prices and Consumption: Findings

- From The ITC China Survey. *Tob Control*. 2014; 23(Suppl 1), i67-i72.
103. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, et al. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler. *Toraks Dergisi*, 2005;6(2):151-8.
  104. Uzaslan EK, Ozyardimci N, Karadag M, et al. The Physician's Intervention in Smoking Cessation: Results of The Five Years Of Smoking Cessation Clinic. *Ann Med Sci*. 2000;9(2):63-9.
  105. Cigarette Smoking Among Adults- United States, 2007. *MMWR Weekly* November 14, 2008 / 57(45);1221-6.
  106. Solak ZA, Başıoğlu ÖK, Erdinç E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olgularında Sigarayı Bırakma Başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Derg*. 2006;54(1):43-50.
  107. Williams JM, Ziedonis D. Addressing Tobacco Among Individuals With A Mental Illness or an Addiction. *Addict Behav*. 2004;29(6):1067-83.
  108. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking Cessation and The Course of Major Depression: A Follow-Up Study. *Lancet*. 2001;357(9272):1929-32.
  109. Cox LS, Africano NL, Tercyak KP, Taylor KL. Nicotine Dependence Treatment For Patients With Cancer. *Cancer*. 2003;98(3):632-44.
  110. Treur JL, Taylor AE, Ware JJ, et al. Associations Between Smoking and Caffeine Consumption in Two European Cohorts. *Addiction*. 2016;111(6):1059-68.
  111. Vink JM, Hottenga JJ, de Geus EJC, et al. Polygenic Risk Scores For Smoking: Predictors For Alcohol And Cannabis Use? *Addiction*. 2014;109(7):1141-51.
  112. Pesce G, Marcon A, Calciano L, et al. Time And Age Trends in Smoking Cessation in Europe. *Plos One*. 2019;14(2).
  113. Fidan F ve ark. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2005;6(3):27-34.
  114. Gó Recka D, Bednarek M, Nowin'ski A, et al. Diagnosis of Airflow Limitation Combined With Smoking Cessation Advice Increases Stop-Smoking Rate. *Chest*. 2003;123:1916-23.
  115. Phung A, Luo L, Breik N, Alessi-Severini S. Use of Smoking Cessation Products: A Survey of Patients in Community Pharmacies. *Can Pharm J*. 2017;150(5):326-33.
  116. Karadağlı F, Özet NN. Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu İle İlişkili Faktörler 2012;5(1):8-15.
  117. Yasar Z, Kar Kurt O, Talay F, Kargi A. One-Year Follow-up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic: Factors Affecting the Cessation of Smoking. *Eurasian J Pulmonol*. 2014;16(2):99-104.
  118. Lee CW, Kahende J. Factors Associated With Successful Smoking Cessation in The United States, 2000. *Am J Public Health*. 2007;97(8):1503-9.
  119. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, et al. Predictors of Smoking Cessation in a Cohort of Adult Smokers Followed For Five Years. *Tob Control*. 1997;6(suppl 2):S57.
  120. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, et al. Factors Affecting The Success of Smoking Cessation. *Turk Toraks Derg*. 2013;14(3):81-7.
  121. Esen AD, Soylem Y, Arica S, Belgin G, Gonultas N. Factors Affecting

