



T.C. SAğLIK BAKANLIğI SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
şİşLİ HAMİDİYE ETFAL EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI

SİGARA BIRAKMADA TEDAVİYE YARDIMCI YÖNTEMLERİN
KULLANILMA DURUMLARININ DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Lale Demirhan

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2021



**T.C. SAğLIK BAKANLIğI SAğLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ
ŞLİ HAMİDİYE ETFAL EğTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA BIRAKMADA TEDAVİYE YARDIMCI
YÖNTEMLERİN KULLANILMA DURUMLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Lale Demirhan

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren ztrk

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜRLER	iii
KISALTMALAR	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
GRAFİK LİSTESİ	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	4
1.GİRİŞ ve AMAÇ	7
2.GENEL BİLGİLER.....	9
2.1.TÜTÜN BAĞIMLILIĞI	9
2.1.1.SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ	9
2.1.2.NİKOTİN BAĞIMLILIĞI.....	9
2.1.3.SİGARA BIRAKTIKTAN SONRA YAŞANABİLECEK SIKINTILAR.....	9
2.1.4.SİGARA İÇEN HASTAYA YAKLAŞIM.....	10
2.1.5.SİGARA BIRAKMA DAVRANIŞ TERAPİLERİ	11
2.1.6.SİGARA BIRAKMADA İLAÇ TEDAVİLERİ	12
2.1.7.SİGARA BIRAKMADA BİYOREZONANS	14
2.1.8.SİGARA BIRAKMA VE ELEKTRONİK SİGARA	15
2.2.GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI.....	16
2.2.1 TANIM.....	16
2.2.2. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBIN TARİHÇESİ	16
2.2.3.ÜLKEMİZDEKİ YENİ UYGULAMALAR İLE BİRLİKTE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP METODLARI	17
2.2.4.ALTERNATİF MEDİKAL TEDAVİ SİSTEMLERİ.....	17
3.GEREÇ YÖNTEM	21
3.1.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ŞEKLİ.....	21
3.2. ANKET FORMU	21
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	22
3.4.ETİK KURUL ONAYI.....	22

4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
7.KAYNAKLAR	57



TEŞEKKÜRLER

Aile Hekimliği disiplinini bizlere kavratan ve deneyimleriyle bizlere ışık tutan öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer hocam Prof. Dr. Dilek Toprak’a,

Aile Hekimliğinin insanların hayatına dokunan en kıymetli bölüm olduğunu yaşayarak bize öğreten, dinlemekten keyif aldığım, büyük bir hevesle bilgilerini ve tecrübelerini bizlerle paylaşan, durmadan çalışan her zaman destekleyen çok kıymetli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk’e

Asistanlık eğitimim süresince kliniğimde ve tamamladığım rotasyonlarda klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan değerli hocalarıma, uzmanlarımıza ve asistan arkadaşlarıma,

Hayattaki en büyük yardımcım, duacım, emeği asla ödeyemeyeceğim, fedakarlıkta zirve canım annem Sevim Yılmaz ‘a

İyi bir insan ve iyi bir doktor olarak yetişmem için elinden gelen her şeyi yapan, her zaman destekleyen, koruyan canım babam Kenan Yılmaz’a

Beni aile hekimliği branşına yönlendiren ve benim ne kadar güçlü olduğumu anlamamı sağlayan, kıymetli eşim Dr. Mehmet Demirhan’a

Yuvamıza nice güzellikleri ve bereketi de yanlarında getiren, doktorluk hayatımın bilgi beceri ve gelişimine varlıkları ile en büyük katkıyı yapan en kıymetlilerim; Mehmet Yusuf’a ve Ali Kerem’e

EN İÇTEN ŞÜKRAN VE TEŞEKKÜRLERİMLE...

DR. LALE DEMİRHAN

İstanbul 2021

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GETAT	Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
NRT	Nikotin Replasman Tedavisi
SBÜ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
WHO	World Health Organization

TABLÖLAR LİSTESİ

- Tablo 1:** Katılımcıların yaşları ve vücut ölçümleri
- Tablo 2:** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri
- Tablo 3:** Katılımcıların kronik hastalık durumları
- Tablo 4:** Katılımcıların sigara içme durumları
- Tablo 5:** Katılımcıların sigara içme miktarları
- Tablo 6:** Katılımcıların sigara bırakma ile ilgili özellikleri
- Tablo 7:** Bilinen sigara bırakma yöntemleri
- Tablo 8:** Sigara bırakma sürecinde yaşanan zorluklar
- Tablo 9:** GETAT ile ilgili özellikler
- Tablo 10:** Sosyodemografik özelliklere göre sigarayı bırakma durumu
- Tablo 11:** Kronik hastalıklar ve yaşanan zorluklara göre sigarayı bırakma durumu
- Tablo 12:** Sigara bırakma durumuna göre yaş ve sigara içme süreleri
- Tablo 13:** Kendisi bırakan ve destekle bırakanların sosyodemografik özellikleri
- Tablo 14:** Kendisi bırakan ve destekle bırakanların kronik hastalıkları, yaşadıkları zorluklar ve bırakmayı deneme sayıları
- Tablo 15:** Kendisi bırakan ve destekle bırakanların yaş ve sigara içme süreleri

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Katılımcıların sigara içme durumları

Grafik 2: Sigarayı bırakma sahfası

Grafik 3: Sigara bırakmada yaşanan zorluklar

Grafik 4: Medeni duruma göre sigarayı bırakma durumu

Grafik 5: Eğitim duruma göre sigarayı bırakma durumu

Grafik 6: Yaşanan zorluklara göre sigarayı bırakma durumu

Grafik 7: Sigarayı bırakma durumuna göre yaş dağılımı

ÖZET

SİĞARA BIRAKMADA TEDAVİYE YARDIMCI YÖNTEMLERİN KULLANILMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

GİRİŞ VE AMAÇ: Sigara; hipertansiyon, kalp hastalıkları ve koroner arter hastalığı için majör risk faktörü olduğu gibi, erkeklerde tüm kansere bağlı ölümlerin %35'inin kadınlarda ise %15 'inin nedenidir. Sigara kadında 14,5 yıl ,erkeklerde ise 13,2 yıl yaşam süresini kısaltır. Dünya sağlık örgütü sigarayı en önemli önlenabilir hastalık nedeni olarak tanımlamaktadır. Sigara bırakmada kişiler modern yöntemleri, tedaviye yardımcı yöntemleri, modern ve tedaviye yardımcı yöntemleri birlikte kullanarak veya kendi kendilerine bırakabiliyor. Tedaviye yardımcı yöntemler arasında GETAT uygulamaları, biorezonans, elektronik sigara yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) konusunda geliştirilen stratejiler ve raporlar sonrasında birçok ülke GETAT ile ilgili düzenlemeler yapmıştır. Böylelikle GETAT uygulamaları da ülke sağlık politikalarının bir parçası olarak yer almaya başlamıştır. Ülkemizde GETAT uygulamaları 2014 Kasım ayında yayınlanan yönetmelikle birlikte resmi olarak Sağlık Bakanlığı onaylı birim ve ünitelerde sertifikalandırılan yetkili kişilerce uygulanmaya başlamıştır. İlgili yönetmelikte Akupunktur;sigara bırakma sırasında oluşan anksiyete, solunum sisteminin kronik hastalıklarında günlük yaşam kalitesini artırma , Hipnoz; sigara bırakmada, Ozon immun sistemi desteklemek ,gingivitis, periodontitis Kupa; bağışıklığı güçlendirme de kullanılır, Fitoterapi endikasyon ile sınırlandırılmamıştır. Biz de kullanımı gittikçe artan tedaviye yardımcı yöntemlerin sigara bırakmada kullanılma durumlarını değerlendirmeyi, sigara içen kişilerde sigarayı bırakma ve bırakma yöntemleri açısından farkındalık oluşturmayı, topluma sigarayı bıraktırma konusunda sağlık çalışanlarına yol göstermeyi, GETAT uygulamaları hakkında farkındalık oluşturmayı ve etkinliğin değerlendirilmesini amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapılmıştır. Çalışmaya Haziran 2021-Temmuz 2021 ayları arasında Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü sigara içen veya hayatının bir döneminde sigara içmiş olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler dâhil edilmiştir. Polikliniğine 1 ay süre içinde başvuran 18 yaş üstü birey sayısı 900 olup Türkiye sigara içme oranı 18 yaş üstü %34 alınarak %95 güven aralığı ile hesaplanmış olan örneklem büyüklüğü 270 kişi olarak belirlenmiştir. Bireylere sosyodemografik özellikleri, Sigara içme durumları, sigara bırakma tedavisi sırasında kullandıkları yöntemleri ve tedaviye yardımcı yöntemleri kullanma durumları literatürden taradığımız 26 soruluk anket ile yüzyüze uygulanarak değerlendirilmiştir. Araştırma türü gözlemsel, tanımlayıcı, kesitseldir.

BULGULAR: Bekâr/boşanmışlarda sigarayı bırakma oranı (%22,0), evlilere göre (%38,5) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Yine benzer olarak eğitim seviyesi lise ve altı olanlarda sigarayı bırakma oranı (%21,3), eğitim seviyesi üniversite olanlara göre (%35,2) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Aylık geliri yoksulluk sınırının üzerinde olan kişilerde sigara bırakma oranı diğer kişilere göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Öfke sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %57,4 iken, yaşayanlarda bu oran %24,8'e düşmektedir ($p<0,05$). Mutsuzluk sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %47,8 iken, yaşayanlarda bu oran %30,6'ya düşmektedir ($p<0,05$). Baş ağrısı sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %44,6 iken, yaşayanlarda bu oran %28,8'e düşmektedir ($p<0,05$). Uykusuzluk sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %44,3 iken, yaşayanlarda bu oran %20,0'ye düşmektedir ($p<0,05$). Ayrıca zorluk yaşadığını belirtenlerde sigara bırakma oranı %37,9 iken, zorluk yaşamadığını belirtenlerde bu oran %91,7'dir ($p<0,05$). Sigarayı kendisi bırakanların % 27,0'si konsantrasyon bozukluğu yaşadığını belirtirken, destekle bırakanlarda bu oran %59,1'e çıkmaktadır ($p<0,05$). Yaş ortalaması sigarayı bırakanlarda 36 (19-64), bırakamayanlarda 34 (19-72) olarak hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sigarayı bırakan kişiler bırakamayanlara göre daha ileri yaşıdadırlar ($p<0,05$). Kronik

hastalığı olan katılımcıların %36,8'i, olmayan katılımcıların %30,3'ü sigarayı bırakmışlardır. Kronik hastalığı olanlarda bırakma oranı daha fazladır. Çalışmaya katılanların %25,5 i sigara bırakma yöntemlerinden GETAT'ı bildiğini söylemiş. Katılımcıların GETAT'a başvurmama nedenleri sorgulandığında %43,0'ü bilgisi olmadığını, %40,9'u ihtiyaç duymadığını, %11,7'si güvenmediğini belirtmiştir. 4 kişi GETAT yöntemlerini denediğini belirtmiştir, bu yöntemler aromaterapi, fitoterapi, hipnoz ve hipnoz+hacamat olarak bildirilmiştir. Bu 4 kişi sigara bırakmada GETAT uygulamalarının kullanılabileceğini aile-akraba (1 kişi), sağlık çalışanı (2 kişi) ve TV'den (1 kişi) duyduklarını belirtmişlerdir. 4 kişinin yarısı GETAT uygulamalarına başvuru nedeni olarak bırakmayı kolaylaştırmak diğer yarısı da çevre önerisi yanıtını vermişleridir. GETAT uygulamalarını sigara bırakma tedavisinde öfkelerini dindirme, sigara isteğini azaltma, tikslenme, uykusuzluğu giderme etkileri için kullanmışlardır. GETAT uygulamalarını kullanan 4 kişinin yarısı sigara bırakma sürecinde GETAT'ı tavsiye edebileceğini belirtirken, yarısı emin olmadığını ifade etmiştir.

SONUÇ: Sigara toplumsal bir problemdir. Bırakmak isteyen kişilere profesyonel hizmet vermek ve bu kuruluşlara yönlendirmek önemlidir. Sigara bırakırken oluşan nikotin yoksunluk semptomlarını gidermek ve sigaranın zararlı etkilerinden daha hızlı kurtulmak için yardımcı yöntem kullanımı açısından bireyler bilgilendirilmeli ve bu uygulamalarla ilgili araştırmalar arttırılmalıdır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER:GETAT, Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, Sigara bırakma, elektronik sigara,biyorezonans

ABSTRACT

AIM: Cigarette; hypertension is a major risk factor for heart diseases and coronary artery disease, as well as the cause of 35% of all cancer-related deaths in men and 15% in women. Smoking shortens life expectancy by 14.5 years in women and 13.2 years in men. The World Health Organization defines smoking as the most important preventable cause of disease. In smoking cessation, people can quit smoking by using modern methods, treatment-assisting methods, modern and auxiliary treatment methods together or on their own. GETAT applications, bioresonance, electronic cigarettes are among the methods that help the treatment. After the strategies and reports developed by the World Health Organization (WHO) on Traditional and Complementary Medicine (GETAT), many countries have made regulations regarding GETAT. Thus, GETAT applications have started to take place as a part of the country's health policies. With the regulation published in November 2014, GETAT applications in our country have started to be implemented by authorized persons officially certified in units and units approved by the Ministry of Health. Acupuncture in the relevant regulation; anxiety during smoking cessation, increasing the quality of daily life in chronic diseases of the respiratory system, Hypnosis; in smoking cessation, Ozone to support the immune system, gingivitis, perionditis Kupa; It is also used to strengthen immunity, Phytotherapy is not limited to indication. We also aimed to evaluate the use of treatment-assisting methods in smoking cessation.

MATERIAL AND METHODS: Our study was carried out in the Family Medicine Polyclinics of the Health Sciences University Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital. Individuals over the age of 18 who applied to Şişli Hamidiye Etfal Hospital Family Medicine Polyclinics between June 2021 and July 2021 for any reason, or who had smoked at one time in their life and agreed to participate in

the study, were included in the study. The number of individuals over the age of 18 who applied to the polyclinic within 1 month was 900, and the sample size was 270 people, which was calculated with a 95% confidence interval by taking the smoking rate of 34% over the age of 18 in Turkey. Methods and use of supportive treatment methods were evaluated by applying face-to-face questionnaire with 26 questions that we scanned from the literature. The type of research is observational, descriptive and cross-sectional.

RESULTS: The rate of quitting smoking in single/divorced (22.0%) was found to be significantly lower than in married (38.5%) ($p<0.05$). Similarly, the rate of smoking cessation (21.3%) in those with a high school education level or below was found to be significantly lower than those with a university education level (35.2%) ($p<0.05$). Smoking cessation rate is significantly higher in people whose monthly income is above the poverty line ($p<0.05$). While the rate of quitting is 57.4% in those who do not have anger problems, this rate drops to 24.8% in those who do ($p<0.05$). While the rate of quitting is 47.8% in those who do not experience unhappiness, this rate drops to 30.6% in those who do ($p<0.05$). While the rate of quitting is 44.6% in those who do not have a headache problem, this rate drops to 28.8% in those who do ($p<0.05$). While the rate of quitting is 44.3% in those who do not have insomnia, this rate drops to 20.0% in those who do ($p<0.05$). In addition, while the rate of smoking cessation is 37.9% for those who stated that they had difficulty, this rate was 91.7% ($p<0.05$) for those who stated that they had no difficulty. It increases to 59.1% ($p<0.05$). The mean age was calculated as 36 (19-64) for those who quit smoking and 34 (19-72) for those who could not quit, and this difference was statistically significant. People who quit smoking are older than those who can't ($p<0.05$). 36.8% of the participants with chronic disease and 30.3% of the participants without a chronic disease quit smoking. Those with chronic diseases have a higher dropout rate. 25.5% of the participants in the study said that they knew about GETAT, one of the smoking cessation methods. When the reasons for not applying to GETAT were questioned, 43.0% of the participants stated that they did not have knowledge, 40.9% said they did not need it, and 11.7% did not trust. 4 people stated that they tried

GETAT methods, these methods were reported as aromatherapy, phytotherapy, hypnosis and hypnosis + cupping. These 4 people stated that they heard from family-relatives (1 person), health workers (2 people) and TV (1 person) that GETAT applications can be used in smoking cessation. Half of the 4 people gave the answer of facilitating quitting GETAT applications as the reason for application, and the other half gave the answer of environmental advice. They used GETAT applications in the treatment of smoking cessation for the effects of relieving anger, reducing cigarette cravings, disgust and relieving insomnia. Half of the 4 people using GETAT applications stated that they could recommend GETAT during the smoking cessation process, while half stated that they were not sure.

CONCLUSION: Smoking is a social problem. It is important to provide professional service to people who want to quit and to direct them to these organizations. In order to eliminate the nicotine withdrawal symptoms that occur when quitting smoking and to get rid of the harmful effects of smoking faster, individuals should be informed about the use of auxiliary methods and research on these practices should be increased.

KEYWORDS: Traditional and complementary medicine, Smoking cessation, electronic cigarette, bioresonance

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre “geleneksel tıp”, sağlığın korunmasının yanı sıra fiziksel ve akıl hastalıklarına karşı korunma, tanı koyma, iyileştirme veya tedavi sağlayan farklı yörelere özgü teorilere, inanışlara ve deneyimlere dayalı –açıklanabilen veya açıklanamayan- bilgi, beceri ve yöntemlerin tamamıdır(1).

Sağlık Bakanlığı 27 Ekim 2014 tarihinde bu yöntemlerle ilgili yönetmeliği resmi gazetede yayımlamıştır. Bu yönetmelik kapsamında doktorlara; Fitoterapi, Akupunktur, Kupa Terapi, Sülük Tedavisi, Hipnoz, Ozon Terapi, Mezoterapi, Apiterapi, Proloterapi, Osteopati, Refleksoloji, Homeopati, Kayropratik, Larva Uygulaması, Müzik Terapi eğitimleri verilmeye başlanmıştır(2).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamaları ile ilgili mevzuatta Akupunktur; sigara bırakma sırasında oluşan anksiyete, kronik solunum yolu hastalıklarında kişinin yaşam kalitesini artırmada, Hipnoz; sigara bırakmada, Ozon immun sistemi desteklemek, gingivitis, periodontitis.Kupa; bağışıklığı güçlendirme de kullanılır, Fitoterapi endikasyon ile sınırlandırılmamıştır(3).

Sigara; hipertansiyon, kalp hastalıkları ve koroner arter hastalığında en büyük risk faktörüdür.Tüm kanserler nedenleri içinde erkeklerde ölümlerin %35'inin, kadınlarda %15'inin nedeni sigaradır. Kadınların ömründen 14.5 sene, erkeklerin ömründen 13,2 sene eksildir. DSÖ önlenebilir hastalık nedenleri arasında en önemli sigarayı göstermektedir.

Sigara bırakma yöntemlerinin başarı oranları birbirlerinden farklı olsa da hepsi bağımlılığının üstesinden gelmek ve nikotin yoksunluğu belirtilerinin ortaya çıkmasına engel olmak için çalışırlar(4).

