



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA
BUPROPİON TEDAVİSİNİN BAŞARISININ VE YAN ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Szdar Aydeniz

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2023



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİğİNE BAŞVURAN HASTALARDA
BUPROPİON TEDAVİSİNİN BAŞARISININ VE YAN ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILMASI

Dr. Sözdar Aydeniz

Tez Danıőmanı: Doç. Dr. Hilal Özkaya

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince her zaman desteğini hissettiğim aynı zamanda tez danışmanım olan Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA hocama,

Asistanlık sürecim boyunca hoşgörü ve desteklerinden dolayı kliniğimizdeki tüm uzmanlarıma,

Birlikte çalışma şansını bulduğum ve asistanlık sürecimi daha güzel kılan tüm asistan arkadaşlarıma,

Birlikte iyi ve kötü günler geçirdiğimiz, bana inanan ve her zaman yanımda olan değerli dostlarım Dr. Feyzullah EREN ve Dr. Yunus GÜLER'e,

Bugünlere onların sayesinde geldiğim, desteklerini hayatım boyunca hissettiğim sevgili Annem, Babam ve kardeşlerime

Saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 TÜTÜN VE TÜTÜN KULLANIMININ TARİHÇESİ	3
2.2 TÜTÜNÜN YAPISI VE İÇERİĞİ	5
2.3 SİGARANIN EPİDEMİYOLOJİSİ	6
2.4 SİGARANIN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ	7
2.4.1 Sigaranın Organ ve Sistemler üzerine Etkileri	8
2.5 PASİF SİGARA MARUZİYETİ	11
2.6 SİGARA İÇEN BİREYE YAKLAŞIM	12
2.7 SİGARA BIRAKMADA FARMAKOLOJİK TEDAVİLER	15
2.7.1 Nikotin Replasman Tedavileri	15
2.7.2 Bupropion	17
2.7.3 Vareniklin	19
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	21
3.1 ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ	21
3.2 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	21
3.3 ARAŞTIRMA GRUBU	22
3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE KULLANILAN ÖLÇEKLER	23
3.4.1 Kullanılan Ölçekler	23
3.5 VERİLERİN TOPLANMASI	24

3.6 VERİLERİN ANALİZİ.....	24
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR.....	64



KISALTMALAR

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

OSAS: Obstrüktif Sleep Apne Sendromu

NRT: Nikotin Replasman Tedavileri

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

FDA: ABD Gıda ve İlaç Dairesi

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

SBBÖÖ: Sigarayı Bırakma Başarısını Öngörü Ölçeği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SSS: Santral Sinir Sistemi

MAO: MonoAmin Oksidaz

IARC: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

DM: Diyabetes Mellitüs

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Max: Maksimum

Min: Minimum

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: MPOWER maddeleri

Tablo 2: Sigara ile ilişkilendirilen sağlık sorunları

Tablo 3: Sigaranın neden olduğu kanser türleri

Tablo 4: 5A(5Ö) Modeli

Tablo 5: 5R Modeli

Tablo 6: Nikotin Bandı ve Nikotin Sakızının Kullanımı

Tablo 7: Bupropionun kontrendike olduğu durumlar

Tablo 8: Katılımcılara ait Demografik ve Çeşitli Özelliklerin Frekans Dağılımı

Tablo 9: Katılımcılara Sigara ve Sigara Bırakmaya Yönelik Özelliklerin Frekans Dağılımı

Tablo 10: Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 11: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanları ve Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları

Tablo 12: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Tablo 14: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Tablo 15: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Kaç Çocuğunuz var?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 16: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 17: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Meslek Açısından Karşılaştırılması

Tablo 18: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Kronik Hastalık Varlığı Açısından Karşılaştırılması

Tablo 19: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 20: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Alkol Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

Tablo 21: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşıyor musunuz?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 22: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Bupropion tedavisinden memnun kaldınız mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 23: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 24: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Bupropion tedavisinden herhangi bir yan etki gördünüz mü?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 25: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Bupropion tedavisine devam etmeyi düşünüyor musunuz?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 26: “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

Tablo 27: “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu ile “Sigara bırakmayı neden istiyorsunuz?” Sorusunun Karşılaştırılması

Tablo 28: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Bupropion tedavisinde görülen yan etki sayısı” Açısından Karşılaştırılması

ÖZET

AMAÇ: Sigara dünyada önlenabilir morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerinden birisidir. Sigara bıraktırma için çeşitli yöntemler geliştirilmiş olsa da günümüzde sigara bıraktırma tedavisinde kullanılan en önemli farmakolojik ajanlar Nikotin Replasman Tedavileri, Bupropion ve Vareniklidir. Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda Sigara Bırakma Başarısını Öngörü Ölçeği ve bağımlılık düzeyi göz önünde bulundurulduğunda Bupropion tedavisinin sigarayı bıraktırma başarısının ve yan etkilerin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmaya Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine 01.04.2023 ile 30.04.2023 tarihleri arasında başvuran ve Bupropion tedavisi için uygun olan 240 birey alınmıştır. Polikliniğimize sigara bırakmak için başvuran kişilere tarafımızca literatür incelemesi sonucunda hazırlanan sosyodemografik verileri ve sigara içmeye yönelik durumu sorgulayan, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Sigarayı Bırakma Başarısını Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ) ‘ni içeren toplam 30 soruluk anket uygulandı ve Bupropion tedavisi başlandı. Bir ay sonraki kontrol randevularına gelen bireylere 6 sorudan oluşan ikinci anket uygulandı ve bu şekilde sigarayı bırakma oranı, bırakmasında/bırak(a)mamasında etkili olan faktörler ve bu tedavide görülen yan etkiler değerlendirildi.

BULGULAR: Bu çalışma yaşları 18 ila 66 arasında olan toplam 240 birey ile yapılmıştır. Katılımcıların bupropion tedavisi sonrası birinci ayda %40,8 oranında (n=98) sigarayı bıraktığı, %42,1 oranında (n=101) sigarayı bırakmadığı ama azalttığı, %17,1 oranında ise (n=41) sigarayı bırakmadığı belirlenmiştir.

Bupropion tedavisi sonrası sigarayı bırakamayanların sigarayı bırakan gruplara kıyasla bağımlılık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Sigarayı bırakanların diğer gruplara kıyasla SBBÖÖ puanı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın sonuçlarına göre katılımcıların %47,9’unun (n=115) bupropion tedavisi sonrası bir yan etki gördüğü, %52,1’inin (n=125) bupropion tedavisi sonrası herhangi bir yan etki görmediği belirlenmiştir.

SONUÇ: Çalışmamızda bupropion başlanan katılımcıların bir aylık süre sonunda

%40,8'inin bupropion tedavisi sonrası sigarayı bıraktığı, %42,1'inin ise sigara miktarını azalttığı görülmektedir. Birincil korumada önemli bir yeri olan sigarayı bıraktırma tedavilerinin etkinliğinin halen bu konuda mücadeleye devam etmeye yetecek düzeyde olduğu düşünülmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Sigarayı bırakma, nikotin bağımlılığı, bupropion hidroklorür, aile hekimliğı, koruyucu hekimlik



ABSTRACT

OBJECTİVE: Smoking is one of the most important causes of preventable morbidity and mortality in the world. Although various methods have been developed for smoking cessation, the most important drugs used in the pharmacology part of the treatment for smoking cessation today are Nicotine Replacement Therapies, Bupropion and Varenicline. In this study, it was aimed to investigate the success and side effects of Bupropion treatment in quitting smoking, considering the smoking cessation success prediction scale and addiction level in patients applying to the smoking cessation clinic.

MATHERIALS AND METHODS: 240 individuals who applied to Başakşehir Çam and Sakura City Hospital Smoking Cessation polyclinic between 01.04.2023 and 30.04.2023 were suitable for bupropion treatment so they were included in the study. A survey consisting of 30 questions, including the Fagerstrom Nicotine Dependency Test (FNDT) and the Smoking Cessation Success Prediction Scale (SCSPS), which questions the sociodemographic data and smoking status prepared by us as a result of literature review, was applied to people who applied to our polyclinic to quit smoking, and Bupropion treatment was started. A second survey consisting of 6 questions were applied to the patients who were called for a follow-up visit one month later, and thus the smoking cessation rate, factors affecting quitting/not quitting, and side effects seen in this treatment were evaluated.

RESULTS: This study was conducted with a total of 240 patients aged between 18 and 66. It was determined that 40.8% (n=98) of the participants quit smoking after bupropion treatment in the first month, 42.1% (n=101) did not quit but reduced their smoking, and 17.1% (n=41) could not quit smoking.

The addiction level of smokers who could not quit after bupropion treatment was found to be higher compared to the groups who quit smoking. SCSPS score of smokers was found to be higher compared to other groups.

According to the results of our study, it was determined that 47.9% (n=115) of the participants experienced some side effects after bupropion treatment, and 52.1% (n=125) did not experience any side effects after bupropion treatment.

CONCLUSION: In our study, it was observed that 40.8% of the participants who were prescribed bupropion stopped smoking after one month, and 42.1% reduced the amount of cigarettes they smoked. It is thought that the effectiveness of smoking cessation treatments, which have an important place in primary prevention, is still sufficient to continue the fight on this issue.

Keywords: Smoking cessation, nicotine dependence, bupropion hydrochloride, family practice, preventive medicine

GİRİŞ ve AMAÇ

Sigara bağımlılığı, dünyada önlenebilir morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden birisidir. Bunun yanı sıra iş gücü kaybına ve ekonomik yüke sebep olan en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Sigara bağımlılığı sadece sigara içen kişileri değil, pasif duman maruziyetinden ötürü maruz kalan diğer kişileri de etkilemektedir.

Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları ve kanserler gibi birçok hastalığa sebep olmaktadır(1). Tütün kullanımı dünyada en sık görülen 8 ölümcül hastalığın 6 tanesi için risk faktörüdür (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2017 yılında tütün nedeniyle 8 milyondan fazla insan hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından, yaklaşık 1,2 milyonu ise sigara içmeyenlerin ikinci el dumana maruz kalmasından kaynaklanmaktadır (3). Yirmi birinci yüzyılda tütün ve tütün ürünlerinden dolayı hayatını kaybeden insan sayısının 1 milyarı bulabileceği öngörülmektedir (2).

Türkiye’de erkeklerin %41,3’ü kadınların %14,9’u olmak üzere 15 yaş üstü nüfusun %28’i her gün düzenli olarak tütün ürünü kullanmaktadır (4). Yine Türkiye’de her yıl yaklaşık 100.000 kişi tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir (5).

Tütün kullanımı nikotin bağımlılığı ile sürdürülen kronik, yineleyici bir madde kullanım bozukluğu olarak tanımlanabilir (6). DSÖ tütün bağımlığını bir hastalık olarak tanımlamaktadır ve ICD-11 kodlama sisteminde ona yer vermiştir (7).

Tütün bağımlılığının patogenezinde üç boyuttan söz edilebilir. Eşit öneme sahip bu üç boyut psikolojik, davranış ve nörobiyolojik boyuttur. Bu üç boyuttan psikolojik ve davranışsal boyuta bilişsel ve davranışçı yöntemlerle, nörobiyolojik boyuta farmakolojik ajanlarla müdahale edilebilir (8).

Sigara içenlerin yaklaşık %70’i sigarayı bırakmak istemektedir. Yaklaşık %30’unun kendi başına sigarayı bırakma denemesinde bulunmasına karşılık, %5’ten

daha azı sigarayı bırakabilmektedir (9). Nükslerle seyreden bu kronik hastalığın tedavi başarısı profesyonel destek ve farmakolojik ajanlarla artmaktadır (10).

Dünyada ve Türkiye’de sigara bıraktırma tedavisinin farmakoterapisinde en sık kullanılan ilaçlar Nikotin Replasman Tedavileri, Bupropion ve Vareniklidir. Bupropion, nontrisiklik bir antidepresan olup sigara bıraktırmada plaseboya göre etkinliği kanıtlanmış, nikotin içermeyen bir ilaçtır. Sigara bıraktırmada depresyon öyküsü olan ve olmayan kişilerde eşit bıraktırma başarısının olması, bu etkisinin antidepresan özelliğinden bağımsız olduğunu göstermektedir (8).

Bu çalışmada Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği’ ne başvuran hastalarda dünyada ve ülkemizde sigara bıraktırmada en sık kullanılan farmakolojik ajanlardan olan Bupropionun sigarayı bıraktırma başarısı, sigarayı bıraktırma/bıraktıramamasında etkili olan faktörler, yan etkileri ve ilaçla ilgili hasta geri dönüşlerini araştırmak hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 TÜTÜN VE TÜTÜN KULLANIMININ TARİHÇESİ

Patlıcangiller (solanaceae) familyasından olan tütün ‘‘Nicotiana’’ cinsi içerisinde yer alıp ‘‘Nicotiana tabacum’’ ve ‘‘Nicotiana rustica’’ türleri tütün ürünleri yapımında kullanılır. Peru/Ekvator çevresindeki And Dağları'nda yetişen Amerika'nın yerli bitkileridir. Tütünün yaklaşık olarak milattan önce 5000 ila 3000 yıllarından beri ekildiği düşünülmektedir (11).

Tarih boyunca tütün, keyif verici etkisi için dumanını inhalasyon yoluyla çekilmesinin yanında çeşitli farklı sebepler için farklı şekillerde kullanılmıştır. Bunlar; çiğneme, kaynatılarak suyunun içilmesi, göz damlası olarak kullanma, parazitleri öldürmek için cilde sürme, lavman gibi kullanma, pestisit olarak kullanma, tütülenerek dini törenlerde kullanma, analjezik etkisi için kullanma. Tütünü kullanmak için tarih boyunca pek çok alet geliştirilse de yine de en kalıcı yöntem sigara gibi sarıp içme yöntemi olmuştur (11).

Dünyanın Amerika kıtasına özgü bu bitki türüyle tanışması ise 1492 yılında Christopher Columbus'un Amerika kıtasını keşfiyle başlamıştır. Tütün yapraklarının çubuklarla tütürüldüğünü, ağızda çiğnendiğini gören Columbus yerlilerin tütün içtikleri saz borusunun ‘‘tobacco’’ olan adını bitkiye verdiğini kaydetmektedir. Columbus ile Avrupa kıtasına taşınan bu bitki bağımlılık yapıcı etkisiyle ve savaşlarla zamanla tüm dünyaya yayılmıştır (12).

1559 yılında Fransız elçisi olan Jean Nicot, Portekiz'de tanıştığı bu bitkinin baş ağrısı, astım, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiğinden bahsederek tütünü baş ağrılarıyla mücadele eden Fransız kraliçesine sunmuştur ve tütün kraliçenin baş ağrısına iyi gelmiştir. Bu sebeple 1828 yılında saflaştırılan alkaloidine Jean Nicot'a ithafen ‘‘nicotin’’ adı verilmiştir (13).

Keyif verici özelliğinden dolayı tütün tüketimi zaman içinde hızla artmıştır. Bu durum Avrupa ülkelerinin Amerika'daki sömürgelerinde tütün üretimine başlamaya ve tütün ticaretiyle onu diğer kıtalara taşımaya yönlendirmiştir. Tütün piyasasından yüksek gelirler elde edilmesi ülkelerin dikkatini çekmiş, devamındaki süreçte tarımını,

ticaretini ve tüketimini teşvik etmişler ve tütünden çeşitli vergiler almaya başlamışlardır (14).

Amerika’da 1880 yılında James Albert Bonsack, ilk sigara yapan makineyi icat etmiş böylece üretimin makineleşmesiyle yeni bir sanayi kolu doğmuştur. Bu sanayileşmeyle seri üretim başlamış, maliyet düşmüş sigara tüketimi hızla artmış ve tütünün sigara şeklinde içilmesi diğer tüketim şekillerine karşı üstünlük sağlamıştır (13).

Konuyla ilgili literatür araştırıldığında tütünün Anadolu topraklarına ilk nasıl girdiği ile ilgili farklı görüşler olsa da genel olarak Anadolu’daki Türk çiftçilerinin tütünle buluşmasını 16. yüzyılın sonlarına doğru olduğunu belirtmek yerinde olacaktır. Bu sonuca göre Türkiye için 400 yılı aşkın bir tütün geçmişi bulunmaktadır diyebiliriz. 1633’te IV. Murat tarafından tütün tüketimi yasaklanmasına hatta 1639 yılında tütün içenler idamla cezalandırılmasına rağmen zaman içerisinde tütünün Anadolu toprakları içerisinde yayılmasının önüne geçilememiştir (15).

Dünyada hızla yayılan tütün tüketim alışkanlığı ile hastalık ve ölüm oranlarında meydana gelen artış tıp dünyasını tütün ve tütün ürünlerinin insan sağlığı üzerindeki zararları araştırmaya yöneltmiş ve ülkelerin de tütün tüketimi ile ilgili politikalar ve düzenlemeler geliştirmeye itmiştir.

Tütünün hastalıklarla olan ilişkisi ilk defa İngiliz doktor John Hill tarafından 1761 yılında ortaya konulmuştur (16). Bu tarihten sonra yapılan çeşitli çalışmalar ve araştırmalar sonucu tütün kullanımının hem aktif olarak kullanan kişiyi hem de pasif dumana maruz kalan diğer kişilerin sağlığını olumsuz etkileyerek üretimde azalan verimliliğe ve sağlık sektöründeki haracamalarda artışa yol açması özellikle 1950’den sonra ‘‘tütün kontrolü’’ kavramını ciddi olarak gündeme getirmiştir. DSÖ tarafından 2000’li yıllarda önce ‘‘Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)’’ kabul edilmiş, sonrasında ise TKÇS’ ye taraf ülkelere tütün kontrolü açısından rehber niteliğindeki MPOWER (Tablo 1) politika paketi açıklanmıştır. Türkiye’de de 1996 yılında 4207 Sayılı Kanun’un ve 2004 yılında TKÇS’ nin yürürlüğe girmesi, tütün kontrolüne ilişkin uygulamaların artmasına neden olmuştur (17).