- Success and Abstinence Within a Smoking Cessation Clinic: A One-Year Follow-Up Study in Turkey. *Tob Prev Cessat*. 2020;6:1–8.
122. Radaeli A, Nardin M, Azzolina D, Malerba M. Determinants of Smoking Status in a Sample of Outpatients Afferent to a Tertiary Referral Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21).
  123. Nollen NL, Mayo MS, Sanderson Cox L, et al. Predictors of Quitting Among African American Light Smokers Enrolled in a Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. 2006;21(6):590–5.
  124. Lancaster T, Stead LF. Individual Behavioural Counselling For Smoking Cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 31;3(3):CD001292
  125. Jordan CJ, Xi ZX. Discovery and Development of Varenicline for Smoking Cessation. *Expert Opin Drug Discov*. 2018;13(7):671–83.
  126. Baker TB, Piper ME, Stein JH, et al. The Effects of the Nicotine Patch vs. Varenicline vs. Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2016;315(4):371.
  127. Chang PH, Chiang CH, Ho WC, et al. Combination Therapy of Varenicline With Nicotine Replacement Therapy is Better Than Varenicline Alone: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–8.
  128. Korte KJ, Capron DW, Zvolensky M, Schmidt NB. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: Do Revisions in The Item Scoring Enhance The Psychometric Properties? *Addict Behav*. 2013;38(3):1757–63
  129. Kutlu MG, Parikh V, Gould TJ. Nicotine Addiction and Psychiatric Disorders. *Int Rev Neurobiol*. 2015;124:171.
  130. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The Acute Effects of Exercise on Cigarette Cravings, Withdrawal Symptoms, Affect and Smoking Behaviour: A Systematic Review. *Addiction*. 2007;102(4):534–43.
  131. Roberts V, Maddison R, Simpson C, Bullen C, Prapavessis H. The Acute Effects Of Exercise on Cigarette Cravings, Withdrawal Symptoms, Affect, and Smoking Behaviour: Systematic Review Update and Meta-Analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012;222(1):1–15.
  132. Kayhan Tetik B, Gedik Tekinemre I, Taş S. The Effect of the COVID-19 Pandemic on Smoking Cessation Success. *J Community Health*. 2021;46(3):471–5.
  133. Klemperer EM, West JC, Peasley-Miklus C, Villanti AC. Change in Tobacco and Electronic Cigarette use and Motivation to Quit in Response to COVID-19. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9):1662–3.

## 8. EKLER

### EK-1: Araştırma İzni



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2011-KAEK-26/750  
Konu : Etik Kurul kararı

15 / 12 / 2021

Sayın Prof.Dr.Yeşim UNCU  
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği AD Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz “*Sigara bırakma polikliniğinin 1 yıllık takip sonuçları: Sigara bırakmayı etkileyen faktörler*” başlıklı araştırmanız ile ilgili kurulumuzun 08 Aralık 2021 tarih, 2021-18/32 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Araştırmanın tamamlanma bildiriminin ve özet sonuç raporunun kurulumuza iletilmesi için bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr.M. [Redacted] OĞLU

EKLER:  
1-Karar (1 adet)  
2-BGO formu (1 adet)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA  
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029  
e-posta: [uukaek@uludag.edu.tr](mailto:uukaek@uludag.edu.tr) Elektronik Ağ: [www.tip.uludag.edu.tr](http://www.tip.uludag.edu.tr)

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	<b>Sigara Bırakma Polikliniğinin 1 Yıllık Takip Sonuçları: Sigara Bırakmay Etkileyen Faktörler</b>
------------------------------	--

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	<b>ETİK KURULUN ADI</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	<b>AÇIK ADRESİ</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	<b>TELEFON</b>	0.224. 295 00 20
	<b>FAKS</b>	0.224. 295 00 29
	<b>E-POSTA</b>	uukack@uludag.edu.tr

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Prof.Dr.Yeşim Uncu			
	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	<b>YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Araş.Gör.Dr.Sergen Aygüneş			
	<b>YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	<b>DESTEKLEYİCİ</b>	-			
	<b>ARAŞTIRMANIN TÜRÜ</b>	Anket çalışması			
	<b>ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI</b>	Uzmanlık tez çalışması			
	<b>ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ</b>	01.01.2022 / 3 ay			
	<b>GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI</b>	736			
	<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	<b>TEK MERKEZ</b>	<b>ÇOK MERKEZLİ</b>	<b>ULUSAL</b>	<b>ULUSLARARASI</b>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>		<b>Tarihi</b>	<b>Dili</b>
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU		03.12.2021	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		03.12.2021	Türkçe
	ANKET FORMU		-	Türkçe