Sigara bırakmada kişiler modern yöntemleri, tedaviye yardımcı yöntemleri, modern ve tedaviye yardımcı yöntemleri birlikte kullanabilir veya kendi kendilerine bırakabilirler. Tedaviye yardımcı yöntemler arasında GETAT uygulamaları,

biorezonans, elektronik sigara yer almaktadır. DSÖ tarafından GETAT konusundaki çalışmalarından, raporlarından sonra birçok ülke de harekete geçmiş, GETAT ile ilgili düzenlemeler yapmıştır; GETAT uygulamaları birçok ülkenin sağlık uygulamalarının parçası olmaya başlamıştır. Biz de kullanımı gittikçe artan tedaviye yardımcı yöntemlerin sigara bırakmada kullanılma durumlarını değerlendirmeyi, sigara içen kişilerde sigarayı bırakma ve bırakma yöntemleri açısından farkındalık oluşturmayı, topluma sigarayı bıraktırma konusunda sağlık çalışanlarına yol göstermeyi, GETAT uygulamaları hakkında farkındalık oluşturmayı ve etkinliğin değerlendirilmesini amaçladık.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.TÜTÜN BAĞIMLILIĞI

2.1.1.SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ

Tütün salgını, 8 milyondan fazla insanın ölümüne yol açarak, dünyanın şimdiye kadar karşılaştığı en yaygın toplum sağlığı sorunlarından biridir. Dünya’da her 10 ölümden biri tütün kullanıma bağlı nedenlerden gerçekleşmektedir ve yılda 8 milyondan fazla insan tütün bağımlılığı nedeniyle hayata veda etmektedir. DSÖ’nün tepitin göre, erkeklerin %33,7’si ve kadınların %6,2’si, dünya nüfusunun ise %19,9’u sigara içmektedir(5). Türkiye'deki erkeklerin %31’i, kadınların % 12’si tütün kullanımının neden olduğu hastalıklardan hayatını kaybetmektedir. Türkiye’de her yıl 83 bin yüz kişi sigaraya bağlı nedenlerden hayatını kaybederken, 252 bin çocuk ve 14,5 milyon yetişkin ise tütün ürünü kullanmaya devam etmektedir(5). Türkiye’de 2017 yılında 15 yaş üzerindeki erkeklerde sigara kullanım oranı %60, kadınlarda %10 düzeyinde olduğu belirtilmiştir(5). Ortalama olarak, sigara içmeyenlerden içenlerden 10 yıl daha fazla yaşamaktadır(6).

2.1.2.NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

İlk kez nikotin bağımlılığının tanımı 1964 yılında “Surgeon General” raporunda kullanılmıştır. Nikotin bağımlılığı için 1988 yılında, “Tütündeki bağımlılık yapıcı madde olan nikotin, eroin-esrar bağımlılığına benzer şekilde farmakolojik ve psikolojik bağımlılık yapar,” ifadesi yer almıştır(7). DSÖ nikotin bağımlılığını kronik hastalıklardan kabul etmiş ve nikotini psikoaktif bir madde olarak tavsif etmektedir(8).

2.1.3.SİGARA BIRAKTIKTAN SONRA YAŞANABİLECEK SIKINTILAR

Sigara bıraktıktan sonra nikotin yoksunluk sendromu, ağızda yara, kilo alma ve depresyon görülebilir(9)

2.1.3.a. Nikotin Yoksunluk Sendromu:

Nikotinin uzun süreli ve tekrarlayan alımı ile vücutta nöroadaptasyon olur ve nikotin reseptörlerinde artış olur. Beyindeki nikotin reseptörlerinin artması

sonucu nikotinin etkilerine tolerans gelişir. Bu tolerans gelişimi ise sigara bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur(10).

Yoksunluk belirtileri; sigara arama davranışı, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, bradikardi, unutkanlık, sabırsızlık, kilo alma, gastrointestinal bozukluklar gibi belirtilerdir(11).Yoksunluk belirtileri sigaranın bırakılmasından sonraki 1-3. günlerde en şiddetli düzeyindedir. Semptomların birçoğu üçüncü-dördüncü haftalarda sonlanır ancak iştah artışı birkaç ay daha devam edebilmektedir(12).

2.1.3.b.Rekürren Aftöz Stomatit:

Sigarayı bıraktıktan sonra ilk iki üç hafta içinde ağızda yaralar oluşabilir. Ancak sonraki birkaç hafta içinde düzelir(13).

2.1.3.c.Kilo Alma:

Sigara bırakanlarda bir ay sonra ortalama 1.12, iki ay sonra 2.26, üç ay sonra 2.85, altı ay sonra 4.23 ve on iki ay sonra 4.67 kilogram vücut ağırlığı artışı görülmüştür. Genellikle sigarayı bıraktıktan sonraki ilk 3 ayda kilo alımı daha fazladır. Sigarayı bıraktıktan bir yıl sonra ise bırakanların %16'sı kilo kaybeder, %37'si 5 kg'dan az kilo alır, %34'ü 5-10 kg, %13'ü ise 10 kg'dan fazla kilo alır(14).

2.1.3.ç.Depresyon:

Özellikle geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda sigarayı bıraktıktan sonra nikotin çekilme sendromu, depresyon ve anksiyete daha fazla görülebilmektedir(9)

2.1.4.SİGARA İÇEN HASTAYA YAKLAŞIM

Sigara içenlerin yaklaşık %70'i bırakmak istediğini ve %40'dan fazlası ise geçmiş yıllarında sigara bırakmayı denediğini belirtmektedir(15). Yardım almadan sigara bırakmaya çalışanların bir yıl sonraki başarı oranı ise sadece %3-7'dir. Optimum tedaviyle bir yıllık bırakma başarısı %30'u bile geçebilir, ancak sigara içenlerin sadece %25'i bırakmak için yardım talebinde bulunmakta olduğu görülmektedir ve az bir kısmı en uygun tedavileri kullanmaktadır(16). Sigara bırakılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından ilaç dışı tedavi diyebileceğimiz motivasyonel görüşmeler ve farmakoterapinin (NRT, bupropiyon, vareniklin) sigara

bırakmadaki etkinliği kanıtlanmış ve birlikte kullanılmalarının tek başlarına kullanılmalarından daha da etkili olduğu görölmüştür(7). Sigara bırakma hususundaki düşüncelerine göre hastalar beş farklı gruba ayrılmışlardır. Prochaska ve arkadaşlarının tanımladığı Transteorik model(TTM) bu amaçla kullanılmaktadır(17). TTM kişinin kendi davranışını değiştirmeye yönelik hazırlık düzeyini gösteren bir modeldir.

Bu evreler ve özellikleri;

2.1.4.a.Bırakmanın Düşünülmediği Evre:

Kişi sigara bırakmayı düşünmez.

2.1.4.b.Bırakmanın Düşünüldüğü Evre:

Kişi bırakmaya karar vermemiştir ancak düşünür, bırakmak ile ilgili bilgi edindiğı zamandır.

2.1.4.c.Bırakmaya Hazırlanılan Evre:

Kişinin sigara bırakmak için planı vardır.

2.1.4.ç.Bırakmanın Denendiğı Evre:

Kişi sigarayı bırakmıştır ancak daha 6 ay olmamıştır.

2.1.4.d.Bırakmayı Sürdürme:

Kişi 6 aydan uzun süredir sigara içmemektedir(17).

2.1.5.SİGARA BIRAKMA DAVRANIŞ TERAPİLERİ

Kişilerin sigara içme istekleri ile baş etme, sigara içmeyi akla getiren günlük alışıl gelmiş durumlardan yerden kişilerden uzaklaşma, sigaraya negatif duygu besleme yöntemleridir;

2.1.5.a.Doyurma Yöntemi:

Bu teknikte Kişi midesi bulanana kadar eskisinden daha fazla sayıda ve hızda sürekli sigara içer(18).

2.1.5.b.Kendi Kendini Yönetme Teknikleri:

Bir terapist eşliğinde yürütölür, bazı ters ikna yöntemleri ile sigara içen kişi kendisini ve sağlıksız davranışını hayal gücüyle değerlendirip kendini rahatsız hisseder(18).

2.1.5.c.Kendini İzleme:

Kişi sigara içme nedenlerinin anlaşılacağı bir sigara günlüğü tutar.Kendi sigara davranışını inceleyerek değiştirebilme farkındalığı oluşur(19).

2.1.5.ç.Ani Bırakma ve Azaltarak Bırakma:

Vücuda alınan nikotin miktarını azaltmak için sigara sayısı zamanla azaltılır veya nikotin içeriği düşük olan farklı bir sigaraya geçilir. Bu yöntemde nikotin eşik değerinin altına düştüğünde yoksunluk semptomları yaşanabilir. Aniden bırakmada ise yoksunluk semptomları daha yoğun yaşanır ancak aniden bırakanlarda tekrar başlama eğilimi azaltarak bırakanlara göre daha da azdır(20)(21).

2.1.5.d.Grup Tedavileri:

Sigara ile tek başına baş edemeyeceğini düşünen kişilerin Grup terapileri ile kendileri ile benzer durumlar yaşayan insanların olduğunu görerek, sigarayı bırakma konusunda cesaretlenmesi amaçlanıyor. Motivasyonel görüşme teknikleri ile grup üyelerinin deneyimlerinin paylaşılması ile sigara bırakma çabaları güçlendiriliyor(18)(20).

2.1.6.SİGARA BIRAKMADA İLAÇ TEDAVİLERİ

Sigarayı bırakmak kolay değildir ve özellikle destek almadan sigarayı bırakmaya çalışmak ciddi düzeyde bırakma çabası gerektirir(7). Hiç destek almadan kendi kendine sigara bırakmayı deneyenlerin %5'inden azı başarılı olabilmektedir(22). Sigarayı bırakmak için kişinin istemesi, yakın çevre ve hekim desteğinin olmasının yanı sıra ilaç desteği de önemli olabilir ve kontrendike olmadıkça sigara bırakmak isteyen herkese önerilebilir(7).

ABD Halk Sağlığı Servisinin sigara bağımlılığına yaklaşımla ilgili kılavuzunda 7 ilaç ilk seçenek olarak gösterilmiştir:

- 1.Transdermal nikotin bandı,
- 2.Nikotin sakızı,
- 3.Nikotin pastili,
- 4.İnhaler nikotin,
- 5.Burun spreyi nikotin,
- 6.Bupropiyon,

7.Vareniklin(7)

Türkiye’de bu ilaçlardan nikotin bandının 24 saatlik formları (Nicotinell TTS 10, 20 ve 30), 16 saatlik formları (Nicorette invisı 10 mg, 15 mg ve 25 mg), nikotin sakızı (Nicotinell 2mg, Nicorette 2 ve 4mg), nikotin pastili (Niquitin 2mg ve 4mg), vareniklin (Champix) ve bupropiyon hidroklorürdür (Zyban, Wellbutrin) bulunmaktadır. Zyban sigara bıraktırmada daha sık kullanılırken, Wellbutrin daha çok majör depresif bozuklukta ve mevsimsel afektif bozuklukta kullanılmaktadır(23).

2.1.6.a.Nikotin Replasman Tedavisi:

Nikotinin replasman tedavi(NRT) seçenekleri; sakız, bant, inhaler nikotin, pastil, nazal spreydir.

NRT’nin iki hedefi vardır.

- 1) Nikotinik reseptör sayısını azaltmak
- 2) Nikotinik reseptörlere bağlanarak fazla içme isteğini ve diğer yoksunluk belirtilerini gidermek.

NRT ile nikotin sistemik venöz emilime uğrayacağından beyne sigaradan daha da yavaş iletilir ve zirve nokta oluşmaz. Sigara ile birkaç saniyede beyne yüksek dozda nikotin ulaşırken oral, inhaler NRT ile dakikalar, transdermal bantlar ile saatler sonucunda daha düşük seviyelerde nikotin beyne ulaşır. Böylece de nikotin reseptörleri uyarılmadan doyurulur ve reseptör sayısı giderek azalır, üç aylık NRT sonrası reseptör sayısı normal düzeye gerilediği görülmüştür(5). Ancak NRT kullanarak sigarayı bırakan kişilerin %93’ünün altı ay içinde tekrar sigaraya başladığı görülmüştür. NRT ve diğer farmakolojik tedavilerin davranışsal terapilerle etkili olduğu bildirilmiştir(24). Yapılan bir çalışmada Nikotin bant tedavisiyle birlikte davranışsal destek yöntemi kullanılırsa bırakma başarısının iki kat arttığı görülmüştür(25)

2.1.6.b.Bupropion:

Bupropion, dopaminin ve noradrenalinin geri alım inhibitörüdür. Depresyonda kullanılan bir tedavi yöntemi olmasına rağmen sigaranın bırakılmasıyla gelişen yoksunluk semptomlarını azaltmada etkinliği kanıtlanmıştır, sigara bırakma

amacıyla kullanılmasına ilişkin onay da almıştır(26). Otuzaltı randomize çalışmanın metaanalizine göre bupropiyonun sigara bırakma başarısı plaseboya göre 2 kat daha fazladır(27). Elli iki hafta boyunca Bupropion tedavisi verilerek plasebo ile karşılaştırılan bir çalışmada, 24 aylık izlem sonucunda tekrar sigaraya başlamayı azalttığı gösterilmiştir(28). Sigarayı bırakma sonrasında kilo alımını engelleyici özelliği de bulunmaktadır(29).

2.1.6.c.Vareniklin:

Plasebo kontrollü çalışmalarla etkinliği kanıtlanan diğer ilaç, FDA tarafından 2006'da sigara bırakma ilacı olarak kabul edilen Vareniklin'dir(30). Vareniklin nikotinik $\alpha 4\beta 2$ reseptörüne bağlanıp dopamin salınımını azaltır, aşırı tütün isteği ve nikotin yoksunluğunu giderir, nikotinin reseptöre bağlanmasını bloke eder. Böylece sigara içmeyle sağlanan ödül azalır, kişinin sigaradan uzaklaşmasını sağlar(31). Bir çalışmada Vareniklin ve Bupropionun 12 hafta kullanılmasının ardından plasebo ile karşılaştırılmıştır. 52 haftalık takip sonucunda Vareniklin kullananlarda bırakma oranı %21,9, Bupropion kullananlarda bırakma oranı %16,1 ve plasebo da %8,4'tür(32).

2.1.6.d.Kombinasyon Tedavileri:

Nikotin Bandı + Nikotin Sakızı, Nikotin Bandı + Nikotin Pastili, Nikotin Bandı+ İnhaler Nikotin, Nikotin Bandı + Nazal Sprey, Nikotin Bandı + Bupropiyon; sigara bırakma oranlarını artırdığı söylenen ve önerilen kombinasyonlardandır (7)(33)(34). Vareniklin ile NRT kombinasyonu ve vareniklin ile bupropiyon kombinasyonları da denenmiş ancak birlikte etkinlikleri konusunda net sonuca varılamamıştır(35)(36).

2.1.7.SİĞARA BIRAKMADA BİYOREZONANS

Biyorezonans, temel rezonans prensiplerinin tıp alanında kullanımıdır. Bu prensipte, maddelerin kendine has titreşimi ve dalga modeli bulunur. İnsanda bulunan doğal titreşimlerin bozulması ile anormal titreşimlerin oluşumu, belirli bazı hastalıkların oluşmasında neden olur. Biyorezonans cihazı bu bozuk titreşim dalgasını, vücuda yerleştirilen bir elektrot ile algılar. Cihaz bu modeli tanır, ters çevirir, güçlendirildikten sonra, hastanın vücuduna geri göndererek daha önce

bozulmuş olan elektromanyetik titreşim dalgası normale döner ve oluşmuş olan problem çözülür. Biyorezonans tedavisinde insan vücudundaki tüm sorunlar için farklı farklı frekanslar verilerek bir dengeye ulaşılabileceği söylenmektedir(37). Endojen ve eksojen biyorezonans uygulamaları vardır; bağımlılık tedavisinde eksojen biyorezonans uygulaması kullanılır.

Eksojen biyorezonans uygulamasında;

- Kullanılacak maddeler cihaza tanıtılır. Bu maddeler; allerjen maddeler, bağımlılığın oluşmasında neden olan maddeler ve toksik maddelerdir. Cihaz uygulama sırasında bu maddelerden elektromanyetik sinyalleri alır.
- Elektromanyetik sinyaller alındıktan sonra; uygulama sırasında vücuda faydalı olduğu test edilmiş maddeler (homeopatik ilaçlar) kullanılacaksa bu sinyalleri sabit fazlı olarak ters çevirmeden, vücuda zararlı, toksik veya allerjen maddeler kullanılacaksa sabit fazlı olarak ters çevrilerek elektrotlar yardımı ile vücuda geri verilir(38)(39)
- Frekansın yine faz değiştirilmeden tersine çevrilip vücuda bu şekilde geri verilmesi ile o madde ile ilgili elektromanyetik bilginin zayıflatılmasını amaçlar(40).

2.1.8.SİGARA BIRAKMA VE ELEKTRONİK SİGARA

Elektronik nikotin taşıyıcı sistemleri (ENDS) veya kişisel buharlaştırıcı (personel vaporizer) başlığı altında toplanan e-sigaralar, nikotin ve kimyasal maddeleri de içeren solüsyonu, buhar haline dönüştürerek özellikle solunma yoluyla vücuda alınmasını sağlar. Genellikle e- sigaralar tip ve görünüm olarak da normal sigaraya benzetilmeye çalışılmıştır(41). Tütün dumanında bulunan ve bronşit, amfizem ve akciğer kanseri gibi hastalıklara sebep olan katran, e-sigara dumanında bulunmaz. Bu nedenle, geçmiş yıllarda yapılan çalışmalarda e-sigaranın nikotin yerine koyma tedavisinde kullanılabileceği ve yanıcı sigaranın etkilerinin bu şekilde azaltılabileceği düşüncesi ortaya konmuştur(42). Sigara kullanan kişilerin büyük çoğunluğu özellikle nikotin ihtiyacını karşılamak adına e-sigaranın daha az zararlı olduğu düşüncesi ile e-sigara kullanmaktadır. Yine bu durum; e-sigaranın yerine koyma tedavisinde bir yöntem olabileceği düşüncesini doğurmaktadır. Ancak e-sigara kullanıcıları kullanmayanlara göre daha fazla sigara bırakmaya eğilimli

olmadıkları gösterilmiştir(43).Yine başka çalışmalarda, e-sigara kullanımının sigara bırakma konusunda anlamlı bir faydası bulunamamıştır(44)(45).

2.2.GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI

2.2.1 TANIM

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp ifadesinin tanımını geleneksel tıp ve tamamlayıcı tıp ifadelerini ayrı ayrı tanımlayarak yapabiliriz. Dünya sağlık örgütünün tanımına göre geleneksel tıp terimi; “Birbirinden tamamen farklı kültürlerin bedensel ve zihinsel sağlığın bakımı, korunması, hastalıklara tanı konulması ve hastalıkların tedavi edilmesi için kullandığı; teori, inanç ve tecrübelere dayanan bilgi ve beceriler bütünüdür.” (46).