Tablo 1: MPOWER maddeleri

Monitor	İzleme- Tütün kullanımını ve önleme politikalarını
Protect	Önleme- Sigara dumanı pasif etkilenimini
Offer	Teklif etme- Sigara içenlere sigara bırakmayı
Warn	Uyarma- bireylerin sigaranın zararları konusunda
Enforce	Uygulama- Tütüne teşvik edici reklam ve sponsorluklarla ilgili yasakları
Raise	Arttırmak- Tütün vergilerini

2.2 TÜTÜNÜN YAPISI VE İÇERİĞİ

Keyif verici bitkiler kategorisinde yer alan tütün (*Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica*) patlıcangiller (*Solanaceae*) ailesinden tek yıllık bir bitkidir (15). Tütün bitkisinde köklerde sentezlenen nikotinin çoğunluğu yapraklarda depo edilir. Bu nedenle tütün bitkisinin en önemli kısmı yapraklarıdır. Tütün yaprağı içindeki kimyasal bileşenlerin özellikleri tütünün çeşidine ve üretim şartlarına göre farklılık göstermektedir. Tütün yaprağında 60'tan fazla fenollü bileşik bulunur. Bu fenollü bileşiklerin yanması ile daha zararlı metabolitleri olan serbest fenoller meydana gelir. Ancak tütünün toksik etkileri daha çok %95'ini nikotinin meydana getirdiği alkaloidlere bağlıdır (18).

Tütün yaprağından imal edilmiş; tüttürme, emme veya çiğnemek üzere üretilmiş maddeler ürününe tütün ürünü denilmektedir. Sigara, nargile, pipo, puro, kreteks, bidi, snuf, sarma tütün, çiğneme tütün başlıca tütün ürünleridir. Bu ürünler arasında en yaygın olarak kullanılan sigaradır ve sıklıkla tütün yerine sigara sözcüğü kullanılmaktadır (19).

Sigarada yaklaşık 600 madde vardır ve sigara yandığında bu maddelerden 7.000'den fazla kimyasal ürün açığa çıkar. Bu kimyasallardan sigara bağımlılığına neden olan esas ürün psikoaktif bir madde olan nikotindir. Karbonmonoksit, katran, amonyak gibi son derece toksik olan bu maddelerden bazıları ise farmakolojik olarak aktif, sitotoksik, antijenik, karsinogenik ve mutajeniktir (20).

Sigara dumanı heterojen içerikli bir aerosoldür. Sigara dumanının yaklaşık %95'i gaz formunda olmakla birlikte sigara dumanı içeriğinde çapı 0.2-0.5 mm boyutunda olan çok sayıda solunabilir partikül içerir (21).

Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC) bu maddelerden 81 tanesinin karsinojen olduğunu bildirmiştir. Bu 81 maddenin 11'inin Grup 1 (kanseri yaptığı bilinen), 14'ünün Grup 2A (insanda kanseri yapması olası), 56'sının Grup 2B (insanda kanseri yapabilen) karsinojen olduğu bildirilmiştir (22).

Psikoaktif bir madde olan nikotin, tütün bağımlılığının esas nedenidir. Alkaloid yapıda olan nikotin renksiz, uçucu bir sıvıdır ve organik azotlu maddelerden oluşur. Tütünün çeşidine ve işleme yöntemlerine göre bir sigarada 9 ila 20 mg nikotin bulunmaktadır. Yanarak farklı maddelere dönüşen bu nikotinin yaklaşık 1-2 mg'ı vücut tarafından emilmektedir. Alveollerdeki kapillerler tarafından absorbe olan bu nikotin 30 dakika içinde plazmada maksimum seviyeye ulaşır ve yarılanma ömrü ortalama iki saattir (18). Pulmoner kapillerler tarafından hızla emilen nikotin 10-19 saniye gibi kısa bir süre içinde beyne ulaşır (23).

2.3 SİGARANIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Sigara kullanımı hem ülkemizde hem dünyada en önemli halk sağlığı problemlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigara bağımlılığını nükslerle seyreden kronik bir hastalık olarak tanımlamaktadır (24). DSÖ verilerine göre 2017 yılında tütün nedeniyle 8 milyondan fazla insan hayatını kaybetmiştir ve 21. yüzyılda bu sayının toplam 1 milyarı bulabileceği öngörülmektedir (2,3).

DSÖ'nün verilerine göre dünyada toplam 1,3 milyar kişi sigara kullanmaktadır ve bunların %80' inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Dünya nüfusunun %22,3'ü erkeklerin %36,7'si ve kadınların %7,8'i tütün ürünü kullanmaktadır (3). 22 ülkeden yaklaşık 3 milyar insanın dâhil edilerek yapıldığı bir çalışma olan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Atlası'na göre 879 milyon insan (721 milyonu erkek ve 158 milyonu kadın) tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır. Nüfuslarının kalabalık olmasıyla ilişkin olarak tütün kullanıcısı sayısı en fazla Çin'de, ikinci sırada Hindistan'da bulunmaktadır (25).

Sigara kullananların büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Orta gelirli ülkelerde yaşayan erkekler dünyada sigara kullanımının büyük bir grubunu oluştururken, kadın sigara kullanıcılarının çoğunluğu ise yüksek gelirli ülkelerde yaşamaktadır (26). Dünya genelinde erkeklerde sigara kullanım oranı gelişmiş ülkelerde %35 iken gelişmekte olan ülkelerde %50, kadınlarda ise gelişmiş ülkelerde %24 iken gelişmekte olan ülkelerde %7 düzeyinde olduğu saptanmıştır (27). Kadınların sosyal statülerinin artması ve çalışma hayatına katılımlarının artması gelişmiş ülkelerde kadın tütün tüketim oranının fazla olma nedeni olarak görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı sıklığı her geçen gün artmaktadır. Bu durumun temel sebebi gelir artışıyla beraber sigara alım gücünün artması ve böylece bu ülkelerin tütün endüstrisinin hedefi haline gelmesi olduğu söylenebilir (26).

Dünyada en çok tütün kullanan ülkeler arasında Türkiye onuncu sırada yer almaktadır. Yine Türkiye Avrupa Bölgesi'nde erkekler arasında en yüksek sigara içme sıklığına sahip ülkeler arasındadır (28). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de ise tütün kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin oranı 2016 yılında %26,5 iken 2019 yılında artarak %28,0 olmuştur. Bu oran erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %14,9 olarak tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde en çok tütün kullanan bireylerin %42,8 ile 35-44 yaş grubu olduğu saptanmıştır (4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı küresel tütün araştırma raporlarına göre tütün kontrol politikaları sayesinde gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de tütün kullanım oranı azalmakta ve bu politikalar sürdürülürse tütün kullanım oranının daha da azalacağı öngörülmektedir. Maalesef gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu politikalar sağlıklı bir şekilde uygulanamadığından bu ülkelerde ise tütün kullanım oranı artmaktadır (2).

2.4 SİGARANIN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Sigaranın sağlık üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır. Sigara dumanındaki toksinler kan dolaşımıyla hemen her organda hasara sebep olur (29). Sigara kaynaklı hastalıklar ve mortalite sigara dumanına maruz kalma süresi, sıklığı ve kullanılan

ürünün niteliğine göre değişmektedir. Sigara dumanına maruz kalma süresi ve sıklığıyla mortalite ve morbidite arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (30).

2.4.1 Sigaranın Organ ve Sistemler üzerine Etkileri

Sigara tüketimi ülkemizde ve dünyada önlenabilir morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden birisidir. Akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar sigara kullanımına bağlı önde gelen mortalite nedenleridir (31). Sigara kullanımı akciğer dışında ayrıca birçok farklı organda kanser türleri ile ilişkili olmakla birlikte kanser dışı akut ve kronik hastalık riskini de arttırmaktadır.

Sigara dumanı inhale edildikten sonra solunum yollarına 2 mekanizma yoluyla etkisini başlatmaktadır:

- 1- İnflamasyon yolağının aktive edilmesi,
- 2- Mutajenik/karsinojenik mekanizmaların aktive olması.

Sigara dumanındaki bazı bileşenler direkt iritan etki ile, bazıları ise solunum yolu epiteline toksik mekanizma ile hücresel hasar, ölüm veya lokal inflamasyona sebep olmaktadır. Bu olaylar sonucunda goblet hücrelerinin de hiperplazisiyle beraber artan mukus üretimi solunum yollarının mukusla dolmasına neden olmakta ve epitelin temizlenme mekanizmasını bozmaktadır. Bu oksidan maddeler aynı zamanda akciğerdeki bir takım antiproteaz enzimleri etkileyerek proteolitik aktiviteyi artırmakta, antioksidan-oksidan dengesinin bozulmasına sebep olmaktadır. Tüm bu olayların sonucunda doku hasarı oluşmaktadır. İlerleyen süreçte bunu peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis izlemektedir (21).

Yineleyen solunum yolu hasarı ile bronşlarda daralma olur ve solunum yollarının üzerini kapatan membranda inflamasyon gelişir, mukus sekresyonu artar. Bu şekilde prodüktif öksürük ile kendini gösteren kronik bronşit meydana gelir. Alveollerdeki elastik liflerde bu tekrarlayan kimyasal-toksik maruziyetten dolayı hasar görülür, elastikiyetini kaybeden akciğerlerde hava hapsolür. Bu hasarlar sonucunda amfizem oluşmuş olur. Amfizem ve kronik bronşit KOAH'ın alt öncülleridir. Sigara kullananların hemen hemen hepsinin akciğerlerinde inflamasyon vardır fakat KOAH

hastalarında toksik ajanların solunmasına karşı anormal yanıt gelişmiştir (32). Sigara kullanımı KOAH gelişimi için başlıca risk faktörüdür (33).

Kardiyovasküler hastalıklar dünya genelinde mortalitenin başlıca nedenidir. Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıklar ile direkt ilişkili olması ve önlenabilir bir durum olması açısından önemlidir. Sigara dumanı birçok farklı mekanizma ile ateroskleroz oluşumuna neden olur. Yapılan çalışmalarda sigara dumanının vasküler endotel hücre ve doku morfolojisini dakikalar içinde dramatik bir şekilde değiştirdiği ve endotel bariyer fonksiyonun kaybına yol açtığı gösterilmiştir. Sigara içen bireylerde koroner kalp hastalığı riski 2-4 kat artmaktadır. Bireyin komorbiditelerine göre ise bu risk katlanarak artmaktadır (34).

Düşük doz sigara kullanımının da ciddi sigara bağımlılığı kadar önemsenmesi gerekmektedir. Günde sadece 1 adet sigara içimi bile koroner arter hastalıkları riskini erkeklerde % 48, kadınlarda %57 oranında arttırmaktadır. Koroner arter hastalıklarının görülme riski içilen sigara adediyle pozitif ilişki göstermektedir (35). Sigara içen bireylerde inme, akut koroner sendrom, venöz tromboembolizm ve kalp yetmezliği görülme sıklığında normal popülasyona göre artmıştır (36). Sigara sağlıklı genç erkeklerde erken aterosklerotik lezyonların gelişimi için en önemli risk faktörüdür (34).

Sigara içen bireylerde içmeyenlere kıyasla koroner kalp hastalığı riski 2-4 kat, abdominal aort anevrizması riski 5 kat, periferik arter hastalığı riski 3 kat, inme riski ise 2 kat daha fazladır(34,37).

Sigara içen kişilerde dolaşım bozukluğuna bağlı cilt sorunları, cildin erken yaşlanması, cilt kuruluğu sigara içmeyen bireylere göre fazladır (38). Ayrıca bağırsak kan dolaşımındaki yetersizlik nedeniyle beslenme ve emilim bozuklukları gibi durumlar da sigara içenlerde daha fazla görülmektedir (39).

Sigara yara iyileşmesi sürecini bozmakta ve bu durum özellikle postoperatif yara iyileşmesi süreci için önem arz etmektedir (40).

Sigara ağız içi problemler, gingivitis, diş çürükleri ve oral kavite enfeksiyonları için risk faktörüdür (41).

Neden olduğu pandemiyle tüm dünyayı etkileyen Covid-19 salgınının sigara içen bireyleri daha fazla etkilediği, yapılan bazı çalışmalarda sigara içenlerdeki ölüm oranlarının içmeyenlere göre 14 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (42,43).

Sigara ile ilişkilendirilen sağlık sorunları Tablo 2’ de, sigaranın neden olduğu kanserler Tablo 3’te belirtilmiştir.

Tablo 2: Sigara ile ilişkilendirilen sağlık sorunları (32–36)

Kardiyovasküler Sistem	Solunum Sistemi	Gastrointestinal Sistem	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Diğer
Koroner Arter Hastalığı	KOAH	Peptik Ülser	Erken membran rüptürü ve erken doğum	Depresyon ve anksiyete bozuklukları
Aort anevrizması	Astım	Kolon Polipleri	Düşük doğum ağırlığı	Tip 2 Diyabetes mellitus
Stroke	Kronik rinit	Kanama	Abortus	İmpotans
Periferik arter hastalıkları	Pnömoni sıklığında ve morbiditesinde artış	Kronik Pankreatit	Akciğer ve diğer organ gelişme bozuklukları	Optik sinir hasarı ve katarakt
Hipertansiyon	İnfluenza	Crohn Hastalığı	Ani bebek ölümü sendromu	Graves Hastalığı
Buerger Hastalığı	Tüberküloz sıklığında artış	Diş ve Oral kavite Hastalıkları	Büyüme ve gelişme geriliği	Uyku Bozuklukları
	Covid-19 morbidite ve mortalitesinde artış			
	OSAS			

(OSAS: Obstrüktif Sleep Apne Sendromu)

Tablo 3: Sigaranın neden olduğu kanser türleri (33)

Akciğer	Oral kavite
Mesane	Farenks

Mezotelyoma	Pankreas
Larenks	Karaciğer
Kolorektal	Özofagus
Renal Pelvis/Üreter/Mesane	Mide
Myeloid Lösemi	Nazal sinüs/Nazal kavite

2.5 PASİF SİGARA MARUZİYETİ

Tütün dumanı sadece kullanıcılarının değil pasif olarak dumanını soluyanların da sağlığına ciddi zararlar vermektedir. Pasif sigara içicileri, sigara içicisi tarafından dışarı verilen ana akım dumanı ve sigaranın ucundan çıkan yan akım dumanının ikisine birden maruz kalır. Bu iki dumanının birleşiminin ismi de çevresel tütün dumanıdır (44). Pasif sigara içicisinin bu dumana direkt maruz kalmasına ikinci el sigara maruziyeti denir. Bununla birlikte sigara içilen ortamlardaki eşyalara ve yüzeylere sinen sigara dumanı bileşenlerinin solunması veya dermal Emilimi sonucu oluşan maruziyete ise üçüncü el sigara maruziyeti denir.

Çevresel tütün dumanının çoğu yan akım dumanından oluşur. Bu duman filtrelenmeden doğrudan hava ile karıştığı için zehirli madde miktarı daha yüksektir (45). Aktif sigara içimine bağlı gelişebilecek birçok zararlı etkinin pasif sigara maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği bilinmektedir. Dünya genelinde her yıl 166 000'i çocuk toplam 600,000 masum insan sigara içicilerinin dumanına maruz kalmaktan dolayı ölmektedir. Pasif dumana maruziyetin neden olduğu birçok sağlık zararları saptanmıştır. Pasif sigara dumanı maruziyetinden çoğunlukla çocuk ve hamilelerin etkilendiği bilinmektedir (46).

Pasif sigara dumanına maruz kalan çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları, azalmış akciğer solunum fonksiyonları, üst solunum yolu irritasyonu ve enfeksiyonları, astımlılarda artmış atak sayısı, orta kulak enfeksiyonu, alerjik rinit, öğrenme ve davranış bozuklukları gibi hastalıkların görülme sıklığı diğer çocuklara göre anlamlı oranda artmıştır (44).

Erişkin bireylerde pasif sigara dumanı maruziyeti tıpkı sigara içicilerinde olduğu gibi pek çok hastalıkla ilişkilendirilmiştir. Özellikle akciğer kanseri ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi bakımından pasif sigara dumanı maruziyeti önem arz etmektedir. Yapılan bir çalışmada evde pasif sigara dumanına maruz kalan bireylerin sigara içilmeyen bir evdeki kişilere göre akciğer kanseri görülme riski %24 daha fazla bulunmuştur (47).

2.6 SİGARA İÇEN BİREYE YAKLAŞIM

Sigara içme davranışı kompleks davranış olmakla birlikte sigara bağımlılığının altında psikolojik, davranışsal ve nörobiyolojik faktörler yatar. Sigara içen kişilerde sigara bırakma tedavisine karar vermeden önce mutlaka sigara içme özellikleri, bağımlılıklarının derecesi ve sigarayı bırakmayı isteyip istemedikleri değerlendirilmelidir. Sigarayı bırakmak için başvuran bireylerin bağımlılık derecesi, sigara içme özelliği, bırakma konusundaki niyetleri farklıdır. Bu nedenle hangi bırakma yöntemini belirlemeden önce hastalar ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

Herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran her hastanın sigara içme durumunu ve özelliklerini sorgulamak, bu kişilere sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediğini sorgulamak, bırakmayı düşünenlere destek, düşünmeyenlere gerekli motivasyonel destek ve sigaranın zararları hakkında uyarılarda bulunmak her hekimin görevidir. Herhangi bir nedenle polikliniklere başvuran bireylerle çok kısa görüşmeler dahi sigarayı bırakma başarısında anlamlı artışlar sağlamaktadır. Yapılan çalışmalara göre doktorların sigara içme durumunu sorgulayıp uyarılarda bulunması bile kişilere sigara bırakmayı düşündürüp, %1-3 daha fazla sigara bırakma başarısı sağlamıştır (48).

Sigara kullanan kişiler davranışsal olarak 5 farklı evre içinde geçiş yaparlar:

- 1- Bırakmayı düşünmedikleri evre
- 2- Bırakmayı düşündükleri evre
- 3- Bırakmaya hazırlandıkları evre
- 4- Bırakmayı deneme evresi
- 5- Bırakmayı devam ettirme evresi

Sigara içicileri sigara kullanımının risklerini çok iyi bilseler de bırakmaya yönelik eyleme geçmeleri kolay olmamaktadır. Bu noktada hekimlere çok önemli bir rol düşmektedir. Bir hekimin karşısına gelen sigara içicisi bireyin bırakmasını sağlamak için 5A basamak yöntemi belirlenmiştir. 5A yöntemi Türkçe'ye 5Ö yöntemi olarak geçmiş olup, kişileri sigara bırakma durumuna hazırlamak için kullanılır (Tablo 4).

Tablo 4: 5A(5Ö) Modeli (8)

1. Adım	ASK	ÖĞREN
2. Adım	ADVISE	ÖNER
3. Adım	ASSESS	ÖLÇ
4. Adım	ASSIST	ÖNDERLİK ET
5. Adım	ARRANGE	ÖRGÜTLE

Bırakma Konusunda Gönüllü olan olgulara 5 basamağın (5A) sırası ile uygulanması önerilmektedir.