<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>		<b>Açıklama</b>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih:03.12.2021
	<input checked="" type="checkbox"/>	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih:03.12.2021
	<input checked="" type="checkbox"/>	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih:03.12.2021
	<input type="checkbox"/>	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Araştırma ilk başvuru ön yazısı(Tarih:06.12.2021), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, tüm araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

**ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI** Sigara Bırakma Polikliniğinin 1 Yıllık Takip Sonuçları: Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler

**Karar No:** 2021-18/32 **Tarih:** 08 Aralık 2021

**KARAR BİLGİLERİ**

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi.  
 1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna,  
 2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,  
 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,  
 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**ÇALIŞMA ESASI** İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

**BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI** Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

**ÜYELER**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *	
			E	K	E	H	E	H
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.EhİFBAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>
Doç.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıkları Endokr.ve Metab.	BUÜ.Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ.Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Tolga MUHTAR Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

\*:Toplantıda Bulunma

## EK-2: Anket Formu

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Sigara Bırakma Polikliniğinin 1 yıllık takip sonuçları: sigara bırakmayı etkileyen faktörler

ÇALIŞMA HAKKINDA KISA BİLGİ: Sizi **Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı** tarafından yürütülen **"Sigara Bırakma Polikliniğinin 1 yıllık takip takip sonuçları: sigara bırakmayı etkileyen faktörler"** başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Anketimiz 25 sorudan oluşup, ortalama 15-30 dakika sürecektir. Sorular okunduktan sonra anlaşılmayan bir husus varsa açıklanmasını rica ediniz.

### ANKET

1) Sigara bırakma tedavisine başlayalı ne kadar süre geçti (ay): .....

2) Kaç kutu ilaç kullandınız? ..... kutu

3) Çocuk sahibi misiniz?

Evet .....(Kaç tane)

Hayır

4) Güncel kilo (kg) (Hastanın kendi ölçümü): .....

5) Evcil hayvan besliyor musunuz?

Evet

Hayır

6) Düzenli spor yapıyor musunuz?

Evet (.....saat/hafta)

Hayır

7) Düzenli spor yapıyorsanız; spor esnasında ya da koşarken, merdiven çıkarken solunum sıkıntısı yaşıyor musunuz?

Evet

Hayır

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 08.12.2021  
Karete No : 2021-18/32

8) Düzenli çay, kahve veya alkol alışkanlığınız var mı?

Evet

Hayır

Evitse:

Çay: ..... bardak/gün

Kahve: .....fincan/gün

Alkol: .....kadeh-duble-şişe/hafta

9) Çocukluk döneminde aile içinde (evde) sigara içen bireyler var mıydı?

Evet

Hayır

Evitse :

Anne

Baba

Abi/abla

Diğer.....

10) Evde sigara içen başka kimse var mı?

Evet ..... (Kişi)

Hayır

11) İş ortamında ve yakında arkadaşlarınız arasında sigara içen var mı?

Evet

Hayır

12) Sigaraya (tütün ürünlerine) aylık harcama tutarınız ne kadardı?  
.....TL/AY

13) Sigara içme isteğinizi arttıran durumlar nelerdir? (Birden çok durum işaretlenebilir)

Çay

Kahve

Alkol

Yemek

Arkadaş ortamı

Juventus Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 08.12.2021  
Karar No : 2021-48/32

- Stres  
 Yanında sigara içilmesi  
 Diğer.....

14) Kaç yıldır sigarayı bırakmayı düşünüyordunuz?  
...../yıl

15) Kaç defa sigara bırakma deneyiminiz oldu?  
.....

16) Bırakma denemeleriniz de en uzun dumansız kalma sürenizi belirtebilir misiniz?  
.....

17) Aileniz veya yakın çevrenizde sigara nedeniyle sağlık sorunu yaşayan kişi/ kişiler mevcut mu?

- Evet  
 Hayır

18) Aileniz veya yakın çevrenizde sigara bırakmış kişi/kişiler var mı?