Tamamlayıcı tıp ise tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan konvansiyonel tıbbi uygulamalar haricindeki tedavi ve bakım sistemleridir. Ülkemizde ise bu uygulamalar bir bütün olarak 2014 yılında yayınlanan GETAT yönetmeliğinde tanımlanmıştır. GETAT uygulamalarının yaygınlığını araştıran DSÖ’nün yayınladığı rapora göre, bu yöntemleri tercih eden kişiler Avustralya’da toplumun % 48’i, Belçika’da % 31’i, Kanada’da % 70’i, Fransa’da % 49’i, Amerika’da ise % 42’i olarak belirlenmiştir(47). Yine yapılan araştırmalara göre GETAT uygulamalarına harcanan bütçe giderek artmaktadır. (48). Türkiye’de de yapılan çalışmalarla gösterilmiş olan GETAT’a artmış toplumsal ilgi, (49)(50)(51) 2014 yılı sonunda yayınlanan yönetmelik sonrasında sağlık çalışanları arasında da daha fazla rağbet görmeye başlamıştır.

2.2.2. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBIN TARİHÇESİ

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının (GETAT) kökeni eski Çin tıbbına kadar dayanır. Eski çağlarda şifacılar ve şamanların görev yaptığı toplumlarda, bitkisel tedavi kullanımı tıbbın bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada GETAT uygulamalarının giderek artmasına rağmen literatürde eksikliklerin olması nedeniyle 1998 yılında Birleşik Devletlerde Ulusal Sağlık Enstitüsüne (NIH)

bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) kurulmuştur. Bu merkezin kuruluş amacı; GETAT uygulamalarının güvenilirliklerini ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların geleneksel tedavilere katılımını sağlamaktır.

2.2.3.ÜLKEMİZDEKİ YENİ UYGULAMALAR İLE BİRLİKTE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP METODLARI

Ülkemizde de GETAT metotlarına olan ilgi giderek artmaktadır. Bu nedenle hekimlerin de bu konuda farkındalığının artması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın bünyesinde 2012 yılında Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuştur *(2014 yılında adı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı olarak değiştirilmiştir)*, “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” ise 27 Ekim 2014 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmelikte 15 farklı uygulamaya yer verilmiş, tanımlamaları yapılmıştır (2). Bu yönetmelikle halihazırda kullanılan ancak yetkin eller, uygun ortamlar gözetilmeden sürdürülen uygulamalar sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanları gözetiminde uygulanabilecek düzeyde standardize edilmiştir.

2.2.4.ALTERNATİF MEDİKAL TEDAVİ SİSTEMLERİ

2.2.4.a. Fitoterapi:

Alternatif tıp uygulamalarından birisi olan fitoterapi bitkilerin çeşitli formlarda tıbbi amaçla kullanılması anlamına gelmektedir. Dünya sağlık örgütü’nün tanımına göre, bitkisel ilaç; aktif içerik olarak bitkilerin toprak altı veya üstü kısımları ham halde veya bitkisel preparat halinde taşıyan, çağdaş ilaç tanımına uygun, iyi üretim uygulamaları ile üretilmiş farmasötik formda hazırlanmış, bitmiş ve etiketlenmiş tıbbi ürünlerdir(52).

Dünya Sağlık Örgütü’nün tespitiye göre dünya nüfusunun %70-80’ninin bitkisel drog kullanmaktadır.Bu oranın yüksek olmasının nedenleri; bitkisel ürünlerinin doğal kaynaklı olduğu düşüncesi ve doğal olduğu için yan etkilerinin olmayacağını düşünme, kişilerin kendi derdine kendisi çare bulma isteği,medya yolu

ile bu ürünlerin reklamlarının insanlar üzerinde cezbedici etkisi sayılabilir. Bitkisel ürünler birçok hastalıkta kullanılmaktadır(53)(54)(55).

2.2.4.b.Akupunktur ile Tedavi

Akupunktur yaklaşık 3000 yıl önce Doğu Asya ve Çin coğrafyasında keşfedilmiş ve daha sonra dünyanın birçok farklı ülkesinde günümüze kadar uygulanagelmiş bilinen en eski tanı-tedavi sistemlerinden biridir (56). Kelime anlamı olarak iğne batırma anlamına gelmektedir. Bu yöntemle vücuttaki akupunktur noktalarının iğneler ile ya da Akupresür (akubası) kullanılarak uyarılmasıyla hastalıkların tedavisini yapmak ve sağlığın korunması hedeflenir.(57). Geleneksel Çin tıbbına göre ; Qi adı verilen enerji insan vücudunda ki meridyen kanalların da dolaşmaktadır. Hastalıkların Qi akışındaki bozukluklardan meydana geldiği düşünülmektedir. Akupunktur yöntemiyle ise bozulan Qi meridyenler üzerideki akupunktur noktalarına iğne batırılması suretiyle düzeltilip tedavi edilir (57)(58). Yani akupunkturla vücuttaki meridyenler üzerindeki enerji engeli ortadan kaldırılıp, hastalıklar tedavi edilmeye çalışılmaktadır(59). Akupunktur'un batıda tanınması ve yaygınlaşması 1972 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'den başlamıştır.(36)(60). 1979 yılında DSÖ akupunktur tedavisini bilimsel bir yöntem olarak kabul edip ve etkili olduğu hastalıkların listesini yayımlamıştır. Bu listeye göre 100'den fazla hastalığın tedavisinde akupunkturun etkili olduğu belirtilmiştir(61). Ülkemizde ise 29.05.1991 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış ve yönetmeliği yayınlanmıştır.

2.2.4.c.Homeopati Tedavisi:

Alman doktor Samuel Hahnemann (1755-1843) tarafından geliştirilen homeopati; maddelerin yüksek dozları ile hastalıklar olurken, düşük dozları ile tedavi edildiği düşüncesiyle yapılan bir tedavi yöntemidir (62). Modern tıp; hastalığa sebep olan etkeni bulup onu ortadan kaldırmayı amaçlar ancak homeopati de hastalıklar çeşitli semptomların biraraya gelmesi ile olur ve tedavi için önerilen maddeler semptomları ortadan kaldırmayı hedefler. Homeopatik tedavide hastanın şikayetlerine yönelik bitki, mineral, hayvansal ürünler veya kimyevi maddeler

neredeyse içindeki orijinal madde yok olana kadar suda seyreltilir. Seyreltme işlemi tamamlandığında ise hastaya homeopatik remedi olarak sunulur(63).

2.2.4.ç.Hipnoz:

Hipnoz, uyku halinde gibi bütün vücudun gevşediği ancak bilincin kaybedilmediği, kişinin trans haline geçerek olaylara odaklanıp telkinlere açık bilinç durumudur(64)(58)(65). Ağrıyı azaltmak için hipnoanestezi ile cerrahi girişimlerde, psikosomatik hastalıkların tedavisinde ve psikiyatride kullanılmaktadır(66). Hipnoz; ağrının azaltılmasında, anestezişiz operasyonlarda, enürezis nokturnada, fobilerde, kekemelikte, çocuklarda davranış bozukluklarında ve uyum sorunlarında, öğrenme sorunlarında, yeme bozukluklarında, bağımlılık tedavisinde, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozukluklarında ve daha bir çok hastalıkta kullanılmaktadır(67).

2.2.4.d.Hacamat ve Kupa Tedavisi:

Hacamat eski Mısırlılar, Babilliler ve Çin uygarlıklarında 5000 yıldır uygulanmakta olan yeryüzünün en eski tedavi yöntemlerinden biridir. Bilinen en eski tıp metni (M.Ö. 1550) Eber Papirüslerinde de hacamata rastlamaktadır. Bu yöntem ile kan akışı harekete geçer, bağışıklığı artırılması ve böylece hastalıklara karşı korunma gerçekleşir.

Vücudun belli bölgelerinin çizilip üzerine bardak veya şişe yerleştirilerek kan alma işlemine hacamat denir. Kan alınmadan kupa ile bölgesel vakum oluşturmaya ise kuru hacamat veya kupa terapisi denir. Hacamatın bilinen iki türlü etkisi vardır; Lenfatik dolaşımı provoke ederek vücutta biriken toksik maddelerin atıkların uzaklaşmasına yardımcı olarak detoksifikasyon oluşturmak ve organların yansıması olan akupunktur back-shu noktalarına uygulanıp; o organların üzerindeki stresi azaltmak, organlar arası enerji dengesi sağlamak ve enerjisel kanallarının açılmasını sağlamaktır.

2.2.4.e.Apiterapi:

Apiterapi bal, arı sütü, propolis, bal mumu, arı zehri gibi arı ve kovan ürünlerinin, sağlığın korunması , hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için kullanılması şeklinde tanımlanabilir. Geleneksel tedavi uygulamalarında arı ürünleri binlerce yıldır bilinmesine, yara, yanıklar başta olmak üzere bazı sık görülen günlük

sorunların tedavisinde yaygın olarak kullanılmasına ya da modern tıpta artrit tedavisinde arı zehrinden yararlanılmasına karşılık, 'apiterapi' bu uygulamalardan farklı bir kavram olarak kabul edilmektedir. Apiterapi , sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi amacıyla bilinçli ve sistemli bir şekilde kullanıldığı uygulamalar dizinidir. Almanya'da arıcılar arasında yapılan bir ankette, arı ürünlerinin hangi amaçlarla uyguladıkları ve uygulama sonuçlarının başarısı sorgulanmış; propolisin soğuk algınlığı, yara, yanıklar, boğaz ağrısı, dişeti sorunları ve genel sağlığı koruyucu etkileri; polenin ise genel sağlığı koruyucu kullanımının ön planda olduğu, bazı prostat sorunlarında yararlı olabildiği tespit edilmiş; balın yara iyi edici etkisi ve propolisin soğuk algınlığı tedavisindeki etkinliği, en başarılı tedavi uygulamaları olarak ön plana çıktığı görülmüştür(68).Arı ürünlerinin 5000 yıldan beri kullanıldığı bilindiği halde, son yıllarda tekrar popülerite kazanmasının nedeni, bu geleneksel uygulamaların bilimsel araştırmalarla da kanıtlanmasıdır.(69)

3.GEREÇ YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ŞEKLİ

Çalışmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapılmıştır. Çalışmaya Haziran 2021-Temmuz 2021 ayları arasında Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü sigara içen veya hayatının bir döneminde sigara içmiş olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler dâhil edilmiştir.

Araştırma türü gözlemsel,tanımlayıcı,kesitseldir.

Dahil Edilme Kriterleri:

- 1)18 yaş üstü bireyler
- 2)Çalışmayı kabul edenler
- 3)İletişim engeli bulunmayanlar

Dışlama Kriterleri:

- 1)18 yaş altı birey
- 2)Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler
- 3)İletişim engeli bulunanlar
- 4)Gebeler

3.2. ANKET FORMU

Hastalara sosyodemografik özellikleri ve sigara içme durumları, sigara bırakma tedavisi sırasında kullandıkları yöntemleri ve tedaviye yardımcı yöntemleri kullanma durumları hakkında bilgi ve tutumlarını sorgulayan 26 soruluk anket uygulanmıştır. “Sigara bırakmada şu an hangi safhadasınız?” sorusu sorulurken öncelikle bazı tanımlamalar yapılmıştır. Bu tanımlamalar şunlardır: “Eylem”;

sigarayı bıraktım ama henüz 6 ay dolmadı, “farkındalık öncesi”; sigarayı bırakmayı düşünmüyorum, “farkındalık”; bırakmaya karar vermedim, bırakmayı düşünüyor ve bırakma yöntemlerini araştırıyorum, “niyet”; sigara bırakmama yardım edecek yöntemleri planladım, “sürdürme”; sigara içmeyeli 6 aydan fazla zaman oldu.(70)

Uygulanan anket Ek-1’de sunulmuştur.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenlerden parametrik test varsayımlarını sağlayanlar ortalama±standart sapma (SD), sağlamayanlar ortanca (en küçük ve en büyük) değerleriyle sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-kare, Fisher Exact ve Fisher-Freeman-Halton Exact Test kullanılmış, Yates ve post hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. İki grup ortalama karşılaştırmalarında parametrik test varsayımları sağlanmadığı için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.4.ETİK KURUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı tarafından 08.06.2021 tarih ve 3320 protokol onay numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

Etik kurul onayı Ek-3’ de sunulmuştur.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan toplam 302 kişinin yaş ortalamaları $35,59 \pm 10,52$, ortalama yaş 35, en küçük yaş 19, en büyük yaş 72 olarak hesaplanmıştır. Boy uzunlukları ortalama $170,78 \pm 8,85$, ortalama boy uzunluğu 170, en küçük boy uzunluğu 146, en büyük boy uzunluğu 195 cm olarak hesaplanmıştır. Ağırlık ölçümleri ortalama $75,45 \pm 16,74$, ortalama 75, en küçük 45, en büyük 152 kg olarak hesaplanmıştır. BMI ölçümleri ise ortalama $25,75 \pm 4,80$, ortalama 25,32, en küçük 16,26, en büyük 45,89 kg/m^2 olarak hesaplanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların yaşları ve vücut ölçümleri

Değişken (n:302)	Ortalama	SD	Ortanca	Min-Maks
Yaş (yıl)	35,59	10,52	35	19-72
Boy (cm)	170,78	8,85	170	146-195
Ağırlık (kg)	75,45	16,74	75	45-152
BMI (kg/m^2)	25,75	4,80	25,32	16,26-45,89

Tablo 2’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Toplam 302 kişinin 154’ü (%51,0) erkek, 148’i (%49,0) kadındır. Bekâr/boşanmış olan 123 (%40,7), evli olan 179 (%59,3) kişi bulunmaktadır. Katılımcılar eğitim durumlarına göre analiz edildiklerinde okuryazar olmayan 2 (%0,7), ilköğretim mezunu olan 15 (%5,0), lise mezunu olan 58 (%19,2) ve üniversite mezunu olan 227 (%75,2) kişi olduğu görülmektedir. Meslek gruplarına göre beyaz yaka olan 192 (%63,6), mavi yaka olan 36 (%11,9), çalışmayan/ev hanımı/emekli olan 40 (%13,2) ve öğrenci olan 34 (%11,3) kişi bulunmaktadır. Katılımcıların 58’i (%19,2) aylık gelirlerinin 2580 TL’nin altında, 137’si (%45,4) 2580-8436 TL arasında, 107’si (%35,4) 8436 TL’nin üzerinde olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişken (n:302)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	154	51,0

Kadın	148	49,0
Medeni durum		
Bekâr/Boşanmış	123	40,7
Evli	179	59,3
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	2	0,7
İlköğretim	15	5,0
Lise	58	19,2
Üniversite	227	75,2
Meslek		
Çalışmıyor/Ev hanımı/Emekli	40	13,2
Beyaz yaka	192	63,6
Mavi yaka	36	11,9
Öğrenci	34	11,3
Aylık gelir		
<2580 TL	58	19,2
2580-8436 TL	137	45,4
>8436 TL	107	35,4

Kronik hastalığı olan 68 (%22,5) kişi bulunmaktadır. Bu hastalıklar sıklık sırasına göre şu şekildedir; kronik akciğer hastalığı, kronik kalp hastalığı, DM, DM ve kronik kalp hastalığı, DM, kronik kalp hastalığı ve kronik akciğer hastalığı, DM ve diğer hastalıklar (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların kronik hastalık durumları

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık varlığı (n:302)		
Evet	68	22,5
Hayır	234	77,5
Kronik hastalıklar (n:68)		
Kronik Kalp Hastalığı	8	11,8
Kronik Akciğer Hastalığı	14	20,6
DM	5	7,4
DM+Kronik Kalp Hastalığı	3	4,4
DM+Kronik Kalp Hastalığı+Kronik Akciğer Hastalığı	2	2,9
DM+Diğer	2	2,9

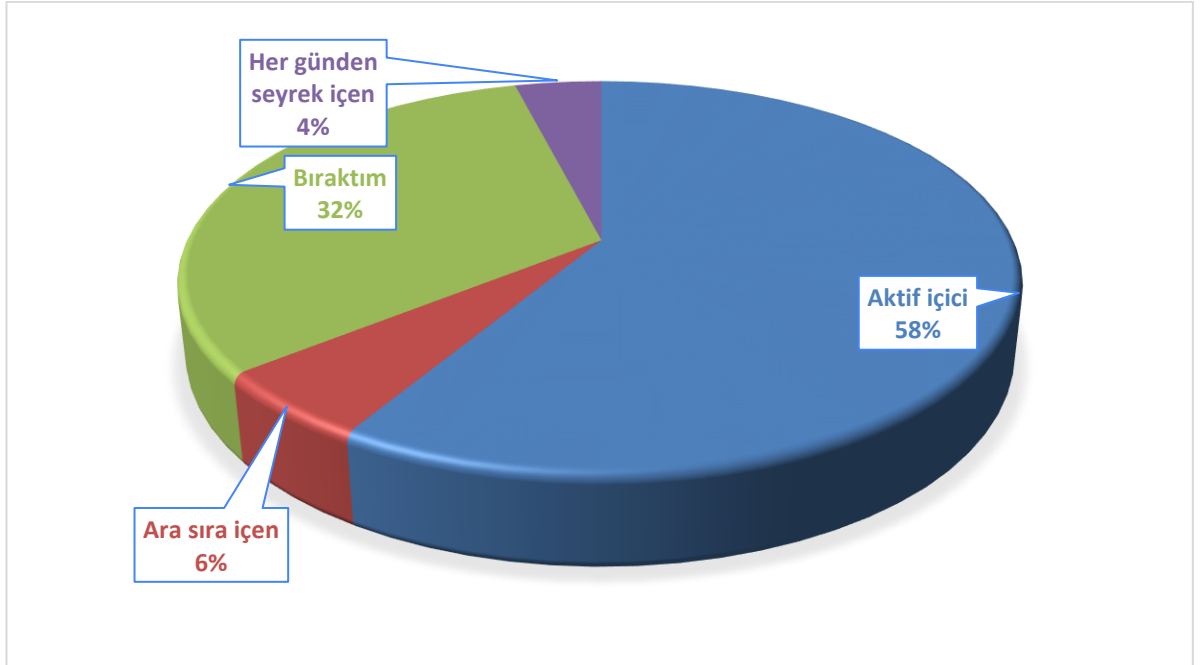
Diğer	34	50,0
-------	----	------

Katılımcılar sigara içme durumlarına göre “aktif içici” (son 30 günde her gün en az 1 tane sigara içen), “ara sıra içen” (sosyal ortamlarda arkadaş ortamlarında ara ara içen kişiler) ve “her günden seyrek içen” (sigara içen ama son 30 günde içmediği gün olan kişiler) olmak üzere üç gruba ayrılmışlardır. Bu gruplamaya göre “aktif içici” olan 177 kişi (%58,6), “ara sıra içen” 17 (%5,6) kişi, “her günden seyrek içen” 12 (%4,0) kişi bulunmaktadır. 96 (%31,8) kişi ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir (Tablo 4, Grafik 1).