1. ASK (ÖĞREN): Bütün poliklinik başvurularında hastalara sigara içme durumu mutlaka sorulmalıdır. Hastanın sigara kullanım öyküsü dosyasına kayıt altına alınmalıdır. Sigaradan başka diğer tütün ve tütün ürünlerinin (nargile, puro, pipo) kullanım öyküsü sorgulanmalıdır.

2. ADVISE (ÖNER): Açık, güçlü ve kişiye özel yaklaşımla sigara kullanan her bireye bırakması önerilmelidir

3. ASSES (ÖLÇ): Kişinin sigara bırakma konusunda isteği değerlendirilmeli, nikotin bağımlılık düzeyi ölçülmelidir. Daha önceki sigara bırakma deneyimleri gözden geçirilmelidir.

4. ASIST (ÖNDERLİK ET): Bu aşamada sigarayı bırakmaya hazırlanan kişiye bir bırakma planı ile yardımcı olunmalıdır. Psikolojik desteğin yanında medikal

tedavilerden ayrıntılı bir şekilde bahsedilmeli ve ihtiyaç doğrultusunda medikal tedaviye başlanmalıdır.

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

Poliklinik ziyareti sırasında sigara bırakmayı düşünmeyen kişiler için ise 5R modeli gelecekte bırakmayı düşünür hale getirmek amacıyla uygulanan stratejilerdir (Tablo 5).

Tablo 5: 5R Modeli (8)

RELEVANCE	İLİŞKİ
RISKS	RİSKLER
REWARDS	ÖDÜLLER
ROADBLOCKS	ENGELLER
REPETITION	TEKRAR

1. RELEVANCE (İLİŞKİ): Başvuran kişinin öznel durumları (hastalık, cinsiyet, yaş, aile, ekonomik durum vb.) da göz önüne alınarak sigarayı neden bırakması gerektiği konusunda cesaretlendirilmelidir. Bırakması durumunda nelerin düzelebileceği belirtilmelidir.

2. RISKS (RİSKLER): Başvuran kişiye sigara içmeye devam etmesinin kısa ve uzun dönemde sebep olabileceği potansiyel zararlar hakkında bilgi vermektir.

3. REWARDS (ÖDÜLLER): Başvuran kişiye sigarayı bıraktıktan sonra sahip olabileceği kısa ve uzun dönem kazançlardan bahsetmektir.

4. ROADBLOCKS (ENGELLER): Başvuran kişiyi sigara bırakmaktan alıkoyacak sorunlar saptanmalıdır. Bu engelleri (depresyon, yoksunluk belirtileri, kilo alma vb.) çözme stratejileri üzerinde durulmalıdır.

5. REPETITION (TEKRAR): Sigarayı bırakma konusunda düşüncesi ve isteği olmayan olgulara her klinik başvurusunda motivasyonel destek verilmelidir.

2.7 SİGARA BIRAKMADA FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Sigara bağımlılığını relaps ve remisyonlarla seyreden dirençli bir kronik hastalık olarak tanımlamak yerinde olacaktır (49). Sigara bağımlılığı altında psikolojik, davranışsal ve nörobiyolojik faktörlerin yattığı kompleks bir davranıştır. Sigara içindeki bileşenlerden nörobiyolojik (fiziksel) bağımlılığa en çok sebep olan madde ise nikotindir. Sigara bırakmanın farmakolojik ajanlar ile tedavisi, hastanın yoksunluk belirtilerini ve sigara içme arzusunu ortadan kaldırmak adına kullanılan etkili yöntemlerdir. Bununla birlikte farmakoterapi ve motivasyonel görüşmenin birlikte uygulanması, her iki yöntemin teker teker uygulanmasından çok daha efektif sonuç elde edilmesini sağlar (50). Kılavuzlar kontrendike bir durum olmadıkça sigara bırakma tedavisinin farmakolojik bir ajanla desteklenmesini önermektedir (51).

Günümüzde sigara bıraktırmada iki ana ilaç grubundan bahsedebiliriz: Nikotin içeren ve içermeyen ajanlar. Nikotin içeren ajanlarla yapılan tedaviye nikotin replasman (yerine koyma) tedavisi denilmektedir. Bunlar 5 çeşit ilaç formundan oluşur: Nikotin sakızları, nikotin bantları, nikotin nazal spreyler, nikotin inhalerler ve nikotin pastiller. Nikotin içerikli olmayan ajanlar ise Vareniklin ve Bupropion olmak üzere iki gruptur (52). DSÖ sigara bırakma ilaçlarına ihtiyacı olanların ulaşabilmesi ve kolayca temini için bu ilaçların ucuz, ulaşılabilir olmasını ve devlet tarafından karşılanması gerektiğini önermektedir (53).

2.7.1 Nikotin Replasman Tedavileri

Nikotin replasman tedavisinin (NRT) amacı, sigaranın kesilmesini izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya ortadan kaldırmaktır. Böylece sigarayı bırakma sürecindeki kişi yoksunluk semptomlarını

daha az yaşayacak ve sigaraya tekrar başlama ihtimali azalacaktır. NRT kontrollü nikotin uygulanmasına dayanan bir tedavi yöntemidir. Kontrollü nikotin uygulaması, daha düşük doz ve daha yavaş farmakokinetik sayesinde bağımlılığa sebep olan öforik etkiyi yaratmadan yoksunluk semptomlarına sebep olan negatif etkileri de (aşırı sigara içme isteği, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, baş ağrısı) azaltır.

NRT diğer farmakolojik tedavi seçeneklerine göre daha güvenli yöntemlerdir. Kullanılmaması gereken gruplar ise gebeler, emziren kadınlar, son 1 ay içinde akut miyokard infarktüsü geçirmiş kişiler, ciddi aritmisi ve ciddi angina pectorisi olanlar. 18 yaş altında yeterli çalışma olmadığından NRT'nin bu grupta da kullanılması önerilmemektedir (54).

FDA'nın onayladığı 5 çeşit NRT vardır: Nikotin sakızı, nikotin bantları, nikotin inhaler, nikotin nazal sprey ve nikotin pastiller. Ülkemizde en sık kullanılan formlar nikotin bantları ve nikotin sakızlarıdır (55).

Ülkemizde nikotin sakızlarının 2 mg ve 4mg'lık formları bulunmaktadır. Hazımsızlık, bulantı, ağız içinde enflamasyon, diş etlerinde kanama, uyku bozukluğu, çarpıntı ve baş ağrısı gibi yan etkileri mevcuttur (56).

Nikotin bantları gün boyunca yavaş ve düzenli nikotin salınımı için tasarlanmıştır. 6 ila 12 hafta arasında kullanımı önerilmektedir (57). Ülkemizde günlük 16 saat kullanıma uygun olan 10, 15 ve 25 mg nikotin içeren formları bulunmaktadır. Nikotin bantlarının yan etkileri arasında uygulama yerinde oluşabilecek cilt reaksiyonlarının dışında ürtiker, aritmi, taşikardi, sersemlik, baş ağrısı, bulantı, kas ağrıları, uykusuzluk sayılabilir.

Yapılan bazı çalışmalarda her farklı NRT ürünü, sigarayı bırakmada aynı etkinliği göstermiştir. Hangi NRT ürününün tercih edileceğine hastanın durumuna, bağımlılık düzeyine ve hastanın hangisini tercih edeceğine göre birlikte karar verilmelidir. Transdermal nikotin bandı, diğer NRT ürünlerinden daha yüksek uyum oranları sağladığı için genellikle ilk tercihtir. Nikotin bantları nikotini nispeten sabit bir oranda verir, bu nedenle yoksunluk semptomlarını azaltmak için en uygun uygulama yollarıdır (58). Nikotin bandı ve nikotin sakızının kullanımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Nikotin Bandı ve Nikotin Sakızının Kullanımı (58)

Preparat	Kullanım	Tedavi süresi
Nikotin Sakızı	Fagerstrom puanı 6'dan az olanlar veya günde bir paketten az sigara içenler için 2 mg, Fagerstrom puanı 6 ve daha fazla olanlar veya günde bir paket ve daha fazla içenler için 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet Günde maksimum 24 adet
Nikotin Bandı	Fagerstrom puanı 6 ve daha fazla olanlar veya günde 15 ve daha fazla sigara içenler	1. Adım 25 mg ilk 8 hafta, 2. Adım 15 mg sonraki 2 hafta 3. Adım 10 mg sonraki 2 hafta
Nikotin Bandı	Fagerstrom puanı 6'dan daha az olanlar veya günde 15'ten daha az sigara içenler	2. Adım 15 mg ilk 8 hafta 3. Adım 10 mg sonraki 4 hafta

2.7.2 Bupropion

Bupropion, selektif dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörü olan antidepresanlar grubunda bulunan aynı zamanda yüksek afiniteli nikotinik asetil kolin antagonisti olup sigara bırakma dönemindeki yoksunluk semptomlarını hafifletici özelliği kanıtlanmış FDA onaylı hem depresyon hem de sigara bırakma tedavisinde kullanılan bir ilaçtır (59,60). Nikotin içermeyen sigara bırakmadaki etkinliği gösterilmiş ilk ilaçtır. Yapılan bir meta analizde bupropionun tek başına plaseboya kıyasla sigara bırakma başarısını yaklaşık 2 kat arttırdığı saptanmıştır (61).

Yapılan çalışmalarda depresyonu olan ve olmayan olgularda sigara bırakma etkinliği aynı bulunmuştur, dolayısıyla sigara bırakmadaki etkisi antidepresan özelliğinden bağımsızdır.

Bupropionun 150 mg' lık tabletleri bulunmaktadır. Sigarayı bırakmak isteyen erişkinler için 7 ila 12 hafta süreyle 300 mg/gün dozunda (günde iki kez) sürekli salınlı bupropion verilmesi önerilir. Tedaviye başlanırken ilk 3 gün tek tablet (150) mg alınması önerilir. Tedavi edici doz olan 300 mg'a 4. Günden sonra geçilmesi önerilir. NRT tedavilerinden farklı olarak sigara içilirken tedaviye başlanır. Hedef sigara bırakma tarihinin genellikle tedavinin 2. Haftası (8 ila 14. günler) olması önerilir. Sürekli tedavi gerektiren hastalarda bupropiona 6 aya kadar devam edilebilir. Bupropion nikotin bantları ile verilebilir. Karaciğer veya böbrek hastalığı olan hastalar azaltılmış dozlarda bupropion ile tedavi edilmelidir. Hedef sigara bırakma gününde başarılı olunamaması durumunda sigara bırakmanın tedavinin üçüncü veya dördüncü haftasına kadar ertelenebilir. İlaça başlanmasının 7. Haftasına rağmen olgu sigarayı bırakmaya yönelik bir gelişme göstermiyorsa başka tedavi yöntemlerine geçilmelidir (62,63).

Bupropion ile nikotin bandının farklı mekanizmalarla sigarayı bıraktırdığı için bu iki ürünün kombinasyonları ile daha yüksek oranda sigara bırakma başarısı elde edilebilmektedir. Bupropion ile nikotin bant kombinasyon tedavisi bu iki ürünün her birinin tek başına kullanılmasından daha etkili bulunmuştur (64,65). Bupropion ve vareniklin kombinasyonunun vareniklin ile kıyaslandığı bir klinik çalışmada 12. ve 26. haftalarda sigaradan uzak durma oranlarının kombinasyon tedavisinde daha yüksek iken 52. haftada anlamlı farklılık olmadığı gözlemlenmemiştir (65,66).

Bupropionun en yaygın görülen yan etkileri uykusuzluk, baş ağrısı ve ağız kuruluğudur. En korkulan yan etkisi ise nöbet eşiğini düşürmesidir. Bu nedenle nöbet geçirme öyküsü olanlar veya nöbet geçirme eşiğini düşüren ilaçlar/durumlar ile kullanılmamalıdır. Bupropionun kontrendike olduğu durumlar Tablo 7'de verilmiştir. Bupropion süte geçtiğinden anneler bupropion tedavisi alırken bebeklerini emzirmemelidir (63).

Tablo 7: Bupropionun kontrendike olduğu durumlar (59,60)

- Konvülziyon veya konvülziyon eřiđini dūřüren ilaē (alkol, nöroleptik) kullanımı
- Yeme bozuklukları (anoreksi nevroza, bulumia)
- SSS travma ve tümörü öyküsü
- MAO inhibitörü kullanımı
- Ağır hepatik siroz
- Kontrolsüz hipertansiyon
- Gebelik (kategori C), laktasyon
- 18 yaş altı sigara iēenler
- Bupropiona karşı aşırı duyarlılığı olanlar

SSS: Santral Sinir Sistemi, MAO: MonoAmin Oksidaz

2.7.3 Vareniklin

NRT ve bupropion dışında plaseboya göre sigara bırakma yönündeki etkinliği kanıtlanmış bir diğer ilaē vareniklidir. Vareniklin mezolimbik dopaminerjik sistemde dopamin salınımına aracılık eden $\alpha 4 \beta 2$ nikotinik kolinerjik reseptörlerinin parsiyel agonistidir. Vareniklin, $\alpha 4 \beta 2$ reseptörleri uyarak nikotinik agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar. Bu sayede kişi vareniklin kullanırken sigara iēerek nikotin alsa bile antagonist etki ile dopamin salınımında artış meydana gelmez ve sigaranın ödüllendirici etkilerini yaşamaz. Vareniklin agonist ve antagonist etkileriyle nikotin bağımlılığını azaltıp, yoksunluk semptomlarının oluşmasını önler (67).

Yapılan bir meta analizde vareniklinin etkinliğini altı ay ve daha uzun süreli sigara bırakmış olma için plasebodan 2.33, bupropiondan 1.52 ve NRT tedavilerinden 1.31 kat yüksek olduğu saptanmıştır (68).

Bupropion tedavisinde olduğu gibi vareniklin tedavisinde de kişi ilaē kullanırken sigara iēmeye devam edebilir. Olgunun 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda yedinci gün sigarayı bırakması amaçlanır Vareniklin kullanan olgular sigara iēmeye devam ederken tedaviye günde önce günde 0.5 mg üç gün, takiben dört-yedinci günler arası 0.5 mg sabah akşam, 8-14. günler arası 1 mg gün

dozu ile devam edilir. Tedavi 12 haftaya günde iki kez 1 mg dozu kullanılarak tamamlanır. İlacın ana yan etkisi hafif ve orta şiddette bulantı olmakla birlikte vareniklinin 12 haftadan uzun kullanıldığı 2 araştırmada ilacın iyi tolere edildiği ve uzun süreli kullanılabileceği saptanmıştır (67).

Vareniklin tedavisinin en sık yan etkisi bulantıdır. Diğer sık yan etkileri ise uykusuzluk, anormal düşler ve baş ağrısıdır. İlaç etkileşimi çok düşük olduğu için, polifarmasinin sık olduğu yaşlı hastalarda ve ek hastalıkları olanlarda da doz değiştirilmeden kullanılabilir. Gebelik kategorisi C'dir (69). Uykusuzluktan dolayı dikkat azalması ve görme bozukluğu yapabileceğinden uzun süre araç kullananlarda kullanılmamalıdır (67). FDA vareniklinin nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, ajitasyon, depresif durum, intihar eğilimi ve var olan psikiyatrik durumun kötüleşebileceğini bildirmiştir. Sigara bırakma için vareniklin başlanacak kişiler bu durumlar hakkında bilgilendirilmelidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1 ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma, 01.04.2023-30.04.2023 tarihleri arasında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmadır. Araştırmamız SBP'ne belirtilen tarihlerde başvuran hastaların başvuru anındaki ve 1 ay sonraki kontrol başvurularındaki verilerinin incelenmesi açısından prospektif ve bu hastaların gerek ilk başvurularında yüz yüze, gerek kontrol başvurularında yüz yüze veya telefon ile aranarak anket yoluyla verilerinin toplanmış olması açısından tanımlayıcı-kesitsel nitelikte bir çalışmadır.

Sigara Bırakma Polikliniğine sigara bırakmak için başvuran erişkin yaş bireylerden katılım kriterlerini karşılayan ve gönüllü olan hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek, gönüllü ve dahil edilme kriterlerine uygun kişilere tarafımızca literatür incelemesi sonucunda hazırlanan konu ile ilgili sosyodemografik özellikler ve kişisel bilgilerle ilgili sorular, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Sigarayı Bırakma Başarısını Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ) içeren toplam 30 soruluk anket uygulandı ve Bupropion tedavisi başlandı.

Bu bireyler bir ay sonra kontrol randevusuna geldiklerinde yine tarafımızca literatür taranarak kontrol hastaları için hazırlanmış toplam 6 sorudan oluşan 2. Anketimiz uygulandı ve bu şekilde tarafımızca Bupropion tedavisi başlanmış hastaların sigarayı bırakma oranı, bırakmasında/bırak(a)mamasında etkili olan faktörler ve bu tedavide görülen yan etkiler ve hasta geri dönüşleri değerlendirildi. Kontrol randevusuna gelemeyen hastalar tarafımızca telefon ile aranarak 2. anketteki sorular yöneltildi ve not alındı.

3.2 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Çalışmanın etik kurul onayı SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.02.2023 tarihinde KAEK/2023.02.70

numaralı kurul kararı ile alınmıştır (Ek-1). Etik onay alınmasının ardından 01.04.2023-30.04.2023 tarihleri arasındaki 1 aylık süreçte ilk kez başvuran hastalarda 1. Anket verilip bupropion başlanılıp bu hastalara ilaç başlanmasından 1 ay sonraki 01.05.2023-31.05.2023 tarihleri arasındaki süreçte kontrollerine gelenlere yüz yüze, gelmeyenlere telefon ile 2. Anket doldurtulmuştur.

3.3 ARAŞTIRMA GRUBU

SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniklerine 1 günde başvuran hasta sayısı yaklaşık 40 olup bunların yaklaşık %30 una Bupropion başlanmaktadır. Bu nedenle 1 ayda yaklaşık 264 hastaya Bupropion tedavisi başlandığı varsayılarak yaklaşık %10 kayıp ile 240 hastaya ulaşılması hedeflenerek çalışmaya başlandı. Hedeflenen sayıya ulaşıldığında çalışma sonlandırıldı.

SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine sigara bırakmak için başvuran erişkin kadın ve erkek bireylerin çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Çalışmaya katılmaya onam vermesi
2. Anketi doğru ve eksiksiz doldurması
3. 18 yaşından büyük olması (çalışmada kullanılan bupropion için uygun olma kriteri)
4. Gebe/Emziren olmaması (çalışmada kullanılan bupropion için uygun olma kriteri)
5. Poliklinikte yapılan değerlendirme sonucu hastaya Bupropion tedavisi planlanmış olması

Dışlama Kriterleri:

1. Çalışmaya katılmaya onam vermemiş olmak
2. Bupropion tedavisi başlanmayan hastalar

3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE KULLANILAN ÖLÇEKLER

Araştırmaya tez konusu onayı ve etik kurul onayı sonrası 01.04.2023 ile 31.04.2023 tarihleri arasında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği SBP' ne sigara bırakmak için başvuran erişkin yaş bireylerden katılım kriterlerini karşılayan ve gönüllü olan hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek, gönüllü ve dahil edilme kriterlerine uygun kişilere tarafımızca literatür incelemesi sonucunda hazırlanan ve konu ile ilgili sosyodemografik bilgileri, kronik hastalıkları ve düzenli kullandığı ilaçları, sigarayı kaç yıldır kullandığı, alkol kullanıp kullanmadığı, sigara kullanımına bağlı sağlık sorunları olup olmadığı ve sigarayı neden bırakmak istediğini sorgulayan tarafımızca hazırlanan toplam 30 sorulu ve 2 ölçekli(Sigarayı Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi) anket uygulandı ve Bupropion tedavisi başlandı.

Bu hastalar daha sonra kontrol randevusuna geldiklerinde yine tarafımızca literatür taranarak kontrol hastaları için hazırlanmış 6 sorudan oluşan 2. anket uygulandı ve bu şekilde tarafımızca Bupropion tedavisi başlanmış hastaların sigarayı bırakma oranı, bırakmasında/bırak(a)mamasında etkili olan faktörler ve bu tedavide görülen yan etkiler ve hasta geri dönüşleri değerlendirildi.

3.4.1 Kullanılan Ölçekler

3.4.1.1 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi: Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi (FNBT) altı soruluk bir ankettir ve nikotin bağımlılığının belirlenmesinde en yaygın kullanılan testtir. Bu test 1991 yılında Heatherton ve ark. tarafından oluşturulmuş, Uysal ve ark. tarafından 2004 yılında Türkçeye uyarlanıp geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Kısa ve pratik uygulanabilirliği nedeniyle bilimsel araştırmalarda sıkça kullanılmaktadır. Sorulara verilen yanıtlara göre; 0-2 puan çok az bağımlılık, 3-4 puan az bağımlılık, 5 puan orta derece bağımlılık, 6-7 puan yüksek bağımlılık ve 8- 10 puan ise çok yüksek bağımlılık belirtisi olarak değerlendirilir.

3.4.1.2 Sigarayı Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği: Sigara bırakma potansiyelinin derecesi hakkında fikir edinmeyi sağlayan bu ölçek 2018 yılında

Aydemir Y. ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 5' li likert tipi olup 10 maddedir. Katılımcılardan ölçeğe ‘‘çok az’’, ‘‘az’’, ‘‘orta’’, ‘‘biraz çok’’ ve ‘‘çok’’ şeklinde cevaplanan sorulara kendileri için en uygun cevabı işaretlemeleri beklenmektedir. Öleekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Öleek puanının artması sigara bırakma başarısının yüksek olacağını gösterir. Öleegin ‘‘Kararlılık ve Hazır Oluş’’ ve ‘‘Sağlık Algısı ve Uygun Çevre’’ olarak iki alt boyutu vardır.

3.5 VERİLERİN TOPLANMASI

Anketlerin uygulandığı katılımcılar gönüllülük esas alınarak araştırmaya dahil edilmiştir. Hastaların Sigara Bırakma Polikliniklerine ilk başvurusunda verilen anket yüz yüze görüşme yöntemiyle, hasta mahremiyetine uygun koşullarda, Sigara Bırakma Polikliniğı hasta muayene odasında görevli hekimler tarafından toplanmıştır. Hastalardan 1 ay sonraki kontrollerine gelenlere ikinci anket yüz yüze, gelemeyen hastalara iletişim numaralarından ulaşarak telefon görüşmeleri yapılmış, ulaşılabilen ve Bupropionu kullanmış olan hastalara ikinci anketteki sorular sorularak veriler toplanmıştır. Her muayenede hasta ile motivasyonel görüşme yapılmıştır.

3.6 VERİLERİN ANALİZİ

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tablolarda sürekli değişkenler Ort±SS olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler sayı (N) ve yüzde (%) halinde sunulmuştur.

Çalışmanın sürekli verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, hem örneklem sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı (Tabachnick ve Fidell, 2001) hem de Skewness ve Kurtosis değerlerinin standart hatalarına bölümlerinden elde edilen değerlerin ± 3,29 eşik değer aralığında olmasından dolayı normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Mayers, 2013). Öleek alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için parametrik testlerden pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Öleek toplam ve alt boyut puanları ile katılımcıların sosyodemografik ve çeşitli verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 2 gruplu değişkenler için

parametrik testlerden Independent Samples t testi ve 3 ve üzeri gruba sahip değişkenler için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testlerinden sidak testi tercih edilmiştir. $p<0.05$ istatistike anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 8: Katılımcılara ait Demografik ve Çeşitli Özelliklerin Frekans Dağılımı (n=240)

Değişkenler	n veya Medyan (Min- Maks)	% veya Ort.±SS
Yaş (yıl)	39,0 (18,0-66,0)	39,53±10,72
Yaş Grup		
18-45 yaş	162	67,5
45 yaş üstü	78	32,5
Cinsiyet		
Erkek	158	65,8
Kadın	82	34,2
Medeni durum		
Evli	174	72,5
Bekâr/Boşanmış/dul	66	27,5
Çocuk sayısı		
2 çocuk	85	35,4
Çocuk yok	68	28,3
3 çocuk	36	15,0
1 çocuk	29	12,1
4 ve üzeri çocuk	22	9,2
Eğitim durumu		
Lise	80	33,3
İlkokul	64	26,7
Lisans ve üstü	60	25,0
Ortaokul	36	15,0
Meslek		
İşçi	91	37,9

Serbest meslek	53	22,1
Ev hanımı	43	17,9
Çalışmıyor	20	8,3
Emekli	18	7,5
Memur	15	6,3

Kronik hastalık var mı?

Hayır	160	66,7
Evet	80	33,3

Kronik hastalık çeşitleri*

Akciğer hastalıkları	26	30,6
Kardiyovasküler hastalık	21	24,7
Hipertansiyon	21	24,7
Diğer	19	22,4
Diyabetes Mellitus	18	21,2
Tiroit hastalıkları	12	14,1
Nörolojik hastalık	6	7,1
Psikiyatrik hastalıklar	5	5,9
Kanser	2	2,4
Toplam	130	152,9

Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

Hayır	167	69,6
Evet	73	30,4

Alkol kullanıyor musunuz?

Hayır	174	72,5
Evet	66	27,5

n=Sayı, %=Yüzde, Medyan=Ortanca, Min=minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, *Cevaplar çok yanıt olduğunda n sayısı örneklem hacmini geçmiştir.

Tablo 8’de katılımcıların demografik verilerine ve çeşitli değişkenlerine ilişkin frekans analizi sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucunda katılımcıların minimum yaşı 18, maksimum yaşı 66 medyan yaş 39’dur ortalama yaş ise 39,53 (SS=10,72)’dir. Katılımcıların demografik değişkenleri incelendiğinde, %67,5’i (n=162) 18-45 yaş

arasında olduğu, 65,8'inin (n=158) erkek olduğu, %72,5'inin (n=174) evli olduğu, %35,4'ünün (n=85) 2 çocuğu olduğu, %33,3'ünün (n=80) lise mezunu olduğu, %37,9'unun (n=91) işçi olduğu, %66,7'sinin (n=160) kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %69,6'sının (n=167) düzenli olarak kullandığı ilaç kullanmadığı ve %72,5'inin (n=174) alkol kullanmadığı saptanmıştır.

Kronik hastalığı olan katılımcıların kronik hastalık çeşitleri incelendiğinde, sırasıyla en çok; %30,6'sı akciğer hastalıkları, %24,7'si kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon, %22,4'ü diğer kronik hastalıklara sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların Sigara Kullanım Özelliklerinin Frekans Dağılımı (n=240)

Değişkenler	n veya Medyan (Min- Maks)	% veya Ort.±SS
Sigarayı kaç yıldır kullanıyorsunuz?	20,0 (2,0-50,0)	21,21±10,38
Sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşıyor musunuz?		
Evet	171	71,3
Hayır	69	28,7
Sigaraya bağlı hangi sağlık sorunları yaşıyorsunuz?*		
Öksürük ve balgam.	162	76,1
Nefes darlığı	138	64,8
Yürürken zorlanma	138	64,8
Yürürken bacaklarda ağrı.	57	26,8
Uyku bozuklukları	35	16,4
Ses sorunları	32	15,0
Cilt sorunları	31	14,6
Mide bağırsak sorunları	29	13,6
Nörolojik veya psikiyatrik sorunlar.	11	5,2
Kalp hastalığı	9	4,2
Kalp krizi geçirme	9	4,2
Diğer	3	1,4

Toplam	654	307,0
Sigara bırakmayı neden istiyorsunuz?*		
İleride hastalanma endişesi	158	67,5
Aileme kötü örnek olmamak için	91	38,9
Kokusundan rahatsız oluyorum	80	34,2
Aileme zarar veriyor	76	32,5
Ekonomik nedenler	65	27,8
Hastalığım nedeniyle	60	25,6
Doktor önerisi	26	11,1
İnançlarımdan dolayı	25	10,7
Toplum baskısı	12	5,1
İşyeri baskısı	1	0,4
Toplam	594	253,8

n=Sayı, %=Yüzde, Medyan=Ortanca,
Min=minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama,
SS=Standart sapma, *Cevaplar çok yanıt
olduğunda n sayısı örneklem hacmini geçmiştir.

Tablo 9’da katılımcılara sigara ve sigara bırakmaya yönelik sorulara verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların minimum sigara içtiği yıl sayısı 2, maksimum sigara içtiği yıl sayısı 50 medyan yaş 20’dir. ortalama sigara içtiği yıl sayısı ise 21,21 (SS=10,38)’dir. Katılımcıların %71,3’ünün (n=171) sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşadığı belirlenmiştir.

Sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşayanların sağlık sorunları incelendiğinde, sırasıyla en çok; %76,1’inin (n=162) öksürük ve balgam, %64,8’inin (n=138) nefes darlığı ve yürürken zorlanma, %26,8’inin (n=57) yürürken bacaklarda ağrısı olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların “Sigarayı bırakmayı neden istiyorsunuz?” Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, sırasıyla en çok; %67,5’inin (n=158) ileride hastalanma endişesi, %38,9’unun (n=91) aileme kötü örnek olmamak için, %34,2’sinin (n=80) kokusundan rahatsız oluyorum ve %32,5’inin (n=76) aileme zarar veriyor yanıtlarını verdiği belirlenmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların Bupropion Tedavisi Sonrası Özelliklerinin Frekans Dağılımı (n=240)

Değişkenler	n veya Medyan (Min- Maks)	% veya Ort.±SS
Bupropion tedavisinden memnun kaldınız mı?		
Çok memnunum	79	32,9
Memnunum	79	32,9
Kararsızım	38	15,8
Memnun değilim	34	14,2
Hiç memnun değilim	10	4,2
Sigarayı kullanmayı bırakabildiniz mi?		
Bırakamadım ama azalttım	101	42,1
Evet	98	40,8
Hayır	41	17,1
Bupropion tedavisinden herhangi bir yan etki gördünüz mü?		
Hayır	125	52,1
Evet	115	47,9
Eğer yan etki gördüyseniz ne gibi bir yan etki gördünüz?*		
Uykusuzluk	64	54,7
Bulantı	33	28,2
Sinirlilik/Endişe hali	28	23,9
Baş ağrısı	22	18,8
Diğer	16	13,7
Anormal rüyalar	11	9,4
Kabızlık	8	6,8
Karın ağrısı	7	6,0

Baş dönmesi	7	6,0
Alerji/döküntü	5	4,3
Çarpıntı	4	3,4
Halsizlik	3	2,6
Uyku	2	1,7
Unutkanlık	1	0,9
Hipertansiyon	1	0,9
Sersemlik hissi	1	0,9
Psikolojik duyarlılık	1	0,9
Toplam	214	182,9

Bupropion tedavisine devam etmeyi düşünüyor musunuz?

Evet	168	70,0
Hayır	72	30,0

Eğer bupropion tedavisi ile sigarayı bırakamadıysanız lütfen sebebinizi yazın.*

Kendimi hazır hissetmiyorum.	52	37,4
Yan etkiler nedeniyle bupropion tedavisini bıraktım.	40	28,8
Bupropion tedavisinin etkisiz olduğunu düşünüyorum.	27	19,4
Aile veya iş hayatımda sorun yaşıyorum.	18	12,9
Diğer	11	7,9
Toplam	148	106,5

n=Sayı, %=Yüzde, Medyan=Ortanca, Min=minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, *Cevaplar çok yanıt olduğunda n sayısı örneklem hacmini geçmiştir.

Tablo 10'da katılımcıların %32,9'unun (n=79) bupropion tedavisinden memnun veya çok memnun olduğu, %42,1'inin (n=101) bupropion tedavisi sonrası

sigarayı bırakmadığı ama azalttığı, %52,1'inin (n=125) bupropion tedavisi sonrası herhangi bir yan etki görmediği belirlenmiştir.

Katılımcılardan bupropion tedavisi sonrası yan etki görenlerin, sırasıyla en çok; %54,7'sinin (n=64) uykusuzluk, %28,2'sinin (n=33) bulantı, %23,9'unun (n=28) Sinirlilik/Endişe hali ve %18,8'inin (n=22) baş ağrısı gibi yan etkiler gördüğü belirlenmiştir.

Katılımcıların %70,0'ının (n=168) bupropion tedavisine devam etmeyi düşündüğü belirlenmiştir.

Katılımcılardan bupropion tedavisi ile sigarayı bırakamayanların nedenleri incelendiğinde, sırasıyla en çok; % 37,4'ünün (n=52) kendisini hazır hissetmediği, %28,8'inin (n=40) yan etkileri nedeniyle tedaviyi bıraktığı, %19,4'ünün (n=27) Bupropion tedavisinin etkisiz olduğunu düşündüğü ve 12,9'unun (n=18) aile veya iş hayatında sorun yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 11: “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?				
Değişkenler	Evet (n=98)	Azalttım (n=101)	Hayır (n=41)	P
Yaş Grup, n(%)				
18-45 yaş	71 (72,4)	64 (63,4)	27 (65,9)	0.381
45 yaş üstü	27 (27,6)	37 (36,6)	14 (34,1)	
Cinsiyet, n(%)				
Kadın	34 (34,7)	29 (28,7)	19 (46,3)	0.132
Erkek	64 (65,3)	72 (71,3)	22 (53,7)	
Medeni durum, n(%)				
Evli	69 (70,4)	76 (75,2)	29 (70,7)	0.718
Bekâr/Boşanmış/dul	29 (29,6)	25 (24,8)	12 (29,3)	
Çocuk sayısı, n(%)				
Çocuk yok	28 (28,6)	27 (26,7)	13 (31,7)	0.953

1 çocuk	11 (11,2)	12 (11,9)	6 (14,6)	
2 çocuk	35 (35,7)	38 (37,6)	12 (29,3)	
3 çocuk	14 (14,3)	17 (16,8)	5 (12,2)	
4 ve üzeri çocuk	10 (10,2)	7 (6,9)	5 (12,2)	
Eğitim durumu, n(%)				
İlkokul	28 (28,6)	25 (24,8)	11 (26,8)	
Ortaokul	7 (7,1)	21 (20,8)	8 (19,5)	0.161
Lise	39 (39,8)	29 (28,7)	12 (29,3)	
Lisans ve üstü	24 (24,5)	26 (25,7)	10 (24,4)	
Meslek, n(%)				
Çalışmıyor	7 (7,1)	6 (5,9)	7 (17,1)	
Serbest meslek	15 (15,3)	31 (30,7)	7 (17,1)	
Ev hanımı	20 (20,4)	14 (13,9)	9 (22)	0.089
Emekli	6 (6,1)	10 (9,9)	2 (4,9)	
İşçi	43 (43,9)	33 (32,7)	15 (36,6)	
Memur	7 (7,1)	7 (6,9)	1 (2,4)	
Kronik hastalık, n(%)				
Evet	31 (31,6)	32 (31,7)	17 (41,5)	0.479
Hayır	67 (68,4)	69 (68,3)	24 (58,5)	
Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı? , n(%)				
Evet	27 (27,6)	31 (30,7)	15 (36,6)	0.571
Hayır	71 (72,4)	70 (69,3)	26 (63,4)	
Alkol kullanıyor musunuz? , n(%)				
Evet	30 (30,6)	23 (22,8)	13 (31,7)	0.373
Hayır	68 (69,4)	78 (77,2)	28 (68,3)	
Sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşıyor musunuz?, n(%)				
Evet	66 (67,3)	76 (75,2)	29 (70,7)	0.467

Hayır	32 (32,7)	25 (24,8)	12 (29,3)	
Sigaraya bağlı sağlık sorunu sayısı, n(%)				
Sağlık sorunu yok	11 (11,3)	11 (10,9)	3 (7,3)	
1 sağlık sorunu	20 (20,6)	17 (16,8)	10 (24,4)	
2 sağlık sorunu	21 (21,6)	16 (15,8)	10 (24,4)	0.741
3 sağlık sorunu	18 (18,6)	28 (27,7)	9 (22)	
4 ve üstü sağlık sorunu	27 (27,8)	29 (28,7)	9 (22)	

Chi square test, $p < 0.05$

Tablo 11’de görüldüğü gibi “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu ile herhangi bir değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 12: “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu ile “Sigara bırakmayı neden istiyorsunuz?” Sorusunun Karşılaştırılması

Değişkenler	Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?			P
	Evet (n=98)	Azalttım (n=101)	Hayır (n=41)	
Sigara bırakmayı neden istiyorsunuz?				
Hastalığım nedeniyle				
Hayır	74 (75,5)	79 (78,2)	27 (65,9)	0.301 ^a
Evet	24 (24,5)	22 (21,8)	14 (34,1)	
Kokusundan rahatsız oluyorum				
Hayır	68 (69,4)	62 (61,4)	30 (73,2)	0.305 ^a
Evet	30 (30,6)	39 (38,6)	11 (26,8)	
İnançlarımdan dolayı				
Hayır	83 (84,7)	95 (94,1)	37 (90,2)	0.095 ^a
Evet	15 (15,3)	6 (5,9)	4 (9,8)	
İleride hastalanma endişesi				

Hayır	30 (30,6)	35 (34,7)	17 (41,5)	0.465 ^a
Evet	68 (69,4)	66 (65,3)	24 (58,5)	
Aileme kötü örnek olmamak için				
Hayır	59 (60,2)	60 (59,4)	30 (73,2)	0.273 ^a
Evet	39 (39,8)	41 (40,6)	11 (26,8)	
Aileme zarar veriyor				
Hayır	62 (63,3)	69 (68,3)	33 (80,5)	0.138 ^a
Evet	36 (36,7)	32 (31,7)	8 (19,5)	
Ekonomik nedenler				
Hayır	69 (70,4)	78 (77,2)	28 (68,3)	0.426 ^a
Evet	29 (29,6)	23 (22,8)	13 (31,7)	
Toplum baskısı				
Hayır	94 (95,9)	97 (96)	37 (90,2)	0.305 ^b
Evet	4 (4,1)	4 (4)	4 (9,8)	
İşyeri baskısı				
Hayır	98 (100)	100 (99)	41 (100)	1.000 ^b
Evet	0 (0)	1 (1)	0 (0)	
Doktor önerisi				
Hayır	90 (91,8)	90 (89,1)	34 (82,9)	0.305 ^a
Evet	8 (8,2)	11 (10,9)	7 (17,1)	

a=Pearson Chi square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 12’de görüldüğü gibi “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu ile “Sigara bırakmayı neden istiyorsunuz?” Sorusunun karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu ile “Sigara bırakmayı neden istiyorsunuz?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 13: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Sigarayı Bırakma Başarısını Öngörü Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Değişkenler	n	Min.	Maks.	Ort.	SS
Fagerström Nikotin bağımlılık testi toplam puanı	240	,00	10,00	6,77	2,55
SBBÖÖ Toplam	240	20,00	50,00	44,04	4,52
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	240	7,00	20,00	18,64	1,92
SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır oluş	240	13,00	30,00	25,40	3,27

n=Sayı, %=Frekans, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, SBBÖÖ= Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği

Tablo 13'te görüldüğü üzere katılımcıların FNBT total skor ortalaması $6,77 \pm 2,55$ 'tir. SBBÖÖ total skor ortalaması $44,04 \pm 4,52$ iken Sağlık Algısı ve Uygun Çevre alt boyut ortalaması $18,64 \pm 1,92$, Kararlılık ve Hazır Oluş alt boyut ortalaması $25,40 \pm 3,27$ 'dir.