- Evet  
 Hayır

19) Sigarayı bıraktınız mı? (Tütün ve tütün ürünleri)

- Evet  
 Hayır

.....(hayırsa hangi tütün ürününü kullanıyorsunuz)

20) Sigarayı bırakmanızda neler etkili/faydalı oldu?

.....

21) Sigarayı bırakamamanızda sizi neler zorladı? (Bırakamayanlar için)

.....

22) Sigarayı bırakma sürecinde ne kadar dumansız kaldınız? (Bırakamayanlar için)

.....gün-ay

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 08.12.2021  
Kerem No : 2021-18/32

23) SBP kontrollerini gerçekleştirdiniz mi? (Yüz yüze veya telefonla)

Evet .....(evetse kaç kere görüşmeniz oldu)

Hayır

24)SBP kontrol randevularınızı düzenli bir şekilde gerçekleştirememenizin sebebi nelerdir?

.....

25)Halen sigara bırakma planınız var mı? (Bırakamayanlar için)

Evet

Hayır

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 08.12.2021  
Karar No : 2021-18 / 32

## HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı

Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

**1) Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.**

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

**2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

**3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.**

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç de öyle değil

**4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

**5) Akıldan endişe verici düşünceler geçiyor.**

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 08.12.2021  
Karar No : 2021-18/32

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman  
 Sık değil  
 Bazen  
 Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle  
 Genellikle  
 Sık değil  
 Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman  
 Çok sık  
 Bazen  
 Hiçbir zaman

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

- Hiçbir zaman  
 Bazen  
 Oldukça sık  
 Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle  
 Gerektiği kadar özen göstermiyorum  
 Pek o kadar özen göstermeyebilirim  
 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla  
 Oldukça fazla  
 Çok fazla değil  
 Hiç değil

Juicep Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih: 08.12.2021  
Karar: 2021-18/32

**12) Olacakları zevkle bekliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar  
 Her zamankinden biraz daha az  
 Her zamankinden kesinlikle daha az  
 Hemen hemen hiç

**13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

- Gerçekten de çok sık  
 Oldukça sık  
 Çok sık değil  
 Hiçbir zaman

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

- Sıklıkla  
 Bazen  
 Pek sık değil  
 Çok seyrek

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Tarih : 08.12.2021  
Sayı : 2021-18/32

### FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

- a. En çok 10 tane (0 puan)
- b. 11-20 tane (1 puan)
- c. 21-30 tane (2 puan)
- d. >31 tane (3 puan)

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

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

3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitapçı 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)

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih: 08.12.2021  
Durum: 2021-18/32

## EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları

	<b>UÜTIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)</b>		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 2
Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014		

### HASTA GRUBU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen “*Sigara Bırakma Polikliniğinin 1 yıllık takip sonuçları: sigara bırakmayı etkileyen faktörler*” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu  
Prof. Dr. Yeşim Uncu

**Araştırmanın Amacı:** COVID-19 Pandemisi sürecinde hizmet veren Sigara Bırakma Polikliniğinin 1 yıllık takip sonuçları sigara bırakmayı etkileyen faktörler incelemektir.

**İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Prof. Dr. Nihat Özyardımcı Sigara Bırakma Polikliniğine 10.08.2020-10.08.2021 arasında başvurmuş ve hizmet almış kişilerin mevcut bilgilerine ek toplamda 25 sorudan oluşan bir anket uygulayacağız.

Araştırmacılar kendi telefonu ile kişilerin sistemde mevcut telefonlarını arayacak, anket hakkında bilgi verecek ve kabul edenlere soruları iletilecek. Anketimiz yaklaşık 15-30 dakika sürmektedir. Çalışma grubunu Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Prof. Dr. Nihat Özyardımcı Sigara Bırakma Polikliniğine 1 yılda başvuran hastalar oluşturacaktır. Anketin ilk kısmında sosyo-demografik bilgiler ile ilgili sorular bulunmakta, bunu takiben **HAD Ölçeği**, **Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi** kullanılarak sisteme verileri işlenmiştir; sigara bırakma oranlarını, bırakmada yaşanan zorluklarını ve kontrol muayanesine başvuru oranları yanında kontrol muayanesine gerçekleştirilmedeki engelleri belirlemek adına ilgili sorulara yanıt aranacak ve bırakmayan kişilerin tekrar bırakma isteği sorgulanarak anket tamamlanacaktır.