Tablo 4: Katılımcıların sigara içme durumları

Sigara içme durumu (n:302)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aktif içici	177	58,6
Ara sıra içen	17	5,6
Bıraktım	96	31,8
Her günden seyrek içen	12	4,0

Grafik 1: Katılımcıların sigara içme durumları



Tablo 5 ile katılımcıların sigara içme miktarları sunulmuştur. Sigara içme süresi ortalama $13,56 \pm 9,78$ yıl, günlük sigara içme miktarı $14,07 \pm 8,82$ adet, günlük içilen paket miktarı $0,70 \pm 0,44$ adet ve toplam sigara içme miktarı ortalama $10,82 \pm 11,29$ paket/yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların sigara içme miktarları

Değişken (n:302)	Ortalama	SD	Ortanca	Min-Maks
Sigara içme süresi (yıl)	13,56	9,78	7,5	0,01-87,5
Sigara içme miktarı (günde adet)	14,07	8,82	15	0,25-67,0
Günlük içilen paket miktarı (adet)	0,70	0,44	0,75	0,01-3,35
Paket/yıl	10,82	11,29	7,5	0,01-87,5

Katılımcıların sigara bırakma ile ilgili özellikleri tablo 6 ile gösterilmiştir. Sigarayı bırakmayı denediğini belirten 236 (%78,1) kişi bulunmaktadır. “Kaçıncı denemede bıraktınız?” sorusuna 234 kişi yanıt vermiştir, bunların 167’si (%70,8) ilk denemede, 63’ü (%26,7) 1-10 denemede, 6’sı (%2,5) 10 ve üzeri denemede bıraktığını belirtmiştir. Sigarayı bırakan 96 kişinin 36’sı (%37,5) 1 yıldan az, 60’ı (%62,5) 1 yıldan fazla süredir sigara içmediklerini belirtmişlerdir. Bu 96 kişinin çoğunluğu (%77,1) kendisi sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Bunun dışında ilaç tedavisi ve nikotin bantları kullanan 14 kişi (%14,6), elektronik sigara kullanan 3 kişi (%3,1), davranışsal terapi alan 2 kişi (%2,1) bulunmaktadır. 3 kişi ise bu yöntemlerden bazılarını birlikte uyguladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 6).

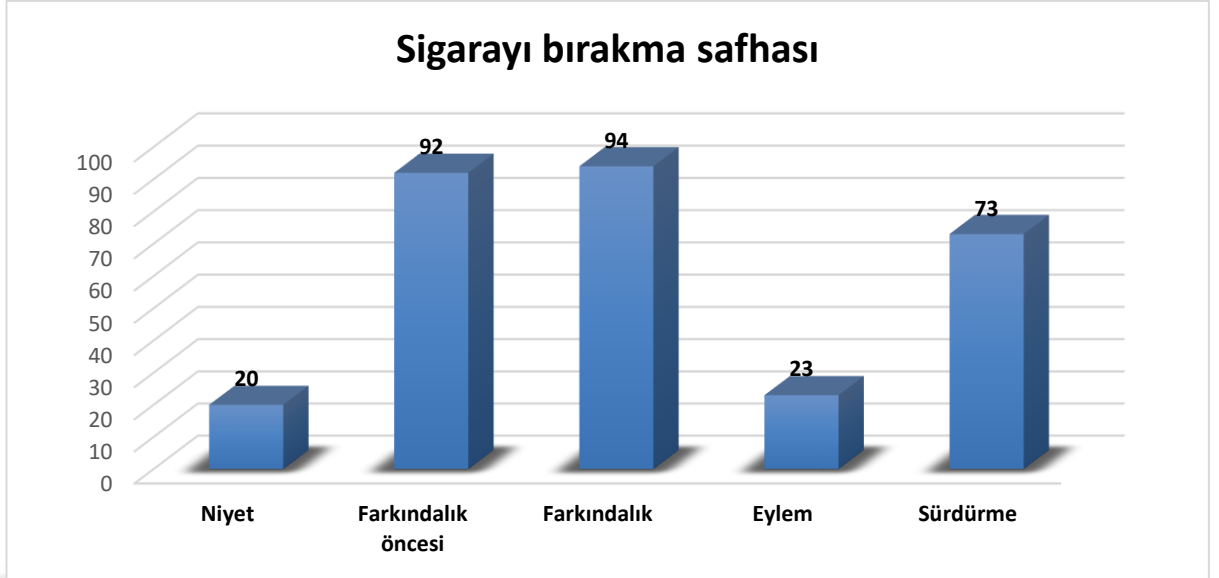
Tablo 6: Katılımcıların sigara bırakma ile ilgili özellikleri

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara bırakmayı denediniz mi? (n:302)		
Evet	236	78,1
Hayır	66	21,9
Kaçıncı deneme bıraktınız? (n:236)		
İlk denemede	167	70,8
1-10 denemede	63	26,7
10 ve üzerinde	6	2,5

Bıraktı iseniz ne kadar süredir içmiyorsunuz? (n:96)		
1 yıldan az	36	37,5
1 yıldan fazla	60	62,5
Hangi yöntemle bıraktınız? (n:96)		
Kendim bıraktım	74	77,1
İlaç tedavisi ve nikotin bantları	14	14,6
Elektronik sigara	3	3,1
Davranışsal terapi	2	2,1
İlaç+nikotin bantları+kendim bıraktım	1	1,0
İlaç+nikotin bantları+davranışsal terapi	1	1,0
İlaç+nikotin bantları+davranışsal terapi+hipnoz,hacamat,elektroin sigara	1	1,0
Sigara bırakmada şu an hangi safhadasınız? (n:302)		
Niyet	20	6,6
Farkındalık öncesi	92	30,5
Farkındalık	94	31,1
Eylem	23	7,6
Sürdürme	73	24,2

Katılımcılara “Sigara bırakmada şu an hangi safhadasınız?” sorusu sorulurken öncelikle bazı tanımlamalar yapılmıştır. Bu tanımlamalar şunlardır: “Eylem”; sigarayı bıraktım ama henüz 6 ay dolmadı, “farkındalık öncesi”; sigarayı bırakmayı düşünmüyorum, “farkındalık”; bırakmaya karar vermedim, bırakmayı düşünüyorum ve bırakma yöntemlerini araştırıyorum, “niyet”; sigara bırakmama yardım edecek yöntemleri planladım, “sürdürme”; sigara içmeyeli 6 aydan fazla zaman oldu. Bu soruya verilen yanıtlar ise şu şekilde olmuştur; %6,6 “niyet”, %30,5 “farkındalık öncesi”, %31,1 farkındalık, % 7,6 “eylem”, %24,2 “sürdürme” (Tablo 6, Grafik 2).

Grafik 2: Sigarayı bırakma safhası



Katılımcılara bildikleri sigara bırakma yöntemleri sorulduğunda %73,2'si “kendi kendine” yanıtını vermiştir. Bunun dışında “ilaç ve nikotin bantları” yanıtını verenlerin oranı %68,5, “davranışsal terapi” yanıtını verenlerin oranı %28,1, “GETAT” yanıtını verenlerin oranı %25,5, “elektronik sigara” yanıtını verenlerin oranı %44,0, “biyorezonans” yanıtını verenlerin oranı %26,8 olmuştur (Tablo 7).

Tablo 7: Bilinen sigara bırakma yöntemleri

“Aşağıdaki sigara bırakma yöntemlerinden hangilerini biliyorsunuz?” (n:302)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kendi kendine	221	73,2
İlaç ve nikotin bantları	207	68,5
Davranışsal terapi	85	28,1
GETAT	77	25,5
Elektronik sigara	133	44,0
Biyorezonans	81	26,8
Diğer	16	5,3

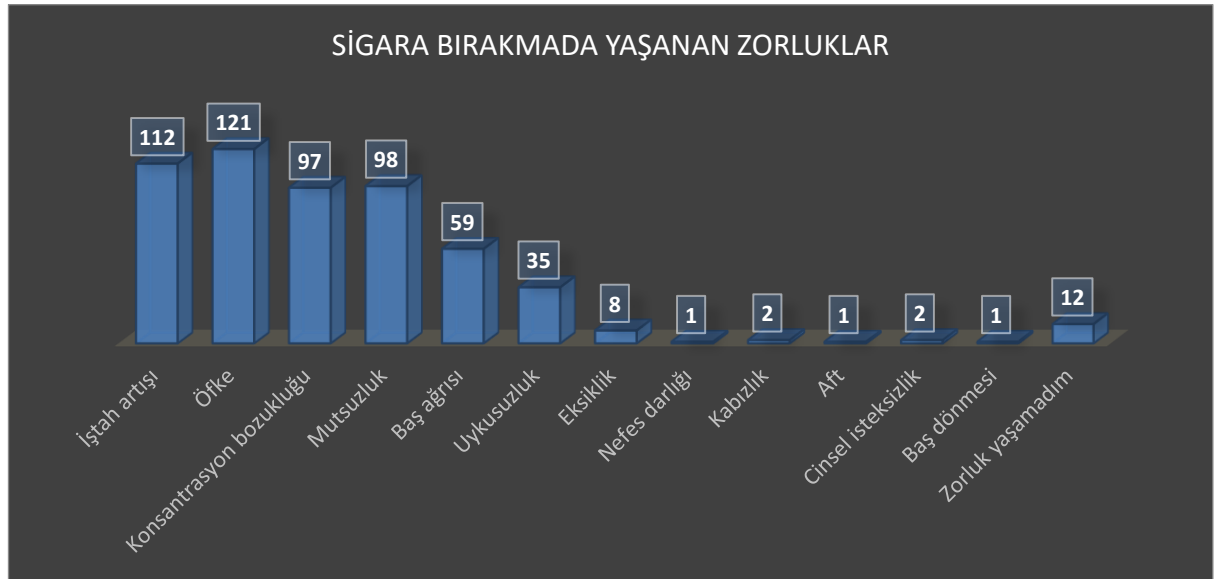
Sigara bırakma sürecinde yaşanan zorluklar sıklık sırasına göre şu şekildedir; öfke, iştah artışı, mutsuzluk, konsantrasyon bozukluğu, baş ağrısı, uykusuzluk,

eksiklik, kabızlık, cinsel isteksizlik, nefes darlığı, aft, baş dönmesi. 12 kişi (%5,1) ise zorluk yaşamadığını belirtmiştir (Tablo 8, Grafik 3).

Tablo 8: Sigara bırakma sürecinde yaşanan zorluklar

Sigara bırakma sürecinde yaşanan zorluklar (n:236)	Sayı (n)	Yüzde (%)
İştah artışı	112	47,5
Öfke	121	51,3
Konsantrasyon bozukluğu	97	41,1
Mutsuzluk	98	41,5
Baş ağrısı	59	25,0
Uykusuzluk	35	14,8
Eksiklik	8	3,4
Nefes darlığı	1	0,4
Kabızlık	2	0,8
Aft	1	0,4
Cinsel isteksizlik	2	0,8
Baş dönmesi	1	0,4
Zorluk yaşamadım	12	5,1

Grafik 3: Sigara bırakmada yaşanan zorluklar



Tablo 9’da GETAT ile ilgili özellikler gösterilmiştir. Katılımcıların GETAT’a başvurmama nedenleri sorgulandığında %43,0’ü bilgisi olmadığını, %40,9’u ihtiyaç duymadığını, %11,7’si güvenmediğini belirtmiştir. 4 kişi GETAT yöntemlerini denediğini belirtmiştir, bu yöntemler aromaterapi, fitoterapi, hipnoz ve hipnoz+hacamat olarak bildirilmiştir. Bu 4 kişi sigara bırakmada GETAT uygulamalarının kullanılabileceğini aile-akraba (1 kişi), sağlık çalışanı (2 kişi) ve TV’den (1 kişi) duyduklarını belirtmişlerdir. 4 kişinin yarısı GETAT uygulamalarına başvuru nedeni olarak bırakmayı kolaylaştırmak diğer yarısı da çevre önerisi yanıtını vermişleridir. GETAT uygulamalarını sigara bırakma tedavisinde öfkelerini dindirme, sigara isteğini azaltma, tikslenme, uykusuzluğu giderme etkileri için kullanmışlardır. GETAT uygulamalarını kullanan 4 kişinin yarısı sigara bırakma sürecinde GETAT’ı tavsiye edebileceğini belirtirken, yarısı emin olmadığını ifade etmiştir (Tablo 9).

Tablo 9: GETAT ile ilgili özellikler

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
GETAT’a başvurmama nedenleri (n:298)		
Bilgim yok	128	43,0
Güvenmiyorum	35	11,7
İhtiyaç duymadım	122	40,9
Diğer	13	4,4
Denenen GETAT yöntemleri (n:4)		
Aromaterapi	1	25,0
Fitoterapi	1	25,0
Hipnoz	1	25,0
Hipnoz+hacamat	1	25,0
“Sigara bırakmada GETAT uygulamalarının kullanılabileceğini nereden duydunuz?” (n:4)		
Aile-akraba	1	25,0
Sağlık çalışanı	2	50,0
TV	1	25,0
GETAT uygulamalarına başvuru nedeni (n:4)		
Bırakmayı kolaylaştırma	2	50,0
Çevre önerisi	2	50,0
“GETAT uygulamalarını sigara bırakma tedavisinde hangi etki için kullandınız?” (n:4)		

Öfkemi dindirmek	1	25,0
Sigara isteğini azaltmak	1	25,0
Tiksinmek	1	25,0
Uykusuzluğumu gidermek	1	25,0
“Sigara bırakma sürecinde GETAT’ı tavsiye eder misiniz?” (n:4)		
Emin değilim	2	50,0
Evet	2	50,0

Kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre sigarayı bırakma durumları analiz edildiğinde sigarayı bırakma oranının erkeklerde %35,1, kadınlarda %28,4 olduğu görülmektedir ve bu oranlar istatistiksel açıdan benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Bekâr/boşanmışlarda sigarayı bırakma oranı (%22,0), evlilere göre (%38,5) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Grafik 4). Yine benzer olarak eğitim seviyesi lise ve altı olanlarda sigarayı bırakma oranı (%21,3), eğitim seviyesi üniversite olanlara göre (%35,2) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Grafik 5). Mesleklere göre yapılan analizde de istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmesine rağmen, farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan ileri analizlerde bu anlamlılığın kaybolduğu gözlenmiştir. Sigara bırakma oranı çalışmayan/ev hanımı/emekli kişilerde %25,0, beyaz yakalarda %37,5, mavi yakalarda %19,4, öğrencilerde ise %20,6 olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$). Katılımcıların aylık gelirlerine göre yapılan analiz sonuçları ise şu şekildedir; sigara bırakma oranı aylık geliri 2580 TL’nin altında olanlarda %22,4, 2580-8436 TL arasında olanlarda %24,1 ve 8436 TL’nin üzerinde olanlarda %46,7. Bu analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiş ve farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için ileri analiz yapılmıştır. İleri analiz sonuçlarına göre farkı yaratan grubun aylık geliri 8436 TL’nin üzerinde olan grup olduğu anlaşılmıştır. Aylık geliri 8436 TL’nin üzerinde olan kişilerde sigara bırakma oranı diğer kişilere göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10: Sosyodemografik özelliklere göre sigarayı bırakma durumu

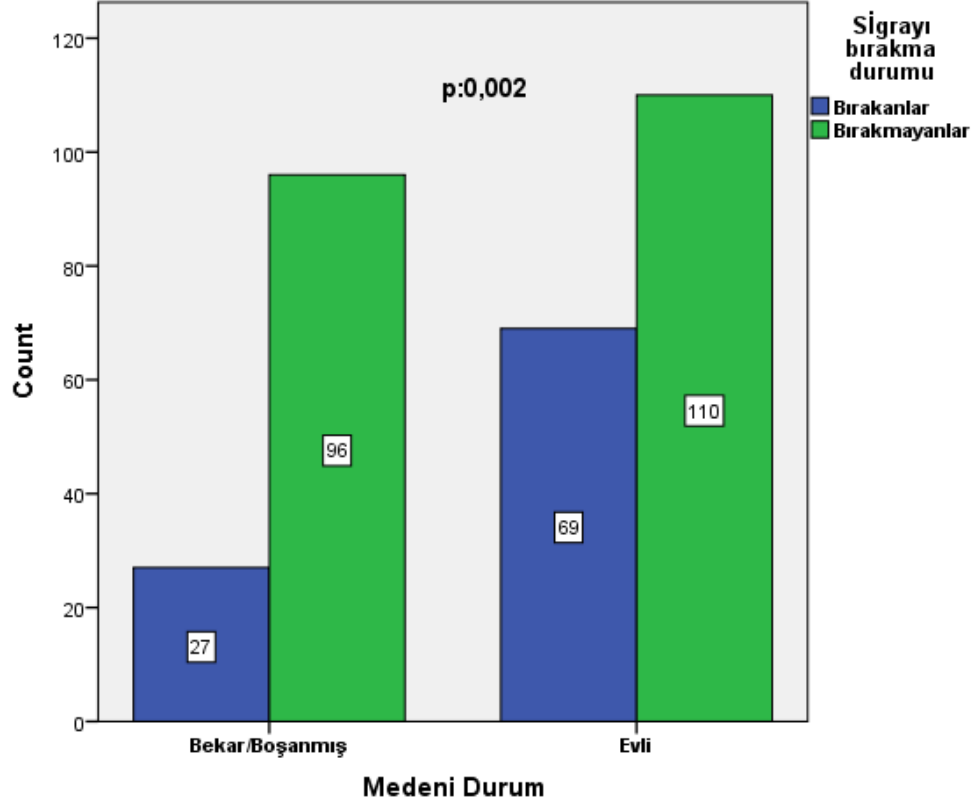
Değişken (n:302)	Bırakanlar (n:96)	Bırakmayanlar (n:206)	
------------------	-------------------	-----------------------	--

	n	%	n	%	p değeri
Cinsiyet					
Erkek	54	35,1	100	64,9	0,212
Kadın	42	28,4	106	71,6	-
Medeni durum					
Bekâr/Boşanmış	27	22,0	96	78,0	0,002
Evli	69	38,5	110	61,5	-
Eğitim durumu					
Lise ve altı	16	21,3	59	78,7	0,036
Üniversite	80	35,2	147	64,8	-
Meslek					
Çalışmıyor/Ev hanımı/Emekli	10	25,0	30	75,0	0,041^a
Beyaz yaka	72	37,5	120	62,5	-
Mavi yaka	7	19,4	29	80,6	-
Öğrenci	7	20,6	27	79,4	-
Aylık gelir					
<2580 TL	13	22,4	45	77,6	<0,001^b
2580-8436 TL	33	24,1	104	75,9	-
>8436 TL	50	46,7	57	53,3	-