Tablo 14: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanları ve Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları (n=240)

		1	2	3	4	5	6
1-Yaş (yıl)	r	1					
	p						
2-Sigarayı kaç yıldır kullanıyorsunuz?	r	,879**	1				
	p	<0.001					
3-Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam	r	0,057	,142*	1			
	p	0,383	0,028				
			-				
4-SBBÖÖ Toplam	r	-0,021	0,042	0,015	1		
	p	0,751	0,522	0,817			
			-				
5-SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	r	-0,054	0,095	0,017	,771**	1	
					<0.00		
	p	0,401	0,143	0,793	1		

6-SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır oluş	r	0,004	0,002	0,011	,927**	,477**	1
					<0.00	<0.00	
	p	0,956	0,98	0,869	1	1	

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), SBBÖÖ= Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği

Tablo 14’te görüldüğü gibi ölçek toplam ve alt boyut puanları ve yaş değişkeni arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “Sigarayı kaç yıldır kullanıyorsunuz?” Sorusu ile Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,142 p=0.028).

Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam puanı ile SBBÖÖ toplam (r=0,015 p=0.817), SBBÖ alt boyutlarından “Sağlık algısı ve uygun çevre” puanı (r=0,017 p=0.793) ve “Kararlılık ve hazır oluş” puanı (r=0,011 p=0.869) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 15: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ort±SS	t	p
Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam	18-45 yaş 162	6,68±2,41	-	0.383
	45 yaş üstü 78	6,99±2,85	0,874	
SBBÖÖ Toplam	18-45 yaş 162	44,08±4,41	0,169	0.866
	45 yaş üstü 78	43,97±4,78		
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	18-45 yaş 162	18,72±1,88	0,933	0.352
	45 yaş üstü 78	18,47±2,02		
SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır oluş	18-45 yaş 162	25,36±3,21	-	0.754
	45 yaş üstü 78	25,50±3,43	0,314	

Independent Samples test, p<0.05

Tablo 15’te ölçek toplam ve alt boyut puanlarının yaş grupları açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 16: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam	Kadın	82	6,80±2,71	0,112	0.911
	Erkek	158	6,77±2,48		
SBBÖÖ Toplam	Kadın	82	43,27±4,37	-	0.055
	Erkek	158	44,45±4,57	1,928	
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	Kadın	82	18,52±1,74	-	0.498
	Erkek	158	18,70±2,02	0,679	
SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır oluş	Kadın	82	24,74±3,4	-	0.024
	Erkek	158	25,75±3,17	2,267	

Independent Samples test, p<0.05

Tablo 16’da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre SBBÖÖ alt boyutlarından “Kararlılık ve hazır oluş” puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,267 p=0.024). Erkeklerin kadınlara kıyasla “Kararlılık ve hazır oluş” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 17: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam	Evli	174	6,74±2,71	-	0.669
	Bekâr/Boşanmış/Dul	66	6,89±2,48	0,428	
SBBÖÖ Toplam	Evli	174	43,98±4,37	-	0.727
	Bekâr/Boşanmış/Dul	66	44,21±4,57	0,350	
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	Evli	174	18,6±1,74	-	0.619
	Bekâr/Boşanmış/Dul	66	18,74±2,02	0,498	
SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır oluş	Evli	174	25,38±3,4	-	0.849
	Bekâr/Boşanmış/Dul	66	25,47±3,17	0,190	

Independent Samples test, p<0.05

Tablo 17’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının medeni durum açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek

toplam ve alt boyut puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 18: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Kaç Çocuğunuz var?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam	1)çocuk yok	68	6,56±2,59	0,823	0.512	-
	2)1 çocuk	29	7,00±2,17			
	3)2 çocuk	85	6,58±2,66			
	4)3 çocuk	36	7,08±2,66			
	5)4 ve üzeri çocuk	22	7,45±2,39			
SBBÖÖ Toplam	1)çocuk yok	68	43,72±5,10	1,442	0.221	-
	2)1 çocuk	29	45,10±3,26			
	3)2 çocuk	85	43,42±4,64			
	4)3 çocuk	36	44,47±3,83			
	5)4 ve üzeri çocuk	22	45,36±4,47			
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	1)çocuk yok	68	18,51±2,40	1,343	0.255	-
	2)1 çocuk	29	19,24±1,30			
	3)2 çocuk	85	18,40±1,85			
	4)3 çocuk	36	18,94±1,62			
	5)4 ve üzeri çocuk	22	18,68±1,62			
SBBÖÖ- Kararlılık ve hazır oluş	1)çocuk yok	68	25,21±3,47	1,345	0.254	-
	2)1 çocuk	29	25,86±2,47			
	3)2 çocuk	85	25,02±3,47			
	4)3 çocuk	36	25,53±2,90			
	5)4 ve üzeri çocuk	22	26,68±3,29			

One Way ANOVA test, $p<0.05$

Tablo 18’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının çocuk sayısı açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 19: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam	1)İlkokul	64	6,77±2,82	0,328	0.805	-
	2)Ortaokul	36	6,67±2,68			
	3)Lise	80	6,64±2,42			
	4)Lisans ve üstü	60	7,05±2,40			
SBBÖÖ Toplam	1)İlkokul	64	44,42±4,18	0,894	0.445	-
	2)Ortaokul	36	42,94±5,18			
	3)Lise	80	44,21±5,07			
	4)Lisans ve üstü	60	44,08±3,62			
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	1)İlkokul	64	18,55±1,83	1,513	0.212	-
	2)Ortaokul	36	18,08±2,06			
	3)Lise	80	18,81±2,24			
	4)Lisans ve üstü	60	18,85±1,40			
SBBÖÖ- Kararlılık ve hazır oluş	1)İlkokul	64	25,88±3,04	0,821	0.483	-
	2)Ortaokul	36	24,86±4,05			
	3)Lise	80	25,40±3,35			
	4)Lisans ve üstü	60	25,23±2,91			

One Way ANOVA test, $p < 0.05$

Tablo 19’da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının eğitim durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 20: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Meslek Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
-------------	--	---	--------	---	---	----------

Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam	1)Çalışmıyor	20	7,00±2,83	1,705	0.134	-
	2)Serbest Meslek	53	6,40±3,02			
	3)Ev Hanımı	43	7,19±2,43			
	4)Emekli	18	7,67±2,25			
	5)İşçi	91	6,43±2,37			
	6)Memur	15	7,73±1,67			
SBBÖÖ Toplam	1)Çalışmıyor	20	43,85±6,99	1,565	0.171	-
	2)Serbest Meslek	53	43,11±4,82			
	3)Ev Hanımı	43	43,28±4,03			
	4)Emekli	18	44,67±4,60			
	5)İşçi	91	44,96±3,86			
	6)Memur	15	43,53±3,94			
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	1)Çalışmıyor	20	18,05±3,28	0,646	0.665	-
	2)Serbest Meslek	53	18,58±1,96			
	3)Ev Hanımı	43	18,49±1,71			
	4)Emekli	18	18,89±1,57			
	5)İşçi	91	18,79±1,75			
	6)Memur	15	18,87±1,46			
SBBÖÖ- Kararlılık ve hazır oluş	1)Çalışmıyor	20	25,8±4,05	2,359	0.041	-
	2)Serbest Meslek	53	24,53±3,46			
	3)Ev Hanımı	43	24,79±3,11			
	4)Emekli	18	25,78±3,32			
	5)İşçi	91	26,16±2,94			
	6)Memur	15	24,67±3,20			

One Way ANOVA test, p<0.05

Tablo 20’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının meslek açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre SBÖÖ alt boyutlarından “Kararlılık ve hazır oluş” puanı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=2,359 p=0.041). Mesleği işçi olanların diğer gruplara kıyasla “Kararlılık ve hazır oluş” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 21: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Kronik Hastalık Varlığı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
Fagerström nikotin	Evet	80	6,74±2,92	-	0.859
bağımlılık testi toplam	Hayır	160	6,80±2,36	0,178	
SBBÖÖ Toplam	Evet	80	43,49±4,38	-	0.177
	Hayır	160	44,33±4,58	1,354	
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	Evet	80	18,48±1,97	-	0.344
	Hayır	160	18,73±1,91	0,947	
SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır oluş	Evet	80	25,01±3,31	-	0.191
	Hayır	160	25,6±3,26	1,310	

Independent Samples test, p<0.05

Tablo 21’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının kronik hastalık varlığı açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 22: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
Fagerström nikotin	Evet	73	6,93±2,69	0,610	0.543
bağımlılık testi toplam	Hayır	167	6,71±2,50		
SBBÖÖ Toplam	Evet	73	43,66±4,64	-	0.388
	Hayır	167	44,22±4,48	0,878	
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	Evet	73	18,59±1,94	-	0.780
	Hayır	167	18,66±1,93	0,279	
SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır oluş	Evet	73	25,07±3,47	-	0.295
	Hayır	167	25,55±3,19	1,049	

Independent Samples test, p<0.05

Tablo 22’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?” Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile

“Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 23: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Alkol Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
Fagerström nikotin	Evet	66	7,11±2,69	1,222	0.223
bağımlılık testi toplam	Hayır	174	6,66±2,50		
SBBÖÖ Toplam	Evet	66	44,83±4,64	1,666	0.097
	Hayır	174	43,75±4,48		
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	Evet	66	19,05±1,94	2,012	0.045
	Hayır	174	18,49±1,93		
SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır oluş	Evet	66	25,79±3,47	1,117	0.265
	Hayır	174	25,26±3,19		
Independent Samples test, p<0.05					

Tablo 23'te ölçek toplam ve alt boyut puanlarının alkol kullanımı açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre SBBÖÖ alt boyutlarından “Sağlık algısı ve uygun çevre” puanı ile alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,012 p=0.045). Alkol kullananların kullanmayanlara kıyasla “Sağlık algısı ve uygun çevre” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 24: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşıyor musunuz?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
Fagerström nikotin	Evet	171	6,95±2,49	1,667	0.097
bağımlılık testi toplam	Hayır	69	6,35±2,67		
SBBÖÖ Toplam	Evet	171	44,35±4,16	1,650	0.100
	Hayır	69	43,29±5,28		
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	Evet	171	18,78±1,75	1,730	0.139
	Hayır	69	18,30±2,28		
	Evet	171	25,57±3,13	1,258	0.210

SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır oluş	Hayır	69	24,99±3,60
---------------------------------------	-------	----	------------

Independent Samples test, $p<0.05$

Tablo 24’te ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “Sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşıyor musunuz?” Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile “Sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşıyor musunuz?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 25: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Bupropion tedavisinden memnun kaldınız mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Değişkenler	n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam	1)Hiç memnun değilim	10	8,10±1,73	3,783	0.005	2>5
	2)Memnun değilim	34	7,68±2,00			
	3)Kararsızım	38	7,42±2,24			
	4)Memnunum	79	6,52±2,47			
	5)Çok memnunum	79	6,18±2,88			
SBBÖÖ Toplam	1)Hiç memnun değilim	10	42,60±9,12	1,670	0.158	-
	2)Memnun değilim	34	43,62±4,39			
	3)Kararsızım	38	43,87±3,50			
	4)Memnunum	79	43,48±4,79			
	5)Çok memnunum	79	45,06±3,81			
SBBÖÖ- Sağlık algısı ve uygun çevre	1)Hiç memnun değilim	10	18,30±4,03	0,649	0.628	-
	2)Memnun değilim	34	18,41±1,99			
	3)Kararsızım	38	18,68±1,77			
	4)Memnunum	79	18,51±1,74			
	5)Çok memnunum	79	18,90±1,79			

SBBÖÖ- Kararlılık ve hazır oluş	1)Hiç memnun değilim	10	24,30±5,54	1,781	0.133	-
	2)Memnun değilim	34	25,21±3,25			
	3)Kararsızım	38	25,18±2,74			
	4)Memnunum	79	24,97±3,67			
	5)Çok memnunum	79	26,16±2,64			

One Way ANOVA test, $p<0.05$

Tablo 25’te ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “Bupropion tedavisinden memnun kaldınız mı?” Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam puanı ile “Bupropion tedavisinden memnun kaldınız mı?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3,783$ $p=0.005$). Bupropion tedavisinden hiç memnun değilim diyenlerin diğer gruplara kıyasla Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucunda Bupropion tedavisinden memnun değilim diyenler ile çok memnunum diyenler arasında ($p=0.037$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 26: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam	1)Evet	98	5,94±2,64	10,136	<0.001	1<2 1<3
	2)Bırakmadım ama azalttım	101	7,23±2,37			
	3)Hayır	41	7,68±2,25			
SBBÖÖ Toplam	1)Evet	98	45,24±3,98	6,678	0.002	1<2 1<3
	2)Bırakmadım ama azalttım	101	43,48±4,3			
	3)Hayır	41	42,59±5,59			
SBBÖÖ- Sağlık algısı	1)Evet	98	18,82±1,74	0,687	0.504	-
	2)Bırakmadım ama azalttım	101	18,53±1,91			

ve uygun çevre	3)Hayır	41	18,49±2,37			
SBBÖÖ- Kararlılık ve hazır oluş	1)Evet	98	26,43±2,76			
	2)Bırakmadım ama azalttım	101	24,94±3,25	9,706	<0.001	1<2 1<3
	3)Hayır	41	24,1±3,81			
One Way ANOVA test, p<0.05						

Tablo 26’da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam puanı ile “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=10,136$ $p<0.001$). Sigarayı bırakmadım diyenlerin diğer gruplara kıyasla Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak post-Hoc analizi sonucuna göre sigarayı bırakanlar ile bırakmadım ama azalttım diyenler arasında ($p=0.001$) ve sigarayı bıraktım diyenler ile sigarayı bırakmadım diyenler arasında ($p=0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SBBÖÖ toplam puanı ile “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=6,678$ $p=0.002$). Sigarayı bıraktım diyenleri diğer gruplara kıyasla SBBÖÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak post-Hoc analizi sonucuna göre sigarayı bırakanlar ile bırakmadım ama azalttım diyenler arasında ($p=0.015$) ve sigarayı bıraktım diyenler ile sigarayı bırakmadım diyenler arasında ($p=0.004$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SBBÖÖ alt boyutlarından “Kararlılık ve hazır oluş” puanı ile “Sigara kullanmayı bırakabildiniz mi?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=9,706$ $p<0.001$). Sigarayı bıraktım diyenleri diğer gruplara kıyasla “Kararlılık ve hazır oluş” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak post-Hoc analizi sonucuna göre sigarayı bırakanlar ile bırakmadım ama azalttım diyenler arasında ($p=0.003$) ve sigarayı bıraktım diyenler ile sigarayı bırakmadım diyenler arasında ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 27: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Bupropion tedavisinden herhangi bir yan etki gördünüz mü?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
Fagerström nikotin	Evet	115	6,72±2,58	-	0.739
bağımlılık testi toplam	Hayır	125	6,83±2,54	0,333	
SBBÖÖ Toplam	Evet	115	43,32±4,92	-	0.017
	Hayır	125	44,71±4,04	2,401	
SBBÖÖ-Sağlık algısı ve uygun çevre	Evet	115	18,42±2,19	-	0.084
	Hayır	125	18,85±1,63	1,737	
SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır oluş	Evet	115	24,90±3,50	-	0.024
	Hayır	125	25,86±3,00	2,270	
Independent Samples test, p<0.05					

Tablo 27’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “Bupropion tedavisinden herhangi bir yan etki gördünüz mü?” Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre SBBÖÖ toplam puanı ile “Bupropion tedavisinden herhangi bir yan etki gördünüz mü?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=-2,401 p=0.017). Bupropion tedavisinden herhangi bir yan etki görmeyenlerin yan etki görenlere kıyasla SBBÖÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