**Araştırmanın Süresi:** 3 ay

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 736

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 08.12.2021  
Kıbrıs No : 2021-48/32

Çalışmanın adı: Covid-19 Pandemi döneminde alınan karantina tedbirlerinin toplum ve hastalar üzerindeki psikolojik etkileri  
Tarih: 07.12.2020



**UÜTIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU  
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)**

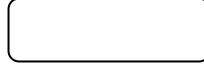
Dok.Kodu	: FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi	: 04 Ocak 2010	Sayfa
Rev. No	: 02	Rev.Tarihi	: 26 Şubat 2014	2 / 2

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Prof. Dr. Nihat Özyardımcı Sigara Bırakma Polikliniği

**Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:**

Prof. Dr. Yeşim Uncu

Arş. Gör. Dr. Sergen Aygüneş



Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 08.12.2021  
Görüşme No : 2021-18/32

Çalışmanın adı: Covid-19 Pandemi döneminde alınan karantina tedbirlerinin toplum ve hastalar üzerindeki psikolojik etkileri  
Tarih: 27.07.2021

## 9. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmalarımı yürütürken her konuda bana anlayışla yardımcı olan, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, karşılaştığım zorluklarda tüm yakınlığıyla yol gösteren çok değerli tez danışmanım ve hocam Prof. Dr. Yeşim UNCU'ya,

Öğrenim hayatım boyunca üzerimde emeği olan, bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR ve Prof. Dr. Züleyha ALPER'e,

Tanıymış olmaktan ve onunla çalışmaktan dolayı kendimi çok şanslı hissettiğim, birikim ve tecrübeleriyle yol gösteren kıymetli Uzm. Dr. Canan Tuz'a,

Tez çalışmam süresince her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen, yakınlığını ve her konuda desteğini her daim hissettiren mesai arkadaşlarım Dr. Şüheda GÜL, Dr. Meryem Betül ERDAL, Dr. Şirin MUSTAFA, Dr. Rabia RUŞEN TEKİNSOY ve Dr. Ali Mücahit ÖZEREN'e,

Asistanlık eğitimim boyunca dostluklarından mutluluk duyduğum, tanışmış ve beraber vakit geçirmiş olmaktan dolayı kendimi şanslı hissettiğim kıymetli arkadaşlarım Dr. Şeref Enes KOCAMAN, Dr. Ali BOZDAĞ, Dr. Behram KARAMAN, Dr. Berkay ÖZDEMİR, Dr. Ali ERDEM, Dr. Mehmet TOPUZ ve Dr. Fatih İLERİ'ye

Asistanlık süresince beraber çalıştığımız, beraber sevinip beraber üzüldüğümüz, yollarımızın kesişmiş olmasından dolayı kendimi şanslı hissettiğim, hepsinin ismini tek tek yazmak istediğim sevgili tıp fakültesi öğrencileri, asistan ve uzman arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca sevgilerini, desteklerini hep yanımda hissettiğim, yardımlarını hiçbir zaman eksik etmeyen sevgili annem, babam, ailemizin miniği Zeynep ve asistanlığım sürecinin büyük bir kısmında aynı paylaştığım hayatımı kolaylaştıran Selim ve Elif'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

26.08.1993 yılında Niğde de doğdum. İlköğretim eğitimimi Niğde Bor Mehmet Akif Ersoy İlköğretim Okulu'nda, lise eğitimimi Bor Atatürk Lisesi'nde tamamladım. Tıp eğitimime 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başlayıp 2017 yılında eğitimimi tamamladım.

Bayburt Devlet Hastanesinde mecburi hizmet görevime başladım, burada 5 ay çalıştım. 2019 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalında asistan hekimlik görevime başladım.