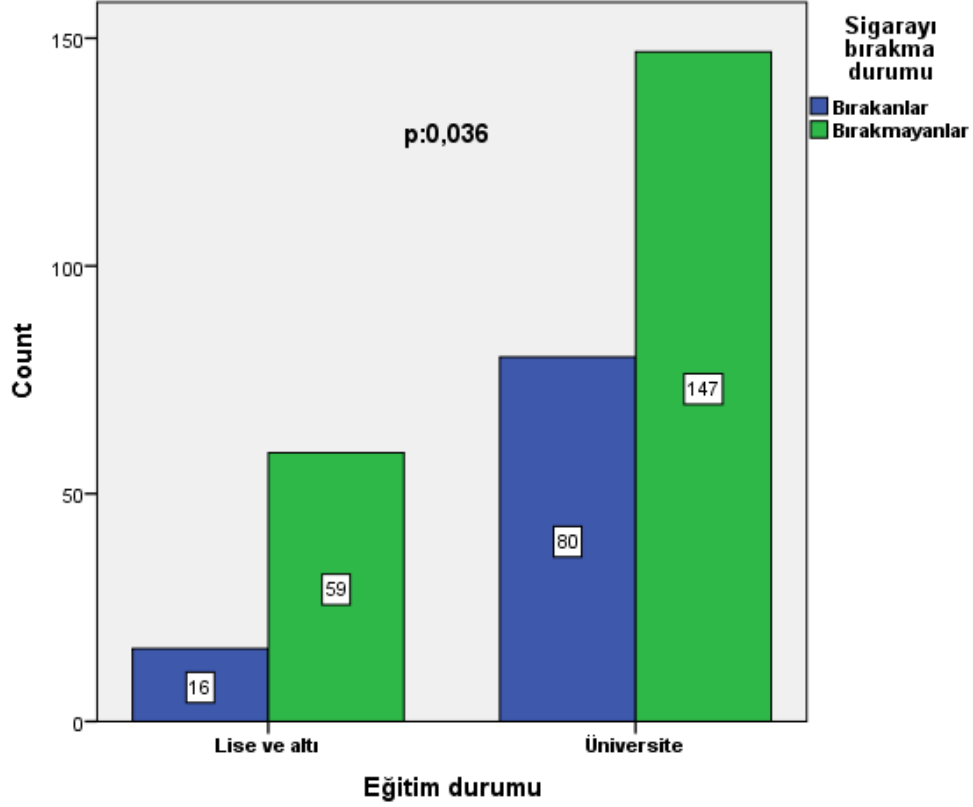
^a, ileri analizlerde fark kayboldu

^b, “>8436 TL” diğerlerinden farklı

Grafik 4: Medeni duruma göre sigarayı bırakma durumu



Grafik 5: Eğitim duruma göre sigarayı bırakma durumu



Kronik hastalığı olan katılımcıların %36,8'i, olmayan katılımcıların %30,3'ü sigarayı bırakmışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$). Sigara bırakma sürecinde yaşanan zorluklar ve sigara bırakma durumu karşılaştırıldığında iştah artışı, konsantrasyon bozukluğu, eksiklik, nefes darlığı, kabızlık, aft, cinsel isteksizlik ve baş dönmesi gibi zorlukların sigara bırakma durumunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği gözlenmiştir ($p>0,05$). Ancak bazı zorlukların yaşanması sigara bırakma oranını anlamlı olarak etkilemektedir. Örneğin öfke sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %57,4 iken, yaşayanlarda bu oran %24,8'e düşmektedir ($p<0,05$). Mutsuzluk sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %47,8 iken, yaşayanlarda bu oran %30,6'ya düşmektedir ($p<0,05$). Baş ağrısı sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %44,6 iken, yaşayanlarda bu oran %28,8'e düşmektedir ($p<0,05$). Uykusuzluk sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %44,3 iken, yaşayanlarda bu oran %20,0'ye

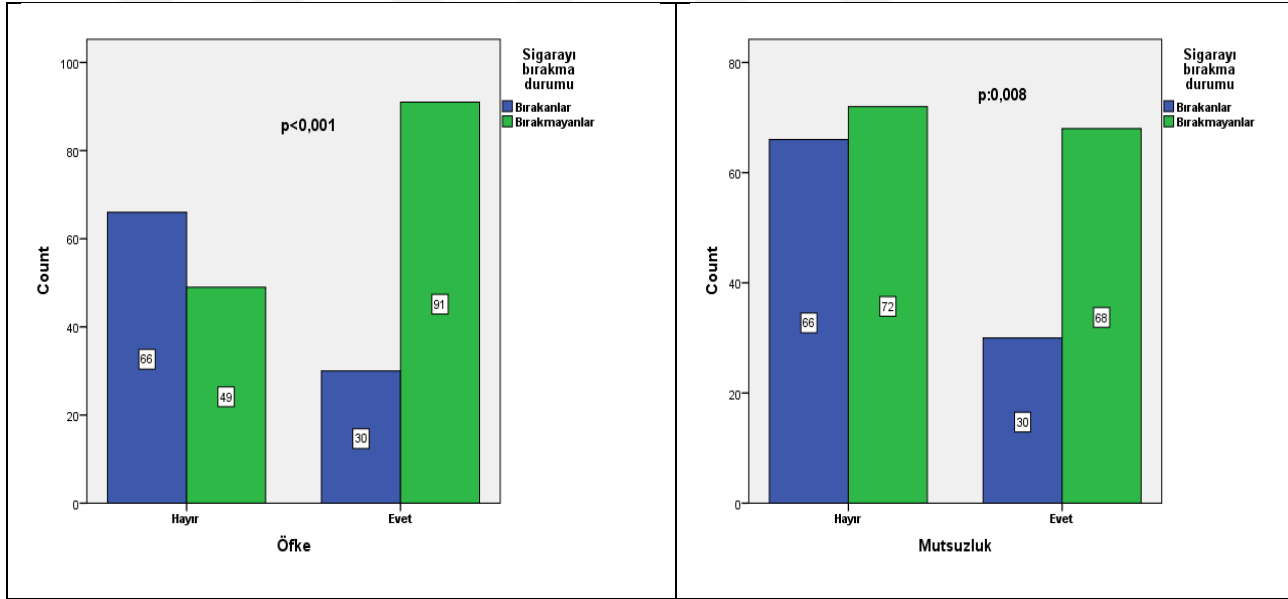
düşmektedir ($p<0,05$). Ayrıca zorluk yaşadığını belirtenlerde sigara bırakma oranı %37,9 iken, zorluk yaşamadığını belirtenlerde bu oran %91,7'dir ($p<0,05$) (Tablo 11, Grafik 6).

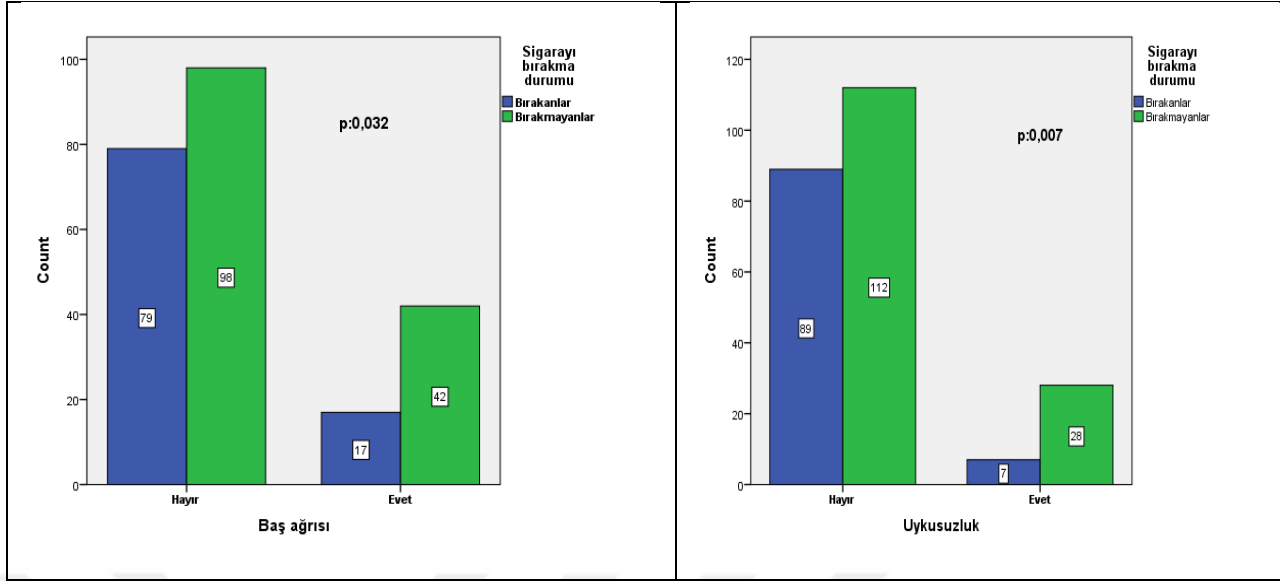
Tablo 11: Kronik hastalıklar ve yaşanan zorluklara göre sigarayı bırakma durumu

Değişken	Bırakanlar (n:96)		Bırakmayanlar (n:206)		p değeri
	n	%	n	%	
Kronik hastalık varlığı (n:302)					
Evet	25	36,8	43	63,2	0,317
Hayır	71	30,3	163	69,7	-
Sigara bırakma sürecinde yaşanan zorluklar (n:236)	Bırakanlar (n:96)		Bırakamayanlar (n:140)		p değeri
	n	%	n	%	
İştah artışı					
Hayır	53	42,7	71	57,3	0,497
Evet	43	38,4	69	61,6	-
Öfke					
Hayır	66	57,4	49	42,6	<0,001
Evet	30	24,8	91	75,2	-
Konsantrasyon bozukluğu					
Hayır	63	45,3	76	54,7	0,082
Evet	33	34,0	64	66,0	-
Mutsuzluk					
Hayır	66	47,8	72	52,2	0,008
Evet	30	30,6	68	69,4	-
Baş ağrısı					
Hayır	79	44,6	98	55,4	0,032
Evet	17	28,8	42	71,2	-
Uykusuzluk					
Hayır	89	44,3	112	55,7	0,007
Evet	7	20,0	28	80,0	-
Eksiklik					
Hayır	93	40,8	135	59,2	0,999
Evet	3	37,5	5	62,5	-
Nefes darlığı					

Hayır	95	40,4	140	59,6	0,407
Evet	1	100,0	0	0,0	-
Kabızlık					
Hayır	95	40,6	139	59,4	0,999
Evet	1	50,0	1	50,0	-
Aft					
Hayır	96	40,9	139	59,1	0,999
Evet	0	0,0	1	100,0	-
Cinsel isteksizlik					
Hayır	96	41,0	138	59,0	0,515
Evet	0	0,0	2	100,0	-
Baş dönmesi					
Hayır	95	40,4	140	59,6	0,407
Evet	1	100,0	0	0,0	-
Zorluk yaşamadım					
Hayır	85	37,9	139	62,1	0,001
Evet	11	91,7	1	8,3	-

Grafik 6: Yaşanan zorluklara göre sigarayı bırakma durumu





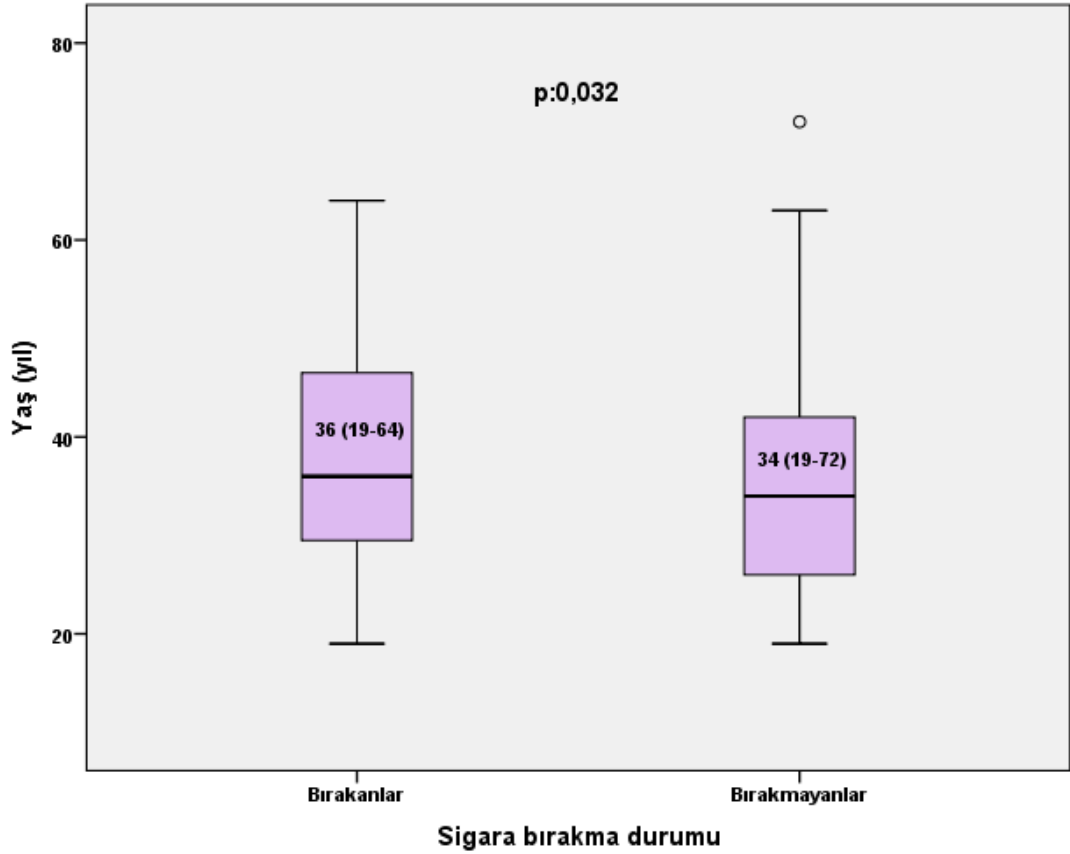
Tablo 12’de kişilerin sigara bırakma durumlarına göre yaşları ve sigara içme süreleri karşılaştırılmıştır. Yaş ortalaması sigarayı bırakanlarda 36 (19-64), bırakamayanlarda 34 (19-72) olarak hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sigarayı bırakan kişiler bırakamayanlara göre daha ileri yaştadırlar ($p<0,05$) (Grafik 7). Sigara içme süresi bırakanlarda 10 (1-41), bırakamayanlarda 11 (1-50) yıl, sigara içme miktarı bırakanlarda 15 (0,25-40), bırakamayanlarda da 15 (0,25-67) adet/gün, günlük içilen paket miktarı bırakanlarda 0,75 (0,01-2,00), bırakamayanlarda da 0,75 (0,01-3,35) adet olarak hesaplanmıştır. Ayrıca sigarayı bırakanlar 6,75 (0,05-41,00), bırakamayanlar ise 7,50 (0,01-87,50) paket/yıl sigara içmişlerdir. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Sigara bırakma durumuna göre yaş ve sigara içme süreleri

Değişken	Bırakanlar (n:96)		Bırakmayanlar (n:206)		p değeri
	ortanca	min-maks	ortanca	min-maks	
Yaş (yıl)	36	19-64	34	19-72	0,032
Sigara içme süresi (yıl)	10	1-41	11	1-50	0,255

Sigara içme miktarı (gün)	15	0,25-40	15	0,25-67	0,653
Günlük içilen paket miktarı	0,75	0,01-2,00	0,75	0,01-3,35	0,653
Paket/yıl	6,75	0,05-41,00	7,50	0,01-87,50	0,526

Grafik 7: Sigarayı bırakma durumuna göre yaş dağılımı



Sigarayı kendisi bırakan ve destekle bırakan katılımcıların sosyodemografik özellikleri analiz edilmiş ve tablo 13 ile sunulmuştur. Erkeklerin %75,9'u kendisi, %24,1'i destekle, kadınların %78,6'sı kendisi, %21,4'ü destekle sigarayı bırakmıştır. Bekâr/boşanmışların %74,1'i kendisi, %25,9'u destekle, evlilerin %78,3'ü kendisi, %21,7'si destekle sigarayı bırakmıştır. Eğitim durumu lise ve altı olanların %87,5'i kendisi, %12,5'i destekle, üniversite olanların %75,02i kendisi, %25,02i destekle

sigarayı bırakmıştır. Çalışmayan/ev hanımı/emeklilerin %70,0'i kendisi, %30,0'u destekle, beyaz yakaların %79,2'si kendisi, %20,8'i destekle, mavi yakaların %57,1'i kendisi, %42,9'u destekle, öğrencilerin ise %85,7'si kendisi, %14,3'ü destekle sigarayı bırakmıştır. Aylık geliri 2580 TL'nin altında olanların %84,6'sı kendisi, %15,42'ü destekle, 2580-8436 TL arasında olanların %66,7'si kendisi, %33,32'ü destekle, 8436 TL'nin üzerinde olanların %82,0'si kendisi, %18,0'i destekle sigarayı bırakmıştır. Tüm bu oranlar istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. Sigarayı bırakma durumu kendisi ya da destekle bırakma şekline göre değişmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Kendisi bırakan ve destekle bırakanların sosyodemografik özellikleri

Değişken	Kendisi (n:74)		Destekle (n:22)		p değeri
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	41	75,9	13	24,1	0,760
Kadın	33	78,6	9	21,4	-
Medeni durum					
Bekâr/Boşanmış	20	74,1	7	25,9	0,866
Evli	54	78,3	15	21,7	-
Eğitim durumu					
Lise ve altı	14	87,5	2	12,5	0,277
Üniversite	60	75,0	20	25,0	-
Meslek					
Çalışmıyor/Ev hanımı/Emekli	7	70,0	3	30,0	0,506
Beyaz yaka	57	79,2	15	20,8	-
Mavi yaka	4	57,1	3	42,9	-
Öğrenci	6	85,7	1	14,3	-
Aylık gelir					
<2580 TL	11	84,6	2	15,4	0,209
2580-8436 TL	22	66,7	11	33,3	-
>8436 TL	41	82,0	9	18,0	-

Yine sigarayı kendisi ve destekle bırakanlar kronik hastalık varlığı ve sigarayı bırakırken yaşanan zorluklar açısından da karşılaştırılmışlardır. Konsantrasyon bozukluğu dışında diğer tüm değişkenler istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. Sigarayı kendisi bırakanların % 27,0'si konsantrasyon bozukluğu yaşadığını belirtirken, destekle bırakanlarda bu oran %59,1'e çıkmaktadır. Buna göre konsantrasyon bozukluğu yaşadığını belirtenler anlamlı olarak daha çok desteğe ihtiyaç duymaktadırlar ($p<0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14: Kendisi bırakan ve destekle bırakanların kronik hastalıkları, yaşadıkları zorluklar ve bırakmayı deneme sayıları

Değişken	Kendisi (n:74)		Destekle (n:22)		p değeri
	n	%	n	%	
Kronik hastalık varlığı					
Evet	21	84,0	4	16,0	0,496
Hayır	53	74,6	18	25,4	-
Sigara bırakma sürecinde yaşanan zorluklar *					
İştah artışı					
Hayır	39	52,7	14	63,6	0,508
Evet	35	47,3	8	36,4	-
Öfke					
Hayır	47	63,5	19	86,4	0,077
Evet	27	36,5	3	13,6	-
Konsantrasyon bozukluğu					
Hayır	54	73,0	9	40,9	0,012
Evet	20	27,0	13	59,1	-
Mutsuzluk					
Hayır	52	70,3	14	63,6	0,743
Evet	22	29,7	8	36,4	-
Baş ağrısı					
Hayır	59	79,7	20	90,9	0,375
Evet	15	20,3	2	9,1	-
Uykusuzluk					
Hayır	71	95,9	18	81,8	0,077
Evet	3	4,1	4	18,2	-
Eksiklik					
Hayır	72	97,3	21	95,5	0,546