SBBÖÖ alt boyutlarından “Kararlılık ve hazır oluş” puanı ile “Bupropion tedavisinden herhangi bir yan etki gördünüz mü?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=-2,270 p=0.024). Bupropion tedavisinden herhangi bir yan etki görmeyenlerin yan etki görenlere kıyasla “Kararlılık ve hazır oluş” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 28: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Bupropion tedavisinde görülen yan etki sayısı” Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
1)yan etki yok	123	6,89±2,41	0,968	0.408	-

Fagerström	2)1 yan etki	62	6,63±2,84	2,103	0.101	-
nikotin	3)2 yan etki	25	6,12±2,91			
bağımlılık	4)3 ve üzeri yan etki	30				
testi toplam			7,20±2,19			
SBBÖÖ	1)yan etki yok	123	44,59±4,08	1,575	0.196	-
	2)1 yan etki	62	43,11±5,23			
	3)2 yan etki	25	43,00±4,82			
	4)3 ve üzeri yan etki	30	44,63±4,2			
Toplam						
SBBÖÖ-	1)yan etki yok	123	18,82±1,58	2,486	0.061	-
Sağlık algısı	2)1 yan etki	62	18,19±2,62			
ve uygun	3)2 yan etki	25	18,84±1,37			
çevre	4)3 ve üzeri yan etki	30	18,67±1,86			
SBBÖÖ-	1)yan etki yok	123	25,76±3,02	2,486	0.061	-
Kararlılık ve	2)1 yan etki	62	24,92±3,41			
hazır oluş	3)2 yan etki	25	24,16±4,11			
	4)3 ve üzeri yan etki	30	25,97±3,00			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 28’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “Bupropion tedavisi sırasında görülen yan etki sayısı” açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “Bupropion tedavisi sırasında görülen yan etki sayısı” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 29: Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının “Bupropion tedavisine devam etmeyi düşünüyor musunuz?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
Fagerström nikotin	Evet	168	6,48±2,68	-	0.002
bağımlılık testi toplam	Hayır	72	7,49±2,10	3,136	
SBBÖÖ Toplam	Evet	168	44,07±4,38	0,102	0.918
	Hayır	72	44,00±4,89		

SBBÖÖ-Sağlık algısı ve	Evet	168	18,58±1,84	-	0.431
uygun çevre	Hayır	72	18,79±2,13	0,789	
SBBÖÖ-Kararlılık ve hazır	Evet	168	25,49±3,19	0,605	0.546
oluş	Hayır	72	25,21±3,49		

Independent Samples test, p<0.05

Tablo 29’da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “Bupropion tedavisine devam etmeyi düşünüyor musunuz?” Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam puanı ile “Bupropion tedavisine devam etmeyi düşünüyor musunuz?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3,136$ $p=0.002$). Bupropion tedavisine devam etmeyi düşünmeyenlerin tedaviye devam edeceğini belirtenlere kıyasla Fagerström nikotin bağımlılık testi toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Sigara yalnızca içen kişiyi değil, çevresindeki kişileri hatta içinde bulunduğu toplumun hepsini etkileyen en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. DSÖ verilerine göre her yıl 8 milyondan fazla insan tütün kullanımından hayatını kaybetmektedir. Bunların 1,2 milyonu ise sigara içmeyenlerin ikinci el dumana maruz kalmasından kaynaklanmaktadır. Yine DSÖ tahminlerine göre; 700 milyon çocuk, yani dünyadaki çocukların neredeyse yarısı tütün dumanına maruz kalmakta ve her yıl, 65.000 çocuk pasif etkilenimin yol açtığı solunum yolu enfeksiyonları sebebiyle, 5 yaşından önce hayatını kaybetmektedir (3,70). Yine ülkemizde her yıl yaklaşık 100.000 kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar sebebiyle hayatını kaybetmektedir (5).

Dünya Sağlık Örgütü 20. yüzyılda 100 milyon kişinin sigara kullanımı nedeniyle öldüğünü ve bu ivmeyle devam ederse 21. yüzyılda bu rakamın 1 milyar kişiye ulaşacağını ifade ediyor. Bu ölümlerin %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde olması beklenmektedir. Sigara tüketimi, özellikle sınırlı kaynakları bulunan bu ülkelerde, büyük bir ekonomik sorundur (3).

Ülkemizde tütün ile mücadele kapsamında Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde Sigara Bırakma Poliklinikleri bulunmaktadır. Bu polikliniklerde sigara bağımlılığına yönelik Bilişsel Davranışçı Tedavi ile birlikte farmakolojik tedavilerle sigara bırakmak isteyen bireyler tedavi edilmektedir. Sigara bırakma tedavisinin farmakolojik tedavisinde etkinliği ve güvenliği kanıtlanmış ve en sık kullanılan ilaçlar Nikotin Replasman Tedavileri, Bupropion ve Vareniklidir.

Bu çalışma 01.04.2023 ile 30.04.2023 tarihleri arasındaki 1 aylık periyotta Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran, poliklinik muayenesi sonucu bupropion tedavisi başlanan ve çalışmaya katılmaya onam veren 240 birey ile yapılmıştır. İlk değerlendirmede sosyodemografik verileri, FNBT, SBBÖÖ ölçeği uygulanmış ve bupropion başlanmıştır. Hastaların takiplerinde 1 ay sonraki bırakma durumuna göre veriler değerlendirilmiştir. Sigarayı bırakmayı etkileyen faktörler derinlemesine araştırmak için hazırlanan ek anket poliklinik kontrollerine gelenlerle yüz yüze, gelemeyenler

telefonla aranarak uygulanmış bu şekilde hastaların sigara bırakma kontrolleri de gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların minimum yaşı 18, maksimum yaşı 66 medyan yaş 39 olup ortalama yaş ise $39,53 \pm 10,72$ 'dir. Katılımcıların çoğunluğu (%67,5 (n=162)) 18-45 yaş arasında olsa da 45 yaş üstü bireylerin sayısı da yeterince fazla idi (%32,5 n=78)). Bu durum SBP' ne her yaş grubundan bireyin sigara bırakmak maksadıyla başvurduğunu göstermektedir. DSÖ verileri ve çeşitli çalışmalara bakıldığında sigara kullananların yaş ortalamasına bakıldığında çalışmamıza benzer sonuçların olduğu görülmektedir (71–73). Yine çalışmamızda bir aylık bupropion tedavisi sonucu sigarayı bırakanlar ile yaş grubu arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızla benzer olarak yaş ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmayan çalışmalar olduğu gibi literatür tarandığında yaş arttıkça sigara bırakma başarısının arttığını gösteren çalışmaların da olduğu görülmektedir (74–78). Bu farklılığın nedeni çalışmanın niteliği ve diğer değişkenlere bağlı sigarayı bırakma başarısının değişmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan kişilerin cinsiyetlerine bakıldığında %65,8'inin erkek (n=158), %34,2'sinin kadın (n=82) olduğu görülmekte olup erkek bireylerin çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Fidan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmaya bakıldığında 135 olgunun %67,3'ü erkek, %32,7'si kadın olarak görülmüştür (79). Bu oranlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yine Uzaslan ve arkadaşlarının Bursa'da, Solak ve arkadaşlarının İzmir'de, Çan ve arkadaşlarının Trabzon'da yaptığı araştırmalarda da bizim çalışmamızla benzer olarak sigara bırakma polikliniklerine başvuruda bulunan erkek hasta sayısının kadınlardan fazla olduğu görülmüştür (67,80,81). Bu durum TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2022 raporunda sigara kullanım sıklığının Türkiye'de erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %15,5 olmasıyla görüldüğü üzere toplumda sigara kullanım sıklığının erkekler arasında kadınlara göre daha yüksek olmasıyla alakalı olduğu düşünülebilir (82). Çalışmamızda cinsiyet ile sigarayı azaltma veya bırakma durumu arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmamıştır. ABD'de yapılan bir çalışmada erkeklerde sigara bırakma durumu daha yüksek bulunmuşken İngiltere'de yapılan bir çalışmada kadınlarda sigara bırakma durumu daha yüksek bulunmuştur (83,84). Literatüre bakıldığında cinsiyet ile sigara bırakma durumu ilişkisi çalışmaya göre farklılık göstermekle birlikte pek çok

çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır (74,85).

Çalışmamızda katılımcıların %72,5'inin (n=174) evli olduğu ve %27,5'unun (n=66) bekar veya boşanmış/dul olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Örsel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada olguların %74,3'ünün evli olduğu ifade edilmiştir (85). Hall ve arkadaşlarının yaptığı başka bir araştırmada da evli olanların %70,4 olduğu görülmüştür (86). Yine Trakya Üniversitesi'ndeki bir çalışmada ve Dicle Üniversitesi'ndeki bir çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi evli olanların oranının bekarlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (87,88). Çalışmamızın sonuçları bu açıdan literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumludur. Literatürdeki çoğu çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da medeni durum ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel ilişki saptanmamıştır (74,85,89,90).

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında %33,3 ile (n=80) en sık lise mezunu bireylerin olduğu, bunu %26,7 ile (n=64) ilköğretim mezunu ve %25 ile (n=60) üniversite mezunu bireylerin takip ettiği görülmektedir. Kanık ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı çalışmada da katılımcıların %79'unun eğitim düzeyi lise ve üzeri iken %21'inin eğitim düzeyi ortaokul ve altı olarak saptanmıştır (91). Gören'in yapmış olduğu çalışmada ise SBP'ne başvuruda bulunan kişilerin %48,6'lık bir kısmını üniversite mezunu katılımcılar oluştururken, %10,7'si ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde bulunmuştur (92). Velioğlu ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise katılımcıların %22,8'i üniversite ve üstü, %30,5'i lise mezunu, %12,6 ortaokul mezunu, %33,5'i ilköğretim mezunu olup %0,06'sının okur-yazar olmadığı saptanmıştır (93). Çalışmaların yürütüldüğü bölgelerin ekonomik ve sosyokültürel özellikleri eğitim durumlarındaki bu farklılığı açıklayabilir. Sigara bırakma başarısına, eğitim durumunun etkisini inceleyen bazı çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan gruplarda sigara bırakma oranlarının yüksek olduğu bildirilmekteyken, bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyinde gruplar arasında fark saptanmamıştır (74,94–96). Çalışmamızda sigara bırakmayı başarmış ve başaramamış bireyler arasında eğitim durumu açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durumun sebebi diğer sosyodemografik verilerin ve değişkenlerin sigara bırakma durumuna birlikte etki etmesi olabilir.

Çalışmamızda 240 hastanın meslekleri değerlendirildiğinde %37,9 (n=91) ile en çok payı işçilerin oluşturduğu, bunu %22,1 (n=53) ile serbest meslek, %17,9 (n=43) ile ev hanımları, %8,3 (n=20) ile çalışmayanlar, %7,5 (n=18) ile emekliler, %6,3 (n=15) ile memurların takip ettiği görülmektedir. Katılımcılarda en büyük payı işçiler oluştururken en küçük payı memurların oluşturması yine çalışmamızda katılımcıların ihtisas durumuna bakıldığında en yüksek dilimi lise mezunlarının oluşturmasıyla ilişkilendirilebilir. Çukurova üniversitesinde Adana’da 2008 yılında 586 kişiyle yapılan bir araştırmada ise bireylerin %36,6’sının ev hanımı, %12’sinin emekli, %8,2’sinin ise öğrencilerden oluştuğunu belirtilmiştir (97). Bu durum polikliniğe başvuran bireylerin meslek grubu oranlarının bölgenin sosyoekonomik durumuna göre değişebileceğini göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların mesleği ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Kıdık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer olarak meslek grubu ve sigara bırakma durumu arasında ilişki saptanmamıştır (73). Meslek ile sigara bırakma başarısı yapılan meslekten çok iş yerinde sigara içen başka bireylerin olmasına bağlı olabilir.

Katılımcıların kronik hastalık durumuna bakıldığında %33,3’ünün (n=80) kronik hastalığının olduğu, %66,7’sinin (n=160) kronik hastalığı olmadığı görülmüştür. Kronik hastalığı olan grubun ise %30,6’sının (n=26) akciğer hastalıkları, %24,7’sinin (n=21) kardiyovasküler hastalık ve hipertansiyon, %21,2’sinin (n=18) DM ile en büyük payları oluşturduğu görülmüştür. Yine katılımcıların %30,4’ü (n=73) düzenli bir ilaç kullanmaktayken %69,6’sı (n=167) düzenli bir ilaç kullanmamaktaydı. Yapılan çalışmalar kronik hastalık durumu ile sigara bırakma başarısı arasında farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Kronik hastalığı olanların sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, daha düşük olduğunu gösteren ve kronik hastalık durumu ile sigara bırakma başarısı ilişkisi olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (67,74,98,99). Bizim çalışmamızda kronik hastalık durumu ve sigara bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Günümüzde SBP’nde bağımlılık düzeyini belirlemek için en yaygın kullanılan test geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış FNBT’dir (100). Çalışmamıza katılan bireylerin ortalama bağımlılık skoru düzeyi 6,77 olup yüksekti. Çalışmamızda sigara kullanım yılı ile bağımlılık skoru arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki saptanmıştır ($r=0,142$ $p=0.028$). Çalışmamıza benzer şekilde Erdal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sigara kullanım süresi ve FNBT skoru arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (101). Çalışmamızda diğer sosyodemografik bilgilere bakıldığında FNBT skorunun yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı ile ilişkisi bulunmamıştır. Esen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise cinsiyet ve bağımlılık düzeyine bakıldığında erkeklerde bağımlılık skoru daha yüksek bulunmuştur. Yine Esen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre bizim çalışmamızla benzer olarak meslek, yaş ve eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (102). Yine Çelikel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cinsiyet ile FNBT skoru arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (103). Buna karşılık Hindistan'da nüfusa dayalı anket metodolojisiyle 18 bin kişiyle yapılan bir çalışmada sigara bağımlılık düzeyi ile cinsiyet, eğitim durumu ve alkol kullanımı ile anlamlı ilişki saptanmıştır (104). Bu durumun toplumdan topluma farklılık gösterebileceği ve bizim çalışmamızın toplumun genelini yansıtmayıp sigara bırakmak için polikliniğe başvuranlar üzerinde yapıldığı için farklılık gösterebileceği düşünülmüştür.

Nikotin bağımlılık düzeyi, sigara bırakma başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Çalışmamızda FNBT skoru ile sigara bırakma başarısı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. FNBT skoru düşük olanların sigara bırakma başarısı diğer gruplara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Bu açıdan çalışmamız literatürdeki diğer pek çok çalışmayla uyumludur. Yaşar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Fai ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ve literatürdeki diğer pek çok çalışmada sigarayı bırakanların FNBT skoru daha düşük bulunmuştur (105,106). Bağımlılık skoru arttıkça sigara bırakmak zorlaşmaktadır ve SBP'ne başvuran bireylerde FNBT skoru yüksek olanlara daha etkili tedaviler başlanmalıdır.

Çalışmamızda SBP'ne başvuran kişilere ilk değerlendirmede sosyodemografik veriler, FNBT ve SBBÖÖ uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarımıza göre FNBT ile SBBÖÖ arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Tanımlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bu iki ölçek arasında ilişki bulunmamıştır (107). Bu durum, FNBT'nin bağımlılık düzeyini göstermede ve SBBÖÖ'nin sigarayı bırakma başarısını öngörmekte etkili olduğunu düşünecek olursak, bu iki ölçeğin farklı amaçlar için geliştirildiğini ve birbirinin yerine kullanılamayacağını göstermektedir.

Çalışmamızda sosyodemografik verilerin SBBÖÖ ile ilişkisi incelendiğinde yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, kronik hastalık varlığı ve kişinin sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşıyor olması ile SBBÖÖ total skoru arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Tanımlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada SBBÖÖ ile cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır (107).

Çalışmamızda SBBÖÖ toplam puanı ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($F=6,678$ $p=0.002$). Sigarayı bırakabilenlerin SBBÖÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Aydemir ve ark. tarafından 2018’de Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiş bu ölçekten alınabilecek maksimum puan 50, minimum puan 10’dur. Çalışmamızdaki kişilerin ölçek puan ortalaması 44’tü. Literatürde SBBÖÖ ile yapılan çalışmalara bakıldığında bir çalışmada polikliniğe başvuran bireylerin ortalama ölçek skoru 42,85, başka bir çalışmada 44,3 olup bu puanlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (101,107). Bu kişilerin ortalama ölçek puanının bu kadar yüksek olmasının sebebi SBP’ne başvuran bireylerin çoğunluğunun kendi isteğiyle polikliniğe başvurmuş olması ve halihazırda sigaraya bırakmaya hazır olma dönemi içerisinde olmalarından kaynaklı olabilir ve bu skor ortalaması toplumdaki sigara içen bireylerin genelinde skor ortalamasını yansıtmadığı düşünülmektedir. Yine çalışmamızla benzer olarak Tanımlı ve ark. yaptığı çalışmada ve Çulhalık ve ark. yaptığı çalışmada SBBÖÖ ölçeği skoru ile sigara bırakma başarısı arasında pozitif ilişki saptanmıştır (107,108). Bu sonuçlara bakarak SBBÖÖ’nin sigara bırakma başarısını öngörmeye kullanılabilecek bir test olduğu ve bu testin skoruna göre hastaya tedavi yaklaşımı belirlenebileceği söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcılara bir aylık bupropion tedavisi sonrası tedaviden memnun kalma durumunu sorduğumuz ikinci anketimizde FNBT skoru yüksek olanların diğer gruplara oranla tedaviden memnun kalmadığı ve bu durum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görüldü. Bu durumun sebebi bağımlılık skoru yüksek olanların bupropion tedavisinden yeterli etkiyi alamama sonucu sigara bırakma sürecinde zorlanma ve sigara bırakma sürecinin başarısız sonuçlanması olabilir. FNBT skoru yüksek olanların sigara bırakma tedavisinin farmakoterapisinde bupropion

tedavisi yetersiz kalabileceği için bu hastalara bupropion+NRT gibi kombine tedaviler başlanabilir. Günümüzde ülkemizdeki hemen hemen tüm SBP'nde sigara bırakmak için başvuran kişilere FNBT uygulanmaktadır. Bu testin sonucunda bağımlılık skoru yüksek olanların tedavi sürecinin daha zor geçeceği öngörülüp bu kişilere motivasyonel destekle birlikte daha etkili farmakoterapiler ve daha sık poliklinik kontrol takibi yapılabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %71,3'ü sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşamaktaydı. Sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşayanların sağlık sorunları incelendiğinde sırasıyla en çok; %76,1'inin öksürük ve balgam, %64,8'inin efor dispnesi, %26,8'inin yürürken bacaklarda ağrısı olduğu belirlenmiştir. Sigara dumanı bronş epiteline toksik birçok madde içermekte ve epitelde inflamasyonu uyarmaktadır. Sigaranın direkt ölümle sonuçlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ve 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkili olduğu ve sigaranın akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun ana nedeni olduğu bilinmektedir (33). Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindendir. Çalışmamızın sonuçları bu açıdan literatür ile uyumlu çıkmıştır.