Evet	2	2,7	1	4,5	-
Nefes darlığı					
Hayır	73	98,6	22	100,0	0,999
Evet	1	1,4	0	0,0	-
Kabızlık					
Hayır	73	98,6	22	100,0	0,999
Evet	1	1,4	0	0,0	-
Aft					
Hayır	74	100,0	22	100,0	-
Evet	0	0,0	0	0,0	-
Cinsel isteksizlik					
Hayır	74	100,0	22	100,0	-
Evet	0	0,0	0	0,0	-
Baş dönmesi					
Hayır	73	98,6	22	100,0	0,999
Evet	1	1,4	0	0,0	-
Zorluk yaşamadım					
Hayır	64	86,5	21	95,5	0,436
Evet	10	13,5	1	4,5	-

*Sütun yüzdesi

Yaş ortalaması sigarayı kendisi bırakanlarda 36,5 (19-64), destekle bırakanlarda 33,5 (23-59), sigara içme süresi kendisi bırakanlarda 10 (1-41), destekle bırakanlarda 11,5 (4-32) yıl, günlük sigara içme miktarı kendisi bırakanlarda 15 (0,25-40,0), destekle bırakanlarda 17,5 (0,50-35,0) adet, günlük içilen paket miktarı kendisi bırakanlarda 0,75 (0,01-2,00), destekle bırakanlarda 0,87 (0,03-1,75) adet olarak hesaplanmıştır. Ayrıca kendisi bırakanlar 5,62 (0,05-41,0), destekle bırakanlar 10,0 (0,25-32,0) paket/yıl sigara içmişlerdir. Tüm bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Kendisi bırakan ve destekle bırakanların yaş ve sigara içme süreleri

Değişken	Kendisi (n:74)		Destekle (n:22)		p değeri
	ortanca	min-maks	ortanca	min-maks	
Yaş (yıl)	36,5	19-64	33,5	23-59	0,521
Sigara içme süresi (yıl)	10	1-41	11,5	4-32	0,203

Sigara içme miktarı (gün)	15	0,25-40,0	17,5	0,50-35,0	0,362
Günlük içilen paket miktarı	0,75	0,01-2,00	0,87	0,03-1,75	0,362
Paket/yıl	5,62	0,05-41,0	10,0	0,25-32,0	0,192



5. TARTIŞMA

Çalışmamızda SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran ve sigara içen veya hayatının bir bölümünde sigara içmiş bırakmış olan 302 kişinin sigara bırakmada tedaviye yardımcı yöntemleri kullanma durumlarını değerlendirmeyi amaçladık. Ülkemizde sigara bırakmada biyorezonans, elektronik sigara ve GETAT gibi yardımcı yöntemlerin kullanılma durumlarını inceleyen araştırmalar sınırlı sayıdadır. Çalışma ile; sigara içen kişilerde sigarayı bırakma ve bırakma yöntemleri açısından farkındalık oluşturulması, topluma sigarayı bıraktırma konusunda sağlık çalışanlarına yol gösterilmesi, GETAT uygulamaları hakkında farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır.

Sigara bırakma oranları yıllar geçtikçe artmaktadır. Küresel yetişkin tütün araştırması (KYTA); Türkiye 2016 verileri 'n de; daha önce her gün tütün kullananların %13,6'sı, tütün kullanmayı bıraktığı tespit edilmiştir. 2012 de ise bu oran %9 du (86)(87). Bir çalışmada sigara bırakma oranı %24,4 olarak bulunmuştur. (85). Bizim çalışmamızda katılımcıların sigara bırakma oranı % 19.8'dir. Covid 19 pandemisi nedeniyle sigara bırakma oranlarında artış olduğunu düşünmekteyiz.

Yapılan çalışmalar ilerleyen yaşlarla birlikte sigara bırakma başarısının arttığını göstermektedir(88)(89). ABD'de yapılan bir çalışmada 60 yaş üzerindeki bireylerin 60 yaş altı bireylere göre sigara bırakma oranının 1,6 kat fazla olduğu görülmüştür (90). KYTA'na göre sigara bırakma oranı en fazla yaşlılarda bulunurken, en az gençlerde bulunmuştur (87) . Bizim çalışmamızda yaş ortalaması sigarayı bırakanlarda 36 (19-64), bırakamayanlarda 34 (19-72) olarak hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sigarayı bırakan kişiler bırakamayanlara göre daha ileri yaşıdadırlar ($p<0,05$). Bu duruma ilerleyen yaşla birlikte sigaraya bağlı şikayetlerde ve hastalıklarda artış ve yaşla beraber sigaranın zararlı etkilerinden daha fazla oranda etkilenme sebep olmuş olabilir.

Cinsiyetle sigara bırakma başarı oranları arasındaki ilişki farklı coğrafi bölgelere göre değişmektedir. ABD'de ve Norveç'te yapılan çalışmalarda erkeklerde bu oran daha yüksekken (71)(72), İngiltere'de ise kadınlarda daha yüksektir (73).

Bizim çalışmamızda erkekler ile kadınlar arasında sigara bırakma başarı oranı bakımından anlamlı fark bulunamamıştır. Sigarayı bırakma oranının erkeklerde %35,1, kadınlarda %28,4 olduğu görülmektedir ve bu oranlar istatistiksel açıdan benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Türkiye’deki yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu olarak sigara bırakma başarısı bakımından cinsiyetler arasında fark olmadığı gözlenmiştir (74)(71). .Örneklemin alındığı bölgedeki sosyoekonomik ve sosyolojik düzeyin statü olarak kadın ve erkeği aynı seviyede görmesi bu şekilde sonuç çıkmasına sebep olabilir, farklı sosyal statüdeki bölgelerde farklı sonuçlar alınabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %75,2 si üniversite mezunu, %24,8 lise ve altı eğitim seviyesindedir. Eğitim seviyesi lise ve altı olanlarda sigarayı bırakma oranı (%21,3), eğitim seviyesi üniversite olanlara göre (%35,2) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Lisans seviyesinde sigara içme oranının da bırakma oranında daha yüksek olduğu görülmüştür; bu durum eğitim seviyesi arttıkça stres yükü nedeni ile sigara içiminin artması ancak yine eğitim seviyesinin artması ile sigaranın zararlarının farkında olmak, sigara bırakma yöntemlerini bilme ve daha kolay ulaşma olabilir. Yurt dışındaki yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanma oranı azalırken, bırakma oranlarının arttığı görülmüştür (72)(75). Türkiye’de ise KYTÜ araştırmasına göre sigara kullanımı eğitim durumu arttıkça artmaktadır, ancak sigara bırakma başarısı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (76).

Çalışmamızdaki diğer sosyodemografik özelliklerle sigara bırakma çabasını karşılaştırdığımızda; üniversite mezunu beyaz yaka çalışanı ve aylık geliri yoksulluk sınırının üstünde olanların sigarayı bırakma oranları daha fazladır. Bir başka çalışmada sosyoekonomik düzey arttıkça sigara içme oranları azalma göstermektedir (77).

Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumları incelendiğinde, %59,3’ünün evli, %40,7’sinin bekâr olduğu saptanmıştır. Yalçınkaya-Alkar ve Karancı’nın çalışmasında evli oranı %53,5, bekâr oranı %39,4 bulunmuştur (78). Kayacık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında ise sigara içenlerin % 66.7’ si evli, % 32.6 ’sı

bekardır (79). Bu veriler bizim çalışmamıza benzerdir. Medeni durum ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişki çeşitlilik göstermektedir. Avrupa ki çalışmalarda erkeklerde evlilik sonrası sigara bırakma oranları artarken (80), Güney Kore’de yapılan bir çalışmada ise kadınlarda evlilik sonrası sigara bırakma oranlarının arttığı belirtilmiştir (81). Rice ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, sigara bırakma ile evli olmanın pozitif prediktif değere sahip olduğunu ortaya koymuşlardır (82). Bizim çalışmamızda Bekâr/boşanmışlarda sigarayı bırakma oranı (%22,0), evlilere göre (%38,5) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Evli bireylerin çocuk sahibi olmadan önce sağlıklı bir hayata geçiş yapmak istemeleri ve çocuk sahibi ebeveynlerin çocuklarına iyi örnek olmak için sigarayı bıraktığı da düşünülebilir.

Çalışmamızda bireylerin BMI: ort 25,75 fazla kilolu bulunmuştur. Başka bir çalışmada katılımcıların (% 45,2) BMI’i 25-29,9 aralığında yani fazla kilolu bulunmuştur.(83) İştah artışı ve kilo alma sigara kullanımını bırakmada ciddi bir sorun olarak görünmektedir. Yapılan çalışmalarda sigara kullananların yaklaşık yarısının sigarayı bıraktıktan sonra kilo alma korkusu çektiklerini göstermektedir (84). Çalışmamızda sigara bırakmayı deneyenlerin %47.52’ sinde iştah artışı yaşanan zorluklar listesinde ikinci sıradadır. Sigara içenlerin ortalama BMI’ larının fazla kilolu olmasının da sigara bırakımı sonrasında yaşanan iştah artışı ile kilo alımının artmasından endişe duyulmasına ve bu durumun sigara bırakmayı zorlaştırmakta olduğunu düşünmekteyiz.

Şengezer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi kronik hastalığı olan kişilerde sigara içme oranı herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. (85) Sigara kullanan veya kullanıp bırakmış olan kişilerle yapılan başka bir çalışmada araştırmaya katılanların % 29.6' sının en azından bir kronik hastalığının olduğu belirtilmiş. Kronik hastalıklar içerisinde en çok görülenin ise kalp-damar hastalığı ve diyabet tesbit edilmiştir (86). Bizde araştırmaya katılanların %22.5 unda kronik hastalık vardı ve ilk sırada kronik akciğer hastalıkları ve sonrasında kronik kalp hastalıkları en çok görülenlerdir. Bu verilere göre; kişilerin hayatını tehdit eden ve

düzenli ilaç kullanmasını gerektiren kronik hastalıklarının olması, kişinin sigara içmemesi hususunda ikna edici bir rol oynadığı düşünülebilir.

Nikotin yoksunluğu en az birkaç hafta süreyle her gün nikotin kullanılmasının ardından nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki semptomlardan dördünün (ya da daha fazlasının) ortaya çıkmasıdır:

- disforik ya da depresif duygudurum
- uykusuzluk
- sinirlenme ya da öfkelenme
- anksiyete
- düşüncelerini yoğunlaştıramama
- huzursuzluk
- kalp hızında azalma
- iştah artması ya da kilo alma (87)

Sigarayı bırakmaya çalışanların katıldığı Karnath'ın çalışmasında, olguların %87'sinde birinci haftada yoksunluk semptomları görüldüğü bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda sigara bırakmayı deneyenlerin %94,9 u bu süreçte nikotin yoksunluğu çekmektedir (88). Fidan ve arkadaşlarının çalışmasında Sigarayı bırakınca yaşanan sorunlar sırayla sinirlilik (%47.7), aşırı sigara içme isteği (%30.3), konsantrasyon güçlüğü (%6.4), iştah artışı (%6.4) olarak belirtilmiştir (89). Bir başka çalışmada katılımcıların sigarayı bırakma denemelerinde en çok karşılaşılan güçlük sinirlilik (%63.1) ve ikinci sırada aşırı sigara içme isteği (%58.9)'dur. İştah artışı ve kilo alma üçüncü sırada yer alırken, bizde öfke %51,3 ile birinci sırada iştah artışı %47,5 ile ikinci sırada yer almaktadır. %41.5 mutsuzluk %41.1 konsantrasyon bozukluğu görülmektedir.(86)

Yapılan çalışmalarda nikotin yoksunluğunda en sık karşılaşılan bulgusunun öfke hali olduğu görülmektedir. Hastaların bu durumu kolaylıkla atlatabilmesi için kendisini rahatlatabilecek durumların ne olduğu konuşulup bu süreçte bunlardan faydalanması gerektiği, öfke halinin olabileceği farkındalığının oluşturulup yakınlarından bu konuda destek isteyebileceği belirtilebilir.

Bir çalışmada; ‘baş ağrısı’ (%17) ve ‘uyku bozukluğu’nun (%14,8) sık rastlanan zorluklardan olmayıp, görüldüğü kişilerde sigara bırakma oranlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür ($p=0,044$) ($p=0,011$). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde başağrısı (%25) uyku bozukluğu (%14,8) oranında görülmüştür ($p=0.032$) ($p=0.007$). Özellikle uyku bozukluğunun verilen farmakoterapiye özgü bir yan etki de olabileceği unutulmamalıdır(85).

ABD’de yapılan çalışmada sigara kullananların % 70.0’i sigarayı bırakmak istemekte, her yıl % 40.0’ı en azından bir günlüğüne sigara kullanımına ara vermektedir. Buna rağmen bir ay sonunda sonunda pek çoğunun tekrar başladığı, yıl sonunda bu oranın % 3.0’e kadar düştüğü görülmektedir (90). Kanada’da her yıl sigara kullanıcılarının yaklaşık % 60.0’ı sigarayı bırakmayı denemekte ancak yıl sonunda sadece % 13.0’ü başarılı olduğu görülmektedir (91). Türkiye’de ise KYTA sonuçlarına göre yaklaşık olarak her on kişiden altısı sigarayı bırakmayı düşünmekte, bunlardan dördü her yıl sigara bırakmayı denemekte ancak sadece biri başarmaktadır (76). Bir başka çalışmada katılımcıların % 83.1’i de hayatı boyunca en azından bir kere sigarayı bırakmayı denemiştir. Ancak sigarayı bırakanların oranı % 12.3’tür(86). Farklı bir çalışmada ise katılanların %65,5’inin daha önceden sigarayı bırakmayı denemiştir(92). Bizim çalışmamızda katılanların %78,1 i sigara bırakmayı denemiştir. Sigara bırakanların oranı %19,8 bulunmuştur. Bulgularımızın hem Türkiye hem de yurtdışındaki yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar bize sigarayı bırakmak isteyenlerin oranının oldukça yüksek, bırakma oranının son derece düşük olduğunu göstermektedir. Büyük bir kısmının bu alışkanlıktan kurtulmaya çalıştıklarını görülmektedir. Sağlık çalışanları olarak doğru bilgi kaynakları ile sigara bırakmayı düşünen kişilere yardımcı olmak bu noktada kritiktir.

Uçar’ın çalışmasının %27,2’ sini aktif içiciler %33,7’sini bırakanlar oluşturur. Bu çalışmada sigara içen bireylerin sadece %22,8 ‘sinin önümüzdeki bir ay içerisinde sigarayı bırakmayı planladığı tespit edilmiştir. Geriye kalan %68,4 lük kısım ise ya sigarayı bırakmayı düşünmemekte ya da gelecek 12 ay içerisinde bırakmayı planlamamaktadır.(93) Avcı’nın çalışmasında katılımcıların %41,3 ünün

sigara bırakma düşüncesi olmadığı tespit edilmiştir. Kişilerin %16,5'sinin sigara bırakma konusunda plan yapmış olduğu belirtilmiş (94). Bizim çalışmamızın %58.6'sını aktif içici %31.8 bırakanlar oluşturur, niyet aşamasında olup sigara bırakmak için planı olanlar %6.6'dır. %30.5 farkındalık öncesi evrededir. Hastalara her poliklinik hizmetinde sigara bırakmayı düşünüyor musunuz sigara bırakma ile ilgili bir planınız var mı diye sormak farkındalık kazandırmak için önemli olduğunu düşünüyoruz.

Temel'in araştırmasında katılan kişilere sigarayı bırakmanızı sağlayan kesin yöntem ya da durum nedir diye sorulduğunda % 66.3'ü irade ve sigarayı bırakmaya kararlı olmak cevabını vermiştir(86). Bizim çalışmamızda bilinen sigara bırakma yöntemleri sorgulandığında %73.2 kendi kendine cevabını vermiştir.

Yapılan bir çalışmada sigara bırakmayı deneyenlerin kullandığı yöntemlerde hemen hemen tamamı (%95.7) kendi kendine, üçte birine yakını (%30.8) ilaç tedavisi ve %18.8'i ise sigara bırakma polikliniğine başvurarak denemişlerdi(95). Avcı'nın Ankara'da yaptığı bir çalışmada katılımcılardan %73,6'sının daha önce sigara bırakmayı denediği ve bunlardan %89,9'unun herhangi bir merkezden destek almadan kendi kendine denediği görüldü. Uçarın çalışmasında sigarayı bırakmış olan katılımcıların %95,8'i sigarayı yardım almadan bırakmış, sadece %4,2'si farmakoterapi ve diğer yöntemleri kullanmıştır(93). KYTA'da sigara bırakma girişiminde bulunanların %13,6'sının ilaç tedavisi ve NRT kullandığı, %8'inin bu konuda danışmanlık hizmeti aldığı ve kişilerin büyük bölümünün ise (%73,4) ise yardım almaksızın bırakma girişiminde bulunduğu görülmüştür(76).

Bizim çalışmamızda sigarayı bırakanların %78.1 kendi kendine sigarayı bıraktığını %17.7 ilaç tedavisi ve nikotin bantlarını kullandığını belirtmiştir. Görülen o ki birçok insan sigara içimini kendi tercihleri olarak görmekte istedikleri zaman kendi kendilerine bırakabileceklerini düşünmekte bıraktıkları zamanda bunu iradeleri ile bıraktıklarını düşünmektedir. Ancak bu durum bırakılamadığında bir özleştiriyeye dönüşüp irade eksikliği olarak düşünülüp sıkıntıya düşmesine neden olabilir. Sigara bırakma girişiminde bulunan bireylerin büyük bölümünün bunu destek almadan yapıyor olmaları, bu konudaki çalışmaların artırılması gerektiğini düşündürülebilir.

Günümüzde sigarayı bırakmayı düşünenlerin nasıl destek alabilecekleri hususunda televizyon, radyo ve broşürler yoluyla bilinçlendirilmesi sağlanmaktadır. Sağlık çalışanlarının daha çok yol göstermesi gerekir.

Yapılan bir çalışmada sigara bırakamayan grubun bırakan gruba göre günde daha fazla sayıda sigara içtiği saptanmıştır(32). Geniş sayıda olgu içeren randomize kontrollü bir çalışmada günlük tüketilen sigara miktarına ek olarak sigara içilen sene sayısının da sigara bırakmada ilişkili olduğu belirtilmiştir(96).

Çalışmamızda sigarayı kendisi bırakan ve destekle bırakanların bırakma durumlarına bakıldığında kendi kendine bırakanların içilen sigara miktarının (5,62 paket yıl),destekle bırakanlara göre (10 paket/yıl) daha az olduğu görülmektedir. Sigara içme sayısı ve zamanı arttıkça bırakmak zorlaşacağı için sigara bırakmada profesyonel destek çok önemlidir.

Yalçinkaya'nın çalışmasında araştırmaya katılan kişilerin sigara kullanım özellikleri incelendiğinde; günde tüketilen sigara sayısı ortalaması 14,07±8,82 adettir(97). Bardak ve arkadaşlarının çalışmasında 14,51 adet, Pallonen ve arkadaşlarının çalışmasında 18,50 adet bulunmuştur(98)(99). Bizim çalışmamızda günde tüketilen sigara sayısı ortalaması 14.07 adet ile benzer orandadır.

Kişilerin GETAT bilgi ve tutumlarını araştıran bir çalışmada çalışmaya katılanların %32,5'i GETAT kullanmış. GETAT kullananların %16,25' i sigara bırakmak için kullanmış. GETAT kullananların %13,4 ü akupunktur yaptırmış; Akupunktur yaptıranların %4,06'sı sigara bırakma için yaptırmıştır(100). Özcan polikliniğe başvuran hastaların GETAT bilgi düzeyi ve davranışlarının değerlendirilmesi çalışmasında GETAT' a başvuranların %10'nun sigara içimi için başvurduğunu tespit etmiştir (101). Bizde çalışmaya katılanların %25,5' i sigara bırakma yöntemlerinden GETAT' ı bildiğini söylemiş. Katılımcıların GETAT' a başvurmama nedenleri sorgulandığında %43,0' ü bilgisi olmadığını, %40,9'u ihtiyaç duymadığını, %11,7'si güvenmediğini belirtmiştir. 4 kişi GETAT yöntemlerini denediğini belirtmiştir, bu yöntemler aromaterapi, fitoterapi, hipnoz ve hipnoz+hacamat olarak bildirilmiştir. Bu 4 kişi sigara bırakmada GETAT

uygulamalarının kullanılabileceğini aile-akraba (1 kişi), sağlık çalışanı (2 kişi) ve TV'den (1 kişi) duyduklarını belirtmişlerdir. 4 kişinin yarısı GETAT uygulamalarına başvuru nedeni olarak bırakmayı kolaylaştırmak diğer yarısı da çevre önerisi yanıtını vermişleridir. GETAT uygulamalarını sigara bırakma tedavisinde öfkelerini dindirme, sigara isteğini azaltma, tikslenme, uykusuzluğu giderme etkileri için kullanmışlardır. GETAT uygulamalarını kullanan 4 kişinin yarısı sigara bırakma sürecinde GETAT'ı tavsiye edebileceğini belirtirken, yarısı emin olmadığını ifade etmiştir. Literatürde sigara bırakma sürecinde GETAT kullanımını sorgulayan çalışma bulunamadığı için ve GETAT kullanan kişi sayısı çok az olduğu için karşılaştırma yapılamamıştır.

Soğuksu'nun çalışmasında alternatif tedavi kullanımına yönlendirilme kaynakları olarak en önemli grubu internet (%62.3) ve medya (%49.1) oluşturmuştur(102). Bazı çalışmalarda da hastaların bu bilgileri büyük oranda medya yayınlarından(gazete, internet vb.) öğrendikleri bildirilmiştir(103)(104) Bizim çalışmamızda sigara bırakmada GETAT kullanan oran çok az %1.69 olmasına rağmen kullanan kişilerin yarısı sağlık çalışanı tavsiyesi ile tercih ettiklerini belirtmiştir. Son zamanlarda özel GETAT kliniklerinin sayısının artması eğitim araştırma hastaneleri bünyesinde GETAT kliniklerinin açılması Sağlık Bakanlığı'nın doktorlara yönelik verdiği sertifika programları ve yapılan GETAT kongreleri nedeni ile halkın bu konuda bilgiye direk sağlık çalışanından ulaşması kafasında oluşan soru işaretlerinin hemen cevaplanması uygulamalar açısından tereddütünün ortadan kalkmasını sağlamaktadır.

Sigara bırakmada GETAT uygulaması kullanan dört kişiden sadece biri şu an eylem aşamasındadır; bu kişinin hipnoz ve hacamat tedavisi uygulamaları yaptırdığı görülmektedir. Umar ve arkadaşlarının yaptığı bir pilot çalışma olan Islak Kupa Terapisinin Bazı Ağır Metallerin Kan Düzeylerine Etkileri çalışmasında 13 sağlıklı erkek bireyden Islak kupa terapisinden 5 dakika önce ve 30 gün sonra venöz kan örnekleri alınmış. Alüminyum (Al), çinko (Zn) ve kadmiyum (Cd) seviyeleri ölçülmüştür. Kupa tedavisi sonrası ağır metallerin (Al, Zn ve Cd) seviyeleri, tedaviden önceki seviyelere göre önemli ölçüde düşük bulunmuştur (105). Sonuç

olarak ıslak kupa tedavisi kanı ağır metallere temizleyebildiği söylenebilir. Sigara içimi ile içeriğindeki 4000' den fazla toksik madde insan vücuduna nüfuz etmektedir, Hacamat tedavisinin detoksifikasyonda etkili olduğu görülmektedir.

Tütün dumanında bulunan ve bronşit, amfizem ve akciğer kanseri gibi hastalıklara neden olan katran, e-sigara dumanında bulunmamaktadır. Bu nedenle, geçmişte yapılan bazı çalışmalarda e-sigaranın nikotin replasman tedavisinde kullanılabileceği ve yanıcı sigaranın zararlı etkilerinin de bu şekilde azaltılabileceği düşüncesi ortaya konmuştur (42). İngiltere ve Fransa'da 3587 katılımcıyı içeren bir çalışmada; katılımcıların %97'si e-sigarayı 5 aydır içmektedir. Bu kişilerin %96'sı e-sigaranın içtikleri sigara sayısını azalttığını belirtmişlerdir(106)

Sigara kullanan kişilerin çoğu da özellikle nikotin ihtiyacını karşılamak amacıyla e-sigaranın daha az zararlı olduğunu düşünüp, kullanmaktadır. Bu durum; e-sigaranın yerine koyma tedavisinde bir yöntem olabileceği düşündürmektedir.

Münih'te elektronik sigara kullanan 320 kişiyle yapılan bir anket çalışmasında kişilerin elektronik sigara kullanma sebeplerinden en önemlileri, sigarayı bırakmaya yardımcı olabileceği ya da sigara içme düşüncesini giderebileceği şeklinde ortaya konulmuştur(107). Yapılan başka çalışmalarda kullanım nedenleri olarak; kullananların %77 si yoksunluk belirtilerinde azalma oluşturduğu için kullandığını belirtmiştir(106). Başka bir çalışmada % 75,4'ü sigara kullanım adedini düşürmek; % 85,1'i ise sigarayı bırakmak için e-sigara içtiklerini söylemişlerdir (108)

Başka bir çalışma benzer nedenleri ortaya koymaktadır E-sigara' nın rapor edilen kullanım nedenleri arasında, sigarayı bırakmak (%58,4), sigarayı azaltmak (%57,9) olarak raporlanmıştır(109). DSÖ, FDA da sigara bırakma tedavisinde elektronik sigarayı replasman tedavisi olarak kullanımını uygun bulmadıklarını ve güvenli bulmadıklarını belirtmiştir(110). Bir çalışmada da bunu destekler şekilde e-sigara kullananlarda kullanmayanlara göre sigara bırakma oranı istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur. (111). 2014 yılında yayınlanan başka bir çalışmada da, e-sigara kullananlar ile kullanmayan sigara içicileri arasında, sigara bırakma oranları açısından fark izlenmemiş(44). Başka bir çalışmada benzer bulgularla e-sigara kullanmanın sigara bırakmada etkili olmadığı saptanmıştır (112). Bu çalışmalardan

anlaşılan o ki e-sigara nikotin bağımlılığının devamına ve sigara bırakmanın zorlaşmasına neden olmaktadır. Bir çalışmada Kullanıcıların yaklaşık % 75'i e-sigara kullanarak içtikleri sigara miktarının azaldığını ifade etse de e-sigara kullanıcıları kullanmayanlara göre daha fazla sigara bırakmaya eğilimli olmadıkları gösterilmiştir (108). Yine başka çalışmalarda, e-sigara kullanımının sigara bırakma konusunda anlamlı bir faydası bulunamamıştır (44) (45). Bizim çalışmamızda 302 kişiden %44 ü elektronik sigarayı bir sigara bırakma yöntemi olarak biliyor. Sigara bırakanlarda elektronik sigarayı bırakmak için kullanım oranı %4.1. Saçlının yaptığı araştırmada %21,9 (n=82)' u elektronik sigaranın sigara bırakmada yardımcı olarak kullanılabileceğini bildirmiş. Ülkemizde elektronik sigara kullanım oranı da sigara bırakma yöntemi olarak bilinirliği de Avrupa'ya göre daha azdır; ancak kullanım sıklığı özellikle adölesanlarda artmaktadır. Elektronik sigaranın sigara kullanımını azalttığı veya etkilemediğine dair bilimsel veriler mevcuttur, ancak bu farkı etkileyen diğer faktörlerin incelenmesi için farklı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sigara bağımlısı olan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, hipnozun bağımlılığı azaltmada etkili bir yöntemi olduğu saptanmıştır (113). Yüksek trans kapasitesi olan kişiler hipnozla sigarayı daha rahat bırakmakta ancak relaps oranları da yüksek bildirilmektedir (20). Soğuksu'nun yaptığı çalışmada hipnozla sigarayı bırakma oranı %1.1 olarak bulunmuştur(102). Kınalının çalışmasında % 0,2 (83). Bizim çalışmamızda bu oran %1.04'tür. Bunun nedeninin yöntemin pahalı bir tedavi yöntemi olması, yeterli tanıtımın olmaması ve eğitimi almış yeterli kişinin olmaması ve eğitim almış kişilere nasıl ulaşılabileceğini bilememe bu durum için psikiyatrist ve psikologlara gitmeye çekinme, beden tedavisi değil de zihin odaklanması ve telkin ile yapılan bir tedavi olduğu için çekince olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamıza katılanların %26,8'i biyorezonansı bir sigara bırakma yöntemi olarak bildiğini söylemiştir. Ancak sigara bırakma tedavisinde biyorezonans kullanan yoktur. Biyorezonans yöntemi ile literatürde sigara bırakmaya yönelik yapılan çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Sigara bırakma da biyorezonans kullanımını ve bu

konuda bilgisi sorulmamış, biorezonans yöntemini kabul eden hastalara uygulandığı ve kontrol grubunda sigara bırakma başarı oranlarının ölçüldüğü görülmüştür.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bekâr/boşanmışlarda sigarayı bırakma oranı (%22,0), evlilere göre (%38,5) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Yine benzer olarak eğitim seviyesi lise ve altı olanlarda sigarayı bırakma oranı (%21,3), eğitim seviyesi üniversite olanlara göre (%35,2) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) Aylık geliri yoksulluk sınırının üzerinde olan kişilerde sigara bırakma oranı diğer kişilere göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Bazı zorlukların yaşanması sigara bırakma oranını anlamlı olarak etkilemektedir. Örneğin öfke sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %57,4 iken, yaşayanlarda bu oran %24,8'e düşmektedir ($p<0,05$). Mutsuzluk sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %47,8 iken, yaşayanlarda bu oran %30,6'ya düşmektedir ($p<0,05$). Baş ağrısı sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %44,6 iken, yaşayanlarda bu oran %28,8'e düşmektedir ($p<0,05$). Uykusuzluk sorunu yaşamayanlarda bırakma oranı %44,3 iken, yaşayanlarda bu oran %20,0'ye düşmektedir ($p<0,05$). Ayrıca zorluk yaşadığını belirtenlerde sigara bırakma oranı %37,9 iken, zorluk yaşamadığını belirtenlerde bu oran %91,7'dir ($p<0,05$).

Sigarayı kendisi bırakanların % 27,0'si konsantrasyon bozukluğu yaşadığını belirtirken, destekle bırakanlarda bu oran %59,1'e çıkmaktadır. Buna göre konsantrasyon bozukluğu yaşadığını belirtenler anlamlı olarak daha çok desteğe ihtiyaç duymaktadırlar ($p<0,05$).

Yaş ortalaması sigarayı bırakanlarda 36 (19-64), bırakamayanlarda 34 (19-72) olarak hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sigarayı bırakan kişiler bırakamayanlara göre daha ileri yaşadırlar ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan katılımcıların %36,8'i, olmayan katılımcıların %30,3'ü sigarayı bırakmışlardır. Kronik hastalığı olanlarda bırakma oranı daha fazladır.

Çalışmada sigarayı bırakanlarının yaş ortalamasının daha fazla olması ve kronik hastalık varlığında sigarayı bırakma oranının daha fazla gözlenmiştir. Sigara kullananlarda zararı en aza indirmek için kişiler daha erken yaşta sigarayı bırakma konusunda desteklenmelidir.

Bizim çalışmamızda bilinen sigara bırakma yöntemleri sorgulandığında %73.2 kendi kendine cevabını vermiştir. sigarayı bırakanların %78.1 kendi kendine sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Görülen o ki birçok insan sigara içimini kendi tercihleri olarak görmekte istedikleri zaman kendi kendilerine bırakabileceklerini düşünmekte bıraktıkları zamanda bunu iradeleri ile bıraktıklarını düşünmektedir. Ancak bu durum bırakılamadığında bir özeleştiriyeye dönüşüp irade eksikliği olarak düşünülüp sıkıntıya düşmesine neden olabilir. Sigara bırakma girişiminde bulunan bireylerin büyük bölümünün bunu destek almadan yapıyor olmaları, bu konudaki çalışmaların artırılması gerektiğini düşündürülebilir. Günümüzde sigarayı bırakmayı düşünenlerin nasıl destek alabilecekleri hususunda televizyon, radyo ve broşürler yoluyla bilinçlendirilmesi sağlanmaktadır. Sağlık çalışanlarının daha çok yol göstermesi gerekir.

Çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun sigarayı bırakmak istedikleri gözlenmiştir. Sigara bırakma girişimlerinde pek çoğunun başarısız olduğu görülmektedir. Bu yüzden daha fazla kişiye ulaşmak için sigara polikliniklerinin sayı ve kalitesinin artırılması varlığının haberdar edilmesi, birinci basamaklardan hastaların yönlendirilmesi kritiktir.

Çalışmada kişilerin sigara bırakma yöntemi olarak GETAT'ı bilme oranı %25,5 (n=77) olmasına rağmen kullanan 4 kişi olmuştur. GETAT a başvurmama nedeni olarak %43 bilgisinin olmadığını söylemiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde GETAT eğitimleri hekimlere verilmektedir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili mevzuatta Akupunktur; sigara bırakma sırasında oluşan anksiyete, solunum sisteminin kronik hastalıklarında günlük yaşam kalitesini artırma, Hipnoz; sigara bırakmada, Ozon immun sistemi desteklemek ,gingivit, perionditis Kupa; bağışıklığı güçlendirme de kullanılır, Fitoterapi endikasyon ile

sınırlandırılmamıştır. Hekimler GETAT eğitimi almasa dahi hangi durumlarda GETAT tan yararlanılabileceğini bilerek sigara bırakma sürecinde destek olarak kişilere önerebilir.

Sigara toplumsal bir problemdir. Bırakmak isteyen kişilere profesyonel hizmet vermek ve bu kuruluşlara yönlendirmek önemlidir. Sigara bırakırken oluşan nikotin yoksunluk semptomlarını gidermek ve sigaranın zararlı etkilerinden daha hızlı kurtulmak için yardımcı yöntem kullanımı açısından bireylerin bilgilendirilmeli ve bu uygulamalarla ilgili araştırmaların arttırılmalıdır.

KISITLILIKLAR:

Çalışmanın İstanbul gibi büyük bir şehrin merkez semtlerinden birinde ve tek şehirde yapılması, aile hekimliği polikliniğine başvuran gönüllülerde yapılmış olması genelleme yapılmasını güçleştirmektedir.

Çalışmamız COVID-19 pandemisi sürecinde yapılmıştır. Bu nedenle pandemi koşullarının getirdiği bazı kısıtlılıklar mevcuttur; aynı ortamda uzun süre kalmamak adına hasta-hekim yüz yüze görüşmesi, diğer çalışmalara göre kısa tutulmuştur ve çalışmaya daha genç nüfusun katılımına neden olmuştur.

Hastanemiz bünyesinde çalışmanın yapıldığı dönemde bir Getat Kliniğinin olmaması da GETAT bilgi ve kullanım durumunu sorgulayan çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Sigara bırakma polikliniğine direk başvuran hastalarda yapılmamış olması hastaların ankete oryantasyonunun daha az olmasına neden olabilir.