Çalışmamızda bir aylık bupropion tedavisi sonrası sigarayı bırakma oranı %40,8 (n=98) olmuştur. Bu sürenin sonunda sigarayı bırakamayıp içtiği sigara sayısını azaltanların oranı %42,1(n=101), bu sürenin sonunda tedaviden fayda görmeyen ve içtiği sigara sayısında bir değişiklik olmayanların oranı %17,1 (n=41) olmuştur. Berkeşoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da bupropion ile tedavi edilen hastaların birinci ayın sonunda bizim çalışmamızla benzer olarak sigara bırakanların oranı %38.7 bulunmuştur (109). Hurt ve arkadaşlarının 7 haftalık tedavi sonucunda bupropionun sigarayı bıraktırma oranı %44,2, Argüder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da 3. Ay sonunda bupropionun sigarayı bıraktırma oranı %39,3 bulunmuştur (74,110). Çalışmamız bu açıdan literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumludur. Bupropionun 6 ay ila bir yıl sonunda sigarayı bıraktırma oranı açısından ülkemizdeki diğer çalışmalara bakıldığında Tanrıverdi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %35.9, Uzer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %40.3 bulunmuştur. Bu oranların literatürdeki diğer bazı çalışmalarda daha az, bazı çalışmalarda daha fazla olduğu görülmektedir (111–114). Bizim çalışmamız bıraktırma oranı açısından literatürdeki çoğu çalışmayla uyumlu olmakla birlikte çalışmalar arasındaki bu

farklılıkların sebebi çalışmaların niteliği, çalışılan hasta sayısı ve bırakma durumunu etkileyen diğer faktörlere göre değişkenlik gösteriyor olabilir. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında bırakma süresi uzadıkça relapslar nedeniyle hem bupropionun hem sigara bırakmada kullanılan diğer farmakolojik ajanların bıraktırma oranlarının düştüğü gözlemlenmektedir (115). Bizim çalışmamız bir ay gibi kısa bir süre sonunda hastalar değerlendirildiği için bu bırakma oranı açısından pozitif bir etki yaratmasının yanında, sigara bırakmaya bu kısa süre içinde henüz hazır olmayanların sigarayı bırakamamış olmaları da bu oranı azaltıcı bir faktör olarak görülmektedir. Nitekim çalışmamızda kullandığımız anketimizin sonunda hastalara sorduğumuz “Eğer bupropion tedavisi ile sigarayı bırakamadıysanız lütfen sebebinizi yazın” sorusuna %37,4 oranla en çok verilen yanıtın “Kendimi hazır hissetmiyorum.” olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda SBP’ne başvuran bireylerin sigarayı bırakma isteme nedenleri incelendiğinde, sırasıyla en çok; %67,5’inin ileride hastalanma endişesi, %38,9’unun ailesine kötü örnek olmamak için, %34,2’sinin kokusundan rahatsız olduğu için ve %32,5’inin ailesine zarar verdiğini düşündüğü için sigarayı bırakmak istediği belirlenmiştir. Literatürde Sayın’ın yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer olarak en yüksek oranda (%76) sigarayı bırakmayı isteme nedeni ileride hastalanma endişesi ve sonrasında sigara çevresini zarar verdiği (%25,7) için olmuştur (116). Yine Yılmazel ve ark. tarafından fabrika işçileri üzerinde yapılan bir çalışmada sigarayı bırakmak isteme nedenleri arasında ilk üç sırada sağlığın bozulma korkusu (%85,4), çevresine/çocuklarına iyi örnek olmak (%70,8), maddi nedenler (%60,4) yer almaktadır (117). Literatürdeki diğer pek çok çalışmaya bakıldığında sigara bırakmak için polikliniğe başvuran bireylerin en sık bırakmayı isteme nedeninin ileride hastalanma endişesi olduğu görülmüştür. Bu sonuca bakılarak sigarayı bırakmak isteyen kişilerin sigaranın kendi sağlığına zararlarının farkında olduklarını ve kişiyi sigarayı bırakmaya iten en önemli etkenin de bu olduğu söylenebilir. Çalışmamızda sigarayı bırakma isteme nedeni ile sigara bırakma başarısı arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı hedefledik. Çalışmamızda sigarayı bırakmayı isteme nedeni ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Literatürde Perinçek ve ark. yaptığı çalışmada ve Akgün ve ark. yaptığı çalışmada da sigarayı bırakmayı isteme nedeni ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki saptanmamıştır

(118,119). Çalışmamız bu açıdan literatür ile uyumludur ve bu çalışmaların sonucunda sigarayı bırakma isteme nedeni ile sigarayı bırakma başarısı arasında ilişki olmadığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda bupropion tedavisi sonrası yan etki görülme durumuna bakıldığında katılımcıların %47,8'inde (n=115) yan etki görülmüştür. Bu yan etkiler sıklık sırasına göre uykusuzluk (%54), bulantı (%28,2), sinirlilik/endişelilik hali (%23,9), baş ağrısı (%18,8), kabızlık (%9,4) ve ağız kuruluğu (%4,2) olmuştur. Çalışmamıza katılan bireylerin hiçbirinde bupropionun en korkulan yan etkisi olan nöbet geçirme geri bildirimi alınmamıştır. Literatürde 11.735 hastayı içeren geniş bir pazarlama sonrası gözlemsel kohort çalışmasında en sık rapor edilen yan etkiler uykusuzluk (%24-42), baş ağrısı (%4-33), ağız kuruluğu (%6-28), bulantı/kusma (%9-13) ve baş dönmesi (%2-11) olmuştur ve nöbetlerin yaklaşık %0,1 oranında meydana geldiği rapor edilmiştir (120). 4000'den fazla hastayı içeren 221 klinik etkinlik çalışmasının incelendiği başka bir çalışmada ise herhangi bir nöbet bildirilmemiştir (121). Bupropionun plaseboyla karşılaştırıldığı randomize çift kör bir çalışmada bupropion kullananların %75'inde en az bir yan etki görülmüş ve bunlar sırasıyla en çok uykusuzluk-uyku düzensizliği (%34), baş ağrısı (%13), ağız kuruluğu (%13), bulantı (%9) ve baş dönmesi (%7) olmuştur (122). Bu sonuçlara bakarak bupropionun en sık görülen yan etkilerinin uykusuzluk, baş ağrısı, ağız kuruluğu ve bulantı olduğunu söyleyebiliriz. Çalışmamızda görülen sinirlilik/endişelilik hali literatürdeki diğer çalışmalarda bildirilmiş fakat plasebo ile anlamlı fark görülmemiş. Bu yan etki bupropiona has bir yan etki olmayıp sigara bırakma durumunun kendisinin bir etkisi olması muhtemeldir. Çalışmamızın bir eksikliği olarak literatür araştırması yaparken en sık görülen yan etkilerden olan ağız kuruluğunu, tedavi sonrası hastalarımıza verdiğimiz ikinci anketimizde bulunan "bupropion tedavisi sonrası herhangi bir yan etki gördünüz mü?" sorusunun cevabındaki alttaki şıklara eklemediğimizi fark ettik. Yine de bu sorunun cevabı olan "diğer kısmını" işaretleyip açıklamaya ağız kuruluğunun sonucu olan semptomları yazan hastaların yan etki görenlere oranı %4,2 idi. Çalışmamızda ağız kuruluğu yan etkisinin literatürdeki diğer çalışmalardan daha az olmasının nedeni bu olabilir. Diğer görülen yan etkiler açısından çalışmamız literatür ile uyumludur. Bupropiondan görülen yan etkiler tedavinin ilk haftalarında daha yoğun görülüp zaman içerisinde tolere edilir. Nitekim Barrueco ve ark. tarafından

904 hasta üzerinde yapılan çalışmada tedavinin 1. Ayında görülen yan etkiler %33,1 iken 3. Ayda %5,7 olarak bulunmuştur (123).

Bu yan etkiler genellikle sigara bıraktırma tedavisini sonlandırma endikasyonu olmamakla birlikte bupropion tedavisi başlanacak hastalara en sık görülen yan etki olan uykusuzluk durumundan etkilenmemek için akşam alınan dozun -iki doz arası en az 8 saat olması koşulu ile- uyku saatinden en az 4 saat önce alınması önerilmelidir. Baş ağrısı ve ağız kuruluğu yan etkileri için de gün içinde bol su tüketilmesi önerilmelidir. Çalışmamızda yan etkiler nedeniyle bupropionu bırakan hastaların oranı %16,6 (n=40) idi. İstatistiğini tutmamakla birlikte bu hastaların bir kısmına bu yan etkilerin beklenen ve hafif yan etkiler olduğunu belirterek gerekli önerilerle tedaviye devam ettik. Yapılan araştırmalara göre yan etkiler nedeniyle bupropionu bırakanların oranı %9 ila %13'tür (110,123). Bu yan etkiler tedavinin ilk haftalarında daha yoğun görülmekte olup tedavinin sonraki haftalarında daha hafif görülmekte veya görülmemektedir (123).

Çalışmamızda SBBÖÖ ölçeği puanı ile tedavi sonrası bupropiondan görülen yan etkiler ile ilişkisini araştırmayı hedefledik. “SBBÖÖ puanı düşük olanların bupropiondan yan etki görülme oranı daha yüksek olabilir mi” sorusunu araştırdığımız çalışmamızda SBBÖÖ puanı ile bupropiondan yan etki görülme durumu arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmadı. Literatürde bu konu ile ilgili çalışma bulamadığımız araştırmamızda bu sorunun cevabı için daha fazla çalışma yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışmamızın kısıtlılıkları mevcuttur:

Çalışmamızda elde edilen veriler anket usulü ile toplandığından hastalardan elde edilen veriler hastaların kişisel beyanına dayanmakta olup nesnel tetkiklerle doğrulanmamıştır.

Çalışmamızda elde edilen veriler bir aylık bupropion kullanımı sonucu -yan etkiler nedeniyle bupropionu bırakanlarda daha kısa- elde edilen veriler olup bupropionun uzun dönemdeki etkinliğini ve yan etkilerini yansıtmamaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Sigara Bırakma Poliklinikleri 'ne başvuran bireylerin demografik özelliklerini, Bupropion ilacının bir aylık tedavi sonrası sigarayı bıraktırma oranını, ilaçtan görülen yan etkileri ve ilacın sigarayı bıraktırma oranının SBBÖÖ puanından etkilenme durumunu araştırdığımız çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Katılımcıların ortalama yaşı $39,53 \pm 10,72$ olup yaş ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu sonuç literatür ile uyumluydu.

Katılımcıların %65,8'i erkek, %34,2'si kadındı. Ülkemizdeki diğer pek çok çalışmada da SBP'ne başvuran kişilerde erkeklerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu durum TÜİK verilerinde toplumda sigara içen bireylerden erkeklerin çoğunlukta olmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda cinsiyet ile sigara bırakma durumu arasında ilişki saptanmadı. Bu sonuç literatür ile uyumluydu.

Çalışmamızda katılımcıların %72,5'inin evli ve %27,5'inin bekar veya boşanmış/dul olup evli olanların çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Çalışmamız bu açıdan literatür ile uyumluydu. Çalışmamızda medeni durum ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki saptanmadı. Çalışmamız bu açıdan literatürdeki çoğu çalışma ile uyumluydu.

Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında en çok payı %33,3 ile lise mezunları, meslek durumlarına bakıldığında %37,9 ile en çok payı işçiler oluşturmaktaydı. Çalışmamızda eğitim durumu ve mesleğin sigara bırakma durumu ile ilişkisi saptanmadı. Çalışmamız bu açıdan literatürdeki bazı çalışmalar ile uyumlu olmakla birlikte bu oranlar bölgesel farklılık göstermekte ve literatürdeki bazı çalışmalarda bu oranlar değişip sigara bırakma durumuyla ilişkisi saptananlar da bulunmaktadır.

Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna bakıldığında %33,3'ünün kronik hastalığı bulunmaktaydı ve bu hastalıklar içinde en çok payı akciğer hastalıkları oluşturmaktaydı. Çalışmamızda kronik hastalığa sahip olma durumu ile

sigara bırakma başarısı arasında ilişki saptanmadı. Literatüre bakıldığında bu durum ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Kronik hastalığı olanların sigara bırakma oranının daha yüksek, daha düşük ve bizim çalışmamızda olduğu gibi bu durumun sigara bırakma başarısını etkilemediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Günümüzde FNBT sigara bırakma polikliniklerinde bağımlılık düzeyini ölçmede en sık kullanılan ölçektir. Çalışmamız bu açıdan literatürü destekleyecek şekilde diğer pek çok çalışmada olduğu gibi FNBT skoru düşük olanların sigara bırakma başarısı diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durum SBP'ne başvuran bireylerden FNBT skoru yüksek olanların sigara bırakma durumunun daha zor olacağını, bu bireylere daha etkili tedavi verilmesi gerektiğini göstermektedir. Nitekim çalışmamızda bir aylık bupropion tedavisinden memnun kalma durumunu sorduğumuz anketimizde FNBT skoru yüksek olanların tedaviden memnun kalmama durumu diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. SBP'ne başvuran bireylerde FNBT skoru yüksek olanlara daha yoğun motivasyonel destek tedavisi ve Bupropiyon+NYKT gibi kombinasyon tedavileri başlanabilir.

Çalışmamızda kullandığımız SBBÖÖ ile sosyodemografik verilerin ilişkisini araştırmayı hedefledik. Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, kronik hastalık varlığı ve kişinin sigaraya bağlı sağlık sorunları yaşıyor olması ile SBBÖÖ total skoru arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmadı. Çalışmamız bu açıdan literatür ile uyumluydu.

Çalışmamızda SBBÖÖ puanı ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedefledik. Çalışmamızda SBBÖÖ toplam puanı ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ve sigarayı bırakabilenlerin SBBÖÖ toplam puanı daha yüksek bulundu. Alınabilecek maksimum puanın 50, minimum puanın 10 olduğu bu ölçekten çalışmamızdaki kişilerin ölçek puan ortalaması 44'tü. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında SBP'ne başvuran bireylerin ortalama ölçek puanları bu şekilde yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi SBP'ne başvuran bireylerin çoğunun halihazırda sigara bırakmaya istekli ve hazır olmasından kaynaklı olabilir. Literatürdeki diğer bazı çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer olarak Ölçek puanı yüksek olanların sigara bırakma oranı yüksek bulunmuştur. Bu durum SBBÖÖ'nin sigara bırakma başarısını öngörmeye

kullanılabilir bir test olduğunu göstermektedir. Nasıl ki FNBT skoru yüksek olanlara daha yoğun bir sigara bıraktırma tedavisi gerekiyorsa, SBBÖÖ skoru düşük olanlara da aynı şekilde daha yoğun bir sigara bıraktırma tedavisi gerektiğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda bir aylık bupropion tedavisi sonrası sigarayı bırakma oranı %40,8 (n=98) olmuştur. Bu sürenin sonunda sigarayı bırakamayıp içtiği sigara sayısını azaltanların oranı %42,1(n=101), bu sürenin sonunda tedaviden fayda görmeyen ve içtiği sigara sayısında bir değişiklik olmayanların oranı %17,1 (n=41) olmuştur. Çalışmamızın bu oranları literatürde bupropionla çalışılan diğer çalışmalar ile uyumlu çıkmıştır. Bizim çalışmamız bir ay gibi kısa bir süre sonunda hastalar değerlendirildiği için bu durum sigara bırakma sürecinde relapslar uzun dönemde gerçekleştiği için bırakma oranı açısından pozitif bir etki yaratmasının yanında, sigara bırakmaya bu kısa süre içinde henüz hazır olmayanların sigarayı bırakamamış olmaları da bu oranı azaltıcı bir faktör olarak görülmektedir. Nitekim çalışmamızda kullandığımız anketimizin sonunda hastalara sorduğumuz “Eğer bupropion tedavisi ile sigarayı bırakamadıysanız lütfen sebebinizi yazın” sorusuna %37,4 oranla en çok verilen yanıtın “Kendimi hazır hissetmiyorum.” olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda bupropion tedavisi sonrası yan etki görülme durumuna bakıldığında katılımcıların %47,8’inde yan etki görülmüştür. Bu yan etkiler sıklık sırasına göre uykusuzluk, bulantı (%28,2), sinirlilik/endişelilik hali, baş ağrısı, kabızlık ve ağız kuruluğu olmuştur. Bu yan etkiler genellikle hafif yan etkiler olup bupropion tedavisini sonlandırma endikasyonu değildir. Bupropion tedavisi başlanacak hastalara en sık görülen yan etki olan uykusuzluk durumundan etkilenmemek için akşam alınan dozun -iki doz arası en az 8 saat olması koşulu ile- uyku saatinden en az 4 saat önce alınması önerilmelidir. Baş ağrısı ve ağız kuruluğu yan etkileri için de gün içinde bol su tüketilmesi önerilmelidir. Çalışmamıza katılan bireylerin hiçbirinde bupropionun en korkulan yan etkisi olan nöbet geçirme geri bildirimi alınmamıştır. Bu durum nöbet geçirme öyküsü veya nöbete sebebiyet verecek bir hastalığı olanlara bupropion başlanmamızdan kaynaklı olabilir. Çalışmamızda yan etkiler nedeniyle bupropionu bırakan hastaların oranı %16,6 idi. Bu yan etkiler genellikle tedavinin ilk haftalarında daha yoğun görülüp sonraki haftalara daha hafif görülür veya görülmez.

Sigara yalnızca içen kişinin değil, toplum sağlığının problemidir. Sigara ile mücadelede en önemli adımların başında toplumun sigaranın zararları hakkında bilinçlendirmesi ve sigara ile mücadele kapsamında etkin adımların atılmasıdır. Günümüzde bu mücadele kapsamında hastanelerde bulunan sigara bırakma poliklinikleri sigara ile mücadelenin önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Bu polikliniklerde hastalara motivasyonel destek verilmekte, bilişsel davranışçı tedavi verilmekte ve farmakolojik tedavi başlanabilmektedir. Bu farmakolojik tedavilerden en sık kullanılan ilaçlardan biri olan bupropionun etkinliğini ve yan etki profilini araştırmayı hedefledik. Çalışmamızın sonucunda bupropionun sigara bıraktırma tedavisinde etkili ve güvenli bir ilaç olduğunu söyleyebiliriz.