7.KAYNAKLAR

1. WHO. Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine Geneva. 2000.
2. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [Internet]. [cited 2021 Aug 19]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>
3. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARININ KLİNİK ARAŞTIRMALARI HAKKINDA YÖNETMELİK. :14–6.
4. Özge, C, Aytemur, ZA, Bilir N. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu SİGARA BIRAKMA TANI VE TEDAVİ UZLASI RAPORU. 2014.
5. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use [Internet]. [cited 2021 Aug 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>
6. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1211128> [Internet]. 2013 Jan 23 [cited 2021 Aug 16];368(4):341–50. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa1211128>
7. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report [Internet]. Vol. 35, American Journal of Preventive Medicine. Am J Prev Med; 2008 [cited 2021 Aug 16]. p. 158–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18617085/>
8. DM M, G W, D H, C G, C H, A M, et al. The natural history of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J [Internet]. 2006 Mar [cited 2021 Aug 16];27(3):627–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16507865/>
9. B B, R W, D G. Does smoking cessation cause depression and anxiety? Findings from the ATTEMPT cohort. Nicotine Tob Res [Internet]. 2011 Mar 1 [cited 2021 Aug 16];13(3):209–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21330275/>
10. V B, AA P, WH B, SP W, FT L. The genetic determinants of smoking. Chest [Internet]. 2003 May 1 [cited 2021 Aug 16];123(5):1730–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12740294/>
11. P A, C G, T L, KK C. A controlled trial of an expert system and self-help manual intervention based on the stages of change versus standard self-help materials in smoking cessation. Addiction [Internet]. 2003 Mar 1 [cited 2021 Aug 16];98(3):345. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12603234/>
12. Hamid Boztaþ M, Abatan E, Ýzzet Baysal Üniversitesi Týp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalý A. Sigara Býrakmada Ýlaç Tedavisi Smoking Cessation Pharmacotherapy.
13. M U, R W, A S, A M. Increase in common cold symptoms and mouth ulcers following smoking cessation. Tob Control [Internet]. 2003 Mar [cited 2021 Aug 16];12(1):86–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12612369/>
14. AW M, RC K, SE W, KD W, BA P, LH E. Are weight concerns predictive of smoking cessation? A prospective analysis. J Consult Clin Psychol [Internet]. 1997 [cited 2021 Aug 16];65(3):448–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9170768/>

15. SS S, DE M, SJ J, B C, ME P, DE J, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. Arch Intern Med [Internet]. 2009 Dec 14 [cited 2021 Aug 16];169(22):2148–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20008701/>
16. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fiore MC, Jorenby DE, Fraser D, et al. A randomized placebo-controlled clinical trial of five smoking cessation pharmacotherapies. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2009 Nov [cited 2021 Aug 16];66(11):1253. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1931113/>
17. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy [Internet]. 1982 [cited 2021 Aug 16];19(3):276–88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12850907/>
18. Sarandöl A. Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri. 2002;3(3):129–39.
19. RM M. Effects of self-monitoring on normal smoking behavior. J Consult Clin Psychol [Internet]. 1970 Oct [cited 2021 Aug 16];35(2):135–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5474283/>
20. Tür A, Pekşen Y DB. Sigaranın sağlığa etkileri ve bırakma yöntemleri. In: Tür A, editor. sigaranın sağlığa etkileri ve bırakma yöntemleri. 1995. p. 14–112.
21. R W, A M, K B, L O. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. Addiction [Internet]. 2001 [cited 2021 Aug 16];96(6):891–902. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11399220/>
22. NA R. Clinical practice. Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med [Internet]. 2002 Feb 14 [cited 2021 Aug 16];346(7):506–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11844853/>
23. fda, cder. ZYBAN ® (bupropion hydrochloride) Sustained-Release Tablets.
24. BA S, K C. Smoking cessation drugs market. Nat Rev Drug Discov [Internet]. 2013 Feb [cited 2021 Aug 16];12(2):97–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23370239/>
25. RL R, L K, AC de AN. Three year continuous abstinence in a smoking cessation study using the nicotine transdermal patch. Heart [Internet]. 1997 [cited 2021 Aug 16];78(6):617–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9470884/>
26. R R, N Z. Review of bupropion for smoking cessation. Drug Alcohol Rev [Internet]. 2003 Jun [cited 2021 Aug 18];22(2):203–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12850907/>
27. JR H, LF S, T L. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2007 [cited 2021 Aug 18];(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17253443/>
28. Dogan Y. Sigarayı Bırakmada Antidepresanların Rolü. TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ DERGİSİ. 2005;32–6.
29. EH L, C L. JAMA patient page. Smoking cessation. JAMA [Internet]. 2012 Oct 17 [cited 2021 Aug 18];308(15):1599. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23073961/>
30. JT H, JO E. Varenicline for tobacco dependence. N Engl J Med [Internet]. 2008 Nov 6 [cited 2021 Aug 18];359(19):2018–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18987369/>
31. RS O, AE R-H, SS K, BJ O, TN O, KS Z, et al. Metabolism and disposition of varenicline, a

- selective alpha4beta2 acetylcholine receptor partial agonist, in vivo and in vitro. *Drug Metab Dispos* [Internet]. 2006 Jan [cited 2021 Aug 18];34(1):121–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16221753/>
32. Arguder E, Karalezli A, Hezer H, Kilic H, Er M, Canan Hasanoglu H, et al. Factors Affecting the Success of Smoking Cessation. *Turkish Thorac Journal/Türk Toraks Derg* [Internet]. 2013 Apr 24; Available from: <https://turkthoracj.org/en/factors-affecting-the-success-of-smoking-cessation-13326>
 33. EJ M, P W, I L, K T, M P, JO E. Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: a systematic review and multiple treatment meta-analysis. *Ann Med* [Internet]. 2012 Sep [cited 2021 Aug 18];44(6):588–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22860882/>
 34. Loh W-Y, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, et al. Should All Smokers Use Combination Smoking Cessation Pharmacotherapy? Using Novel Analytic Methods to Detect Differential Treatment Effects Over 8 Weeks of Pharmacotherapy. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2012 Feb 1 [cited 2021 Aug 18];14(2):131. Available from: </pmc/articles/PMC3265742/>
 35. P H, KM S, AR D, H M. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. *BMC Med* [Internet]. 2013 May 29 [cited 2021 Aug 18];11(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23718718/>
 36. JO E, IT C, A S, DR S, JT H, RD H. Varenicline and bupropion sustained-release combination therapy for smoking cessation. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2009 [cited 2021 Aug 18];11(3):234–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19246427/>
 37. Leonhardt H. Fundamentals of electroacupuncture according to Voll. In: *Fundamentals of electroacupuncture according to Voll*. 2012. p. 13–4.
 38. Morell F. MORA-Therapie. In: *MORA-Therapie -- patienteneigene und Farblicht-schwingungen* Heidelberg. 1987.
 39. Herrmann E. Das MORA-Praxisbuch. In: *Das MORA-Praxisbuch -- Therapie mit körpereigenen Schwingungen*. HAUG; 1998.
 40. Işık E. MORA bioresonance method (MORA-Therapy) to quit smoking. 2011.
 41. ML G, J K, M G, L K, A S, J K, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control* [Internet]. 2014 Mar [cited 2021 Aug 18];23(2):133–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23467656/>
 42. R P, B R, P C, M M, C R. A fresh look at tobacco harm reduction: the case for the electronic cigarette. *Harm Reduct J* [Internet]. 2013 Oct 4 [cited 2021 Aug 18];10(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24090432/>
 43. SE A, RJ O, M B-T, A H, R B, HH Y, et al. Electronic nicotine delivery systems: international tobacco control four-country survey. *Am J Prev Med* [Internet]. 2013 [cited 2021 Aug 18];44(3):207–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23415116/>
 44. RA G, L P, PM L. A longitudinal analysis of electronic cigarette use and smoking cessation. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 18];174(5):812–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24664434/>

45. S C. Should electronic cigarettes be as freely available as tobacco cigarettes? No. BMJ [Internet]. 2013 Jun 22 [cited 2021 Aug 18];346(7913). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23771038/>
46. Traditional, Complementary and Integrative Medicine [Internet]. [cited 2021 Aug 19]. Available from: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1
47. Traditional medicine Report by the Secretariat GLOBAL SITUATION. 2003;1–4.
48. Lu Y, Hernandez P, Edejer T. THE WORLD MEDICINES SITUATION 2011 MEDICINE EXPENDITURES. 2011;
49. D A, SK S, N O. Complementary alternative medicine use in children with type 1 diabetes mellitus in Erzurum, Turkey. J Clin Nurs [Internet]. 2009 Aug [cited 2021 Aug 19];18(15):2136–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19077023/>
50. S C, O A, A T, T T, CH A, M G. Complementary and alternative medicine use among Turkish diabetes patients. Complement Ther Med [Internet]. 2009 [cited 2021 Aug 19];17(2):78–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19185265/>
51. Akyol AD, Öz B. The use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: In Turkey. Complement Ther Clin Pract. 2011 Nov;17(4):230–4.
52. Guidelines for the assessment of herbal medicines. In: WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. WHO Tech Rep Ser No 863. 1996;34th editi(Geneva,Switzerland):178–84.
53. S B. Herbal medicine in the United States: review of efficacy, safety, and regulation: grand rounds at University of California, San Francisco Medical Center. J Gen Intern Med [Internet]. 2008 Jun [cited 2021 Aug 19];23(6):854–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18415652/>
54. M T, C A, H Y, S G. Herbal medicine use among patients with chronic diseases. J Intercult Ethnopharmacol [Internet]. 2015 [cited 2021 Aug 19];4(3):217. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26401410/>
55. M K, Z B, A I, MA K, A I, Z U. Complementary and alternative medicine usage in cancer patients in southeast of Turkey. African J Tradit Complement Altern Med AJTCAM [Internet]. 2012 [cited 2021 Aug 19];10(1):21–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24082321/>
56. Acupuncture: In Depth | NCCIH [Internet]. [cited 2021 Aug 19]. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/acupuncture-in-depth>
57. Run-Ming Y. The origin and development of chinese acupuncture and moxibustion. Anc Sci Life [Internet]. 1985 Apr;4(4):224–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22557484>
58. A V, C Z. ABC of complementary medicine. Acupuncture. BMJ [Internet]. 1999 Oct 9 [cited 2021 Aug 19];319(7215):973–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10514163/>
59. TA K. Akupunktur tedavisi. Türk Fiz Rehab Derg. 2007;53(EK 2):52–7.
60. Huang W, Kurtner N BD. Autonomic activation in insomnia: the case for acupuncture. J Clin Sleep Med. 2011;7(1):95–102.

61. The World Health Organisation recommends acupuncture for over 100 conditions - Holistic Health Oxford | Acupuncture and Chinese herbal medicine in Oxford [Internet]. [cited 2021 Aug 19]. Available from: <https://holistic-health.org.uk/world-health-organisation-recommends-acupuncture-100-conditions/>
62. Loudon I. A brief history of homeopathy. J R Soc Med [Internet]. 2006 Dec 1;99(12):607–10. Available from: <http://jrs.sagepub.com/lookup/doi/10.1258/jrsm.99.12.607>
63. S O, P W, C B, K W, J K. Homoeopathy. Qual Saf Health Care [Internet]. 2002 [cited 2021 Aug 19];11(2):189–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12448814/>
64. Sheehann E. Kendi Kendine Hipnoz. In: Kendi Kendine Hipnoz. Alfa Basım Yayım. İstanbul; 1999.
65. Özer G. Hipnoz şarlatanlık mı mucize mi? Türkiye Psikiyatr Derneği Bülteni, . 2011;14(1):8–10.
66. BL S, IR M, MP J, DR P. THE EFFICACY OF HYPNOTIC ANALGESIA IN ADULTS: A REVIEW OF THE LITERATURE. Contemp Hypn [Internet]. 2009 Mar [cited 2021 Aug 19];26(1):24–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20161034/>
67. GH M, D D, G W, JH S, DH B. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. Anesth Analg [Internet]. 2002 Jun [cited 2021 Aug 19];94(6):1639–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12032044/>
68. M H, D W, R von G, K M. Apitherapy: usage and experience in german beekeepers. Evid Based Complement Alternat Med [Internet]. 2008 Dec [cited 2021 Aug 22];5(4):475–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18955222/>
69. Yeşilada E. Apiterapi Arıyla Gelen Şifa. In: Apiterapi Arıyla Gelen Şifa. 2015. p. 19–20.
70. TÜTÜN BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE EL KİTABI. In: TÜTÜN BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE EL KİTABI. Sağlık Bak. 2010. p. 57.
71. Özşahin K, Ünsal A, Erdoğan F, Gereklioğlu Ç, Bakar C, Tokalak İ. Sigara Bırakma Üzerinde Etkili Faktörler: Aile Hekimliği Poliklinik Hastaları Üzerinde Bir Çalışma Kor Hek 2007; 6 (3): 181-186. 2007 [cited 2021 Sep 16];(3):6. Available from: www.korhek.org
72. L G, K S. Association between age, gender and reasons for smoking cessation. Scand J Public Health [Internet]. 2005 [cited 2021 Sep 16];33(1):72–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15764244/>
73. J F, SG F, J B, J S, R W. How does rate of smoking cessation vary by age, gender and social grade? Findings from a population survey in England. Addiction [Internet]. 2013 Sep [cited 2021 Sep 16];108(9):1680–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23668684/>
74. Deniz S, Çeldir Emre J, Özdemir Ö, Baysak A. Two-years Follow-up Results of a Smoking Cessation Clinic in a State Hospital. 2016 [cited 2021 Sep 16]; Available from: www.eurasianj pulmonol.com
75. ME S, J C-H, AZ L, AM O, RB W, CH H. Predictors of smoking cessation and relapse in older adults. Am J Public Health [Internet]. 1992 [cited 2021 Sep 16];82(9):1268–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1503170/>
76. İstatistik Kurumu T. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
77. K H, A T, I K, N K. What accounts for the relationship between social class and smoking

- cessation? Results of a path analysis. Soc Sci Med [Internet]. 2006 Jan [cited 2021 Sep 16];62(2):317–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16039765/>
78. O Y-A, AN K. What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change? Addict Behav [Internet]. 2007 Apr [cited 2021 Sep 16];32(4):836–49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16842929/>
79. Kişilerde SB, Sebepleri B, Kayacık İ, Aydın Berktaş Ö, Duysak L, Bayır Y. Reasons for Quitting the Smoking Cessation in People. Bağımlılık Dergisi-Journal Depend |. 2017;18(4):112–21.
80. DT L, E R, E M. The relationship of smoking cessation to sociodemographic characteristics, smoking intensity, and tobacco control policies. Nicotine Tob Res [Internet]. 2005 Jun [cited 2021 Sep 16];7(3):387–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16085506/>
81. HJ C, YH K, HJ J, I K. Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age. Soc Sci Med [Internet]. 2008 Feb [cited 2021 Sep 16];66(3):609–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17996346/>
82. VH R, T T, DH F, P J, M M, M S, et al. Social context variables as predictors of smoking cessation. Tob Control [Internet]. 1996 [cited 2021 Sep 16];5(4):280–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9130361/>
83. Kınalı Ö. Farmakolojik ve nonfarmakolojik destek tedavisi başlanmasına rağmen sigarayı bırakamayan hastalardaki başarısızlıknedenlerinin araştırılması. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2020.
84. DW W, L C-G, JE I, RT F, K W, P D, et al. What accounts for the association of education and smoking cessation? Prev Med (Baltim) [Internet]. 2005 Apr [cited 2021 Sep 16];40(4):452–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15530598/>
85. ŞENGEZER T, SİVRİ F, DİLBAZ N, SUNAY D. Ankara ili Yenimahalle ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri. Türkiye Aile Hekim Derg [Internet]. 2014 [cited 2021 Sep 16];18(1):42–8. Available from: <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRZM01qZ3dNQT09/ankara-ili-yenimahalle-ilcesinde-birinci-basamak-saglik-kurulusuna-basvuran-bireylerde-tutun-bagimliligi-ve-iliskili-risk-faktorleri>
86. Temel M. Kayseri il merkez’indeki aile sağlığı merkezlerine başvuran sigara kullanan veya kullanıp bırakmış olan 18 yaş ve üzeri bireylerde sigarayı bırakma teşebbüsü,uygulanan yöntemler ve başarı durumu. Erciyes üniversitesi; 2018.
87. MADDE BAĞIMLILIĞI TANI ve TEDAVİ KILAVUZU EL KİTABI. In: MADDE BAĞIMLILIĞI TANI ve TEDAVİ KILAVUZU EL KİTABI. Sağlık Bakanlığı; 2012. p. 38.
88. B K. Smoking cessation. Am J Med [Internet]. 2002 Apr 1 [cited 2021 Sep 16];112(5):399–405. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11904115/>
89. Tıp Dergisi K, Kocatepe Üniversitesi A, Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, et al. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları Factors Affecting Smoking Cessation and Success Rates of The Treatment Methods Used.
90. Germeroth LJ, Levine MD. Postcessation Weight Gain Concern as a Barrier to Smoking Cessation: Assessment Considerations and Future Directions. Addict Behav [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2021 Sep 16];76:250. Available from: [/pmc/articles/PMC5614875/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/305614875/)

91. N B, EO J, E H, R K. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2001 [cited 2021 Sep 16];58(9):810–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11545662/>
92. Atilla N. Sigara içenlerin tütün yasasına yaklaşımı ve yasadaki etkilenimleri. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; 2010.
93. Uçar AH. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerde Sigara İçme Oranları 18 Yaş Üstü Bireylerde Sigara İçme Oranları. 2018;
94. Sa A, Uygulama LİK, Ara VE, Merkez T, Hek LE, Avcı E. Eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı sigara bağımlısı kişilere sigara bırakma çalışması. 2018;
95. Kanık, M , Tözün M. İZMİR’DE SİGARAYI BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURANLARIN SİGARA VE DİĞER TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIM ÖZELLİKLERİ VE NİKOTİN BAĞIMLILIK DURUMLARI. Estüdam Halk Sağlığı Derg. 5(1):88.
96. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. Respir Med. 2005 Oct 1;99(10):1303–10.
97. Yalçinkaya M. SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran ve sigara içen bireylerde sigara bırakmaya hazır olma durumu ve bununla ilişkili faktörlerin saptanması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi / İstanbul Haydarpaşa Numune Eğt. ve Arş. Hastanesi; 2019.
98. BARDAK F, DEMİR İ, DİNAR C, DOĞAN D, ALPARSLAN M, ALKAR ÖY. Farklı Değişim Aşamalarına Göre, Sigara İçme Davranışı ve Psikolojik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Bağımlılık Derg [Internet]. 2016 Dec 30 [cited 2021 Sep 16];17(4):152–63. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bagimli/769389>
99. UE P, JL F, JT S, JO P. Readiness for smoking change among middle-aged Finnish men. Addict Behav [Internet]. 1992 [cited 2021 Sep 16];17(5):415–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1442236/>
100. ODABAŞ ÖK, AĞADAYI E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Davranışları. Turkish J Fam Med Prim Care [Internet]. 2021 Mar 9 [cited 2021 Sep 16];15(1):121–8. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjfmprc/788871>
101. Özcan S. Polikliniğe Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2020;
102. Soğuksu G. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Bilgi Tutum ve Farkındalık Durumunun Araştırılması. 2017;
103. Attitudes and Beliefs About the Use of Over-the-Counter Medicines: A Dose of Reality A National Survey of Consumers and Health Professionals. 2002 [cited 2021 Sep 16]; Available from: www.harrisinteractive.com
104. (PDF) ATTITUDE TOWARDS THE USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE BY PATIENTS IN SAUDI ARABIA [Internet]. [cited 2021 Sep 16]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/331556825_ATTITUDE_TOWARDS_THE_USE_OF_COMPLEMENTARY_AND_ALTERNATIVE_MEDICINE_BY_PATIENTS_IN_SAU_DI_ARABIA

105. Umar NK, Tursunbadalov S, Surgun S, Welcome MO, Dane S. The Effects of Wet Cupping Therapy on the Blood Levels of Some Heavy Metals: A Pilot Study. *J Acupunct Meridian Stud.* 2018 Dec 1;11(6):375–9.
106. JF E, C B. Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy. *Addiction* [Internet]. 2011 Nov [cited 2021 Sep 16];106(11):2017–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21592253/>
107. T R, F W, A L, DS A, O P, H de V. Electronic Cigarettes-Attitudes and Use in Germany. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2021 Sep 16];18(5):660–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26385930/>
108. SE A, RJ O, M B-T, A H, R B, HH Y, et al. Electronic nicotine delivery systems: international tobacco control four-country survey. *Am J Prev Med* [Internet]. 2013 [cited 2021 Sep 16];44(3):207–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23415116/>
109. LJ R, KD B, AA A, RA G, PM W, JO E, et al. Use of E-Cigarettes Among Current Smokers: Associations Among Reasons for Use, Quit Intentions, and Current Tobacco Use. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2021 Sep 16];17(10):1228–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25589678/>
110. GÜNEY G, YALÇIN A. ELEKTRONİK SİGARANIN (E-Sigara) İMMÜNOTOKSİK ÖZELLİKLERİ. TÜRKİYE SOLUNUM ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ ASTİM BÜLTENİ. 2018;1:28.
111. Vickerman KA, Carpenter KM, Altman T, Nash CM, Zbikowski SM. Use of Electronic Cigarettes Among State Tobacco Cessation Quitline Callers. *Nicotine Tob Res.* 2013;15(10).
112. K C, JL F. Beliefs and experimentation with electronic cigarettes: a prospective analysis among young adults. *Am J Prev Med* [Internet]. 2014 Feb [cited 2021 Sep 17];46(2):175–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24439352/>
113. Gönçe MN. EURASIAN JOURNAL OF HEALTH SCIENCES Using the Hypnosis in Treatment of Smoking Addiction: AUCH Technique. *Eurasian JHS.* 2020;3(2):69–76.