Hekimler olarak hangi branşta olursak olalım sigara içen hastalarımızı veya çevremizdekileri sigaranın zararları hakkında bilinçlendirmeli, sigarayı bırakması için motivasyonel destek vermeli, eğer çalıştığımız hastanede varsa onları sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmeliyiz. Sigara bırakma polikliniklerinde çalışan hekimler olarak ise görevimiz bize başvuran her hastaya motivasyonel destek vermek ölçeklerle bağımlılık skorunu, bırakma başarısı öngörüsünü belirleyip hastaya uygun tedaviye başlamak ve gerekli aralıklarla takibini yapmaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri MA, Morris PB, Ratchford EV, Sarna L, Stecker EC, Wiggins BS. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol. 2018 Dec 25;72(25):3332-3365. doi: 10.1016/j.jacc.2018.10.027. Epub 2018 Dec 5. PMID: 30527452.
2. DSÖ. Dünya Sağlık Örgütü. Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008. Erişim tarihi 16.03.2023.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_tur.pdf;jsessionid=A4D5BFBA65C988C25BE1942D970A1B57?sequence=6.
3. WHO. World Health Organization. Tobacco''. Erişim tarihi 12.04.2023.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
4. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2019. Erişim Tarihi 24.03.2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>.
5. HSGM. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2018 Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu. Erişim Tarihi:18.03.2023. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/tutun/Tutun_Faaliyet_Raporu_2018_20.08.2019.pdf.
6. Jarvis MJ. Why people smoke. BMJ. 2004 Jan 31;328(7434):277-9. doi: 10.1136/bmj.328.7434.277. PMID: 14751901; PMCID: PMC324461.
7. WHO. World Health Organization. ICD-11 Coding Tool. Erişim tarihi 12.04.2023.
https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release.
8. TTD. Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2014. Erişim Tarihi 14.04.2023.
https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/ef712e27e221af17ab3b44ca23fe11aa49b62032270561dce9e62214188110ac.pdf.
9. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA. 2000 Jun 28;283(24):3244-54. PMID: 10866874.

10. Jackson G, Bobak A, Chorlton I, Fowler G, Hall R, Khimji H et al. Smoking cessation: a consensus statement with special reference to primary care. *Int J Clin Pract.* 2001 Jul-Aug;55(6):385-92. PMID: 11501228.
11. Musk AW, de Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology.* 2003 Sep;8(3):286-90. doi: 10.1046/j.1440-1843.2003.00483.x. PMID: 14528877.
12. TFL, Tobacco Free Life, History of Tobacco, Erişim Tarihi: 21.04.2023 <https://tobaccofreelife.org/tobacco/tobacco-history/>.
13. Seydioğulları, M. Dünyada ve Türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. Türk Toraks Derneği Yayını içinde, Tütün ve Tütün Kontrolü (s.3-20). İstanbul: Aves Yayıncılık. (2010).
14. Czart C. Taxing tobacco: the impact of tobacco taxes on cigarette smoking and other tobacco use. *Regul Tob.* 2001;39.
15. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. *Doğu Coğrafya Dergisi* , 18 (30) , (2014). Erişim: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunidcd/issue/2458/31317>.
16. Aslan D. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kontrolünde Yeni Bir Dönem Başladı : Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. 2005;(5):19–2.
17. Saraçoğlu S, Öztürk F. (2020). Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları ve Tütün Tüketimi Üzerine Bir Değerlendirme. *Politik Ekonomik Kuram* , 4 (1) , 20-44 . DOI: 10.30586/pek.730271.
18. Güzel A. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri; Gerçekten Şeytan Otu Mu? *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2016; 4 (1):22-6.
19. Atsız Sezik H, Can H, Kılınç EA, Çulha G, Polat S. (2016). Tütün ve Tütün Ürünleriyle Mücadele . *Klinik Tıp Aile Hekimliği* , 8 (6) , 42-47 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktah/issue/45398/488282>.
20. American Lung Association. What’s In a Cigarette? [Internet]. 2020. Available from: <https://www.lung.org/quit-smoking/smoking-facts/whats-in-acigarette>.
21. Behr J, Nowak D. Tobacco Smoke and Respiratory Disease. *Eur Respir Mon*, 2002, 21:161–79.

22. DİLEKTAŞLI AG. Tütün Dumanının İçeriği ve Farmakokinetiği. Türkiye Klin Göğüs Hast Konular. 2012;5(2):6–10.
23. Malaiyandi V, Sellers EM, Tyndale RF. Implications of CYP2A6 Genetic Variation For Smoking Behaviors And Nicotine Dependence. Clin Pharmacol Ther. 2005;77(3):145–58.
24. Reynolds L A, Tansey E M. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Wellcome Witnesses to twentieth Century medicine, vol. 43. london: Queen mary, University of london; 2012.
25. Hassan MM, Abbruzzese JL, Bondy ML, et al. Passive Smoking And The Use of Noncigarette Tobacco Products in Association With Risk For Pancreatic Cancer: A Case-Control Study. Cancer 2007;2547-56.
26. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F. The tobacco atlas sixth edition. Sixth edit Drope J, Schluger NW, editors Atlanta: American Cancer Society. 2018:1-58.
27. Kasıkçı M, Ünsal A, Çoban GI, Avsar G. Smoking Habits of the Final Grade Students at Atatürk University in Erzurum, Turkey. Turk Toraks Dergisi. 2008;9(3):93.
28. Bilir N, Özcebe H, Aslan D. Tobacco use and control in Turkey. Turkish Journal of Public Health. 2010;7(2):61-75.
29. Rakel RE, Houston T. Nikotin Bağımlılığı. Bölüm 49. RAKEL Aile Hekimliği. Elsevier, 2019:1133-1151.
30. Edwards R. ABC of Smoking Cessation The Problem Of Tobacco Smoking. BMJ, 2004, 328 (7433):217-219.
31. Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation - United States, 2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009 Nov;58(44):1227–32.
32. Khan S, Fell P, James P. Smoking-related chronic obstructive pulmonary disease (COPD), Diversity and Equality in Health and Care 2014; 11: 267–71.
33. Karlikaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, et al. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7(1): 51-64.

34. Bernhard D, Pfister G, Huck CW, Kind M, Salvenmoser W, Bonn GK, et al. Disruption of vascular endothelial homeostasis by tobacco smoke—impact on atherosclerosis. *FASEB J*. 2003;17(15):2302–4.
35. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, et al. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ* 2018; 360: j5855.
36. Kondo T, Nakano Y, Adachi S, Murohara T. Effects of tobacco smoking on cardiovascular disease. *Circ J*. 2019;83(10):1980–5.
37. Türk H, Akı M, Karaca M. Sigaraya Bağlı Artan Kardiyovasküler Hastalık Riskini Düşürme. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, Haziran 2021, 2(2): 111-18.
38. Bilir N, Yıldız AN. Çalışma Hayatı ve Sigara. (Sigarasız İşyerleri). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 2008, Ankara.
39. Pişkinpaşa N, Pişkinpaşa ME. Polis Hastalarda Sigara İçme Alışkanlığı İle İritabl Barsak Sendromu İlişkisi. *Balıkesir Sağlık Bilim Derg*. 4(1):24–6.
40. Baykan A, Baykan H. Sigaranın Yara İyileşmesi Üzerine Zararlı Etkileri. 2017;7(3):187–90.
41. Fujiwara Y, Kubo M, Kohata Y, Machida H, Okazaki H, Yamagami H, et al. Cigarette smoking and its association with overlapping gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia, or irritable bowel syndrome. *Intern Med*. 2011;50(21):2443–7.
42. Tetik BK, Tekinemre IG, Taş S. The effect of the COVID-19 pandemic on smoking cessation success. *J Community Health*. 2020;1–5.
43. Liu W, Tao ZW, Wang L, Yuan ML, Liu K, Zhou L et al. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. *Chin Med J (Engl)*. 2020 May 5;133(9):1032-1038. doi: 10.1097/CM9.0000000000000775. PMID: 32118640; PMCID: PMC7147279.
44. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety*, 24 (4): 277-322, 2001.
45. Schick S, Glantz S. Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tob Control* 2005; 14: 396-404.

46. Klonoff-Cohen HS, Edelstein SL, Lefkowitz ES, et al. The Effect of Passive Smoking and Tobacco Exposure Through Breast Milk on Sudden Infant Death Syndrome. JAMA. 1995;273(10):795–798. doi:10.1001/jama.1995.03520340051035.
47. Göğüs G. Tütün Bağımlılığında Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri / Cognitive-Behavioral Therapy Methods in Tobacco Addiction. Hast Serisi. 2016; 4 :97-103.
48. TÜSAD, Göğüs Hastalıkları Bölüm 14: Tütün Kontrolü. Bölüm Editörü; Karalezli A, 2019;1-132.
49. Dale LC, Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD. Treatment of nicotine dependence. Mayo Clin Proc. 2000 Dec;75(12):1311-6. doi: 10.4065/75.12.1311. PMID: 11126841.
50. Oostveen R, van der Galiën OP, Smeets HM, Hollinga AP, Bosmans JE, Effectiveness of pharmacotherapy in behavioural therapeutic smoking cessation programmes. Eur J Public Health. 2015; 25 (2): 204-9.
51. Fiore M., Treating tobacco use and dependence: 2008 update: Clinical practice guideline. 2008: Diane Publishing.
52. Go´mez-Coronado N, Walker AJ, Berk M, Dodd S. Current and emerging pharmacotherapies for cessation of tobacco smoking. Pharmacotherapy 2018; 38: 235–258.
53. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021.
54. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
55. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax. 2000;55(12):987-99.
56. Hausteine KO. Pharmacotherapy of nicotine dependence. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics 2000, 38: 273-90.
57. Yaman H, Akdeniz M. Sigara Epidemisinin Üstesinden Gelmek Birinci Basamakta Sigara Bırakma İçin ICPRG Uluslararası Rehberi, 2007.
58. Giulietti F, Filipponi A, Rosettani G, et al. Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated Review for Daily Clinical Practice. High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention (2020) 27:349–62.

59. Richmond R, Zwar N: Review of bupropion for smoking cessation. *Drug Alcohol* 2003; 22 (2): 203-20.
60. Slemmer JE, Martin BR, Damaj MI. Bupropion is a nicotinic antagonist. *J Pharmacol Exp Ther* 2000; 295: 321-7.
61. Ref B, Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;1.
62. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*. 2008 Aug;35(2):158-76. doi: 10.1016/j.amepre.2008.04.009. PMID: 18617085; PMCID: PMC4465757.
63. Holm, KJ, Spencer, CM Bupropion. *İlaçlar* 59 , 1007–1024 (2000).
<https://doi.org/10.2165/00003495-200059040-00019>.
64. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. 2012. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
65. Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD. Combination pharmacotherapy for stopping smoking: What advantages does it offer? *Drugs* 2010; 70: 643–50.
66. Hong AS, Elrashidi MY, Schroeder DR, Ebbert JO. Depressive symptoms among patients receiving varenicline and bupropion for smoking cessation. *J Subst Abuse Treat* 2015; 52: 78–81.
67. Uzaslan E. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Vareniklin. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2016;4(1):114–7.
68. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 9;2016(5):CD006103. doi: 10.1002/14651858.CD006103.pub7. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 May 5;5:CD006103. PMID: 27158893; PMCID: PMC6464943.
69. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in

- smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*. 2016;387(10037):2507-20.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tütünle Mücadele. 9 ŞUBAT SİGARA BIRAKMA GÜNÜ. Erişim: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/havanikoru/component/k2/369/9-subat-si-gara-birakma-gunu.html> Erişim Tarihi: 09.09.2023.
71. Alison Commar, Vinayak Prasad ET d’Espaignet. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-inprevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>.
72. Demirbaş, N. , Kutlu, R. “Sigaranın akciğer yaşı ve solunum fonksiyon testleri üzerine olan etkisi” . *Cukurova Medical Journal* 43 (2018): 155-163 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cumj/issue/28626/342048>.
73. Kıdık E., Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların 1-3 Yıllık Süreçteki Sigara Bırakma Durumları. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2017, Uzmanlık Tezi.
74. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. *Turk Toraks Derg* 2013; 14: 18.
75. Gören Y. Sigara bırakma polikliniği’ne başvuran ve bir yıllık süreçte sigara bırakma tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan hastalarda relaps nedenleri. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2019, Uzmanlık Tezi.
76. Kocakaya D, Şenol H, Aslan S, Çırakoğlu A. M, Çakır M, Telci H. ve ark. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Bireylerde Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörler. *Bağımlılık Dergisi*. 2022; 23(1): 69-77.
77. Chen D, Wu L-T. Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2015; 154: 14–24.
78. Blok DJ, de Vlas SJ, van Empelen P, van Lenthe FJ. The role of smoking in social networks on smoking cessation and relapse among adults: A longitudinal study. *Prev Med (Baltim)*. 2017;99:105–10.
79. Fidan F, Ebru PA, SEZER M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Derg*. 2015; 6 (3): 27–34.

80. Solak ZA, telli CG, Erdiñ E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. Toraks dergisi. 2003; 73–7.
81. Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. Tuberk Toraks 2004. Tuberk Toraks. 2004; (52): 29–74.
82. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması 2022. Erişim Tarihi 10.09.2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Health-Survey-2022-49747>.
83. Walker NJ, van Woerden HC, Kiparoglou V, et al. Gender difference and effect of pharmacotherapy: findings from a smoking cessation service. BMC Public Health 16, 1038 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3672-y>.
84. Fidler J, Ferguson SG, Brown J, Stapleton J, West R. How does rate of smoking cessation vary by age, gender and social grade? Findings from a population survey in England. Addiction. 2013;108(9):1680–5.
85. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. Tüberküloz ve Toraks Derg. 2005;53(4):354–61.
86. Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: A randomized clinical trial. Am J Public Health. Ekim 2006; 96 (10): 1808–14.
87. Kökten R. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği çalışmalarının değerlendirilmesi. 2008;
88. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Derg. 2005;6(2):151–8.
89. West R, McEwen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. Addiction. 2001; 96 (6): 891–902.
90. Fung PR, Snape-Jenkinson SL, Godfrey MT, Love KW, Zimmerman P V., Yang IA, vd. Effectiveness of hospital-based smoking cessation. Chest. 2005; 128 (1): 216–23.

91. Kanık MK, Tözün M. İzmir’de sigarayı bırakma polikliniklerine başvuranların sigara ve diğer tütün ürünleri kullanım özellikleri ve nikotin bağımlılık durumları. ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg. 5(1):84–95.
92. Gören Y. Sigara bırakma polikliniği’ne başvuran ve bir yıllık süreçte sigara bırakma tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan hastalarda relaps nedenleri. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2019, Uzmanlık Tezi.
93. Velioğlu, U. & Sönmez, C. I. (2018). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi . Dicle Tıp Dergisi , 45 (1) , 35-41 . DOI: 10.5798/dicletip.407242.
94. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara İçme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. Toraks Dergisi 2007; 8(2): 110-114.
95. Janson C, Kunzli N, de Marco Ra, et al. Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. Eur Respir J 2006; 27(3): 517-524.
96. Lesueur FE-K, Bolze C, Melchior M. Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study. Addict Behav 2018; 80: 110-115.
97. Aslaner E. Adana il merkezinde sigara kullanımı ve etkilerinin, sigaraya ve dumana maruziyetin ve tütün kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının telefon surveyi ile saptanması (uzmanlık tezi). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008. 8-24 s.
98. Cigarette Smoking Among Adults- United States, 2007. MMWR Weekly November 14, 2008 / 57(45);1221-6.
99. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdinç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. Tüberküloz ve Toraks Derg. 2006;54(1):43–50.
100. Uysal MA, Kadakal F, Karsıdag FÇ, et al. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuber Toraks 2004;52:115-121.
101. Erdal MB, Uncu Y. Sigara Bırakma Polikliniği’ne Başvuran ve Yönlendirilen Kişilerde Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Bursa, 2021.

102. Esen, A. D. & Arıca, S. (2018). Sigarayı Bırakmak için Başvuranlarda Nikotin Bağımlılık Düzeyi ve Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi . Ankara Medical Journal , 18 (3) , 328-336 . DOI: 10.17098/amj.461371.
103. Serhat Çelikel, Ünal Erkorkmaz, Zehra Seyfikli. Smoking Habits and Nicotine Dependency Perceptions of the Students in Gaziosmanpasa University in Tokat. . 2009; 11(3): 97-104.
104. Manimunda SP, Benegal V, Sugunan AP et al. Tobacco use and nicotine dependency in a cross-sectional representative sample of 18,018 individuals in Andaman and Nicobar Islands, India. BMC Public Health 12, 515 (2012).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-515>.
105. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. (2014). Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. Eurasian J Pulmonol, 16, 99-104.
106. Fai SC, Yen GK, Malik N. Quit rates at 6 months in a pharmacist-led smoking cessation service in Malaysia. Can Pharm J. 2016; 149 (5): 303-312.
107. Tanımlı E, Başbınar MM, Basat O. (2020). A cut-off level to predict quit smoking based on smoking cessation success prediction scale (SCSPS): A preliminary study. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 7(4), 248-252.
108. Çulhalık A., MUTLU H.H., İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigarayı Bırakma Başarısının Öngörü Ölçeği İle Değerlendirilmesi, İstanbul 2022.
109. Berkeşoğlu Ç, Özgür ES, Demir AU. (2018). Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler . Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 11 (3) , 355-365 . DOI: 10.26559/mersinsbd.47390.
110. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC et al. (1997). A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. The New England journal of medicine, 337(17), 1195–1202.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199710233371703>.
111. Tanrıverdi H, Altuntaş M, Demir Ö, Afşar BB, Çelikiz M. Success rates of pharmacological therapies used for smoking cessation and factors that affect smoking cessation rates. Eur J Gen Med 2015; 12(2): 125-130.

112. Uzer, F. & Uzun, R. (2020). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Genel Sağlık Durumları ve Sigara Bırakma Oranları . Akdeniz Tıp Dergisi , 6 (1) , 100-105 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/akd/issue/67026/1047336>.
113. Kocakaya D, Şenol H, Aslan S, Çırakoğlu AM, Çakır M, Telci H ve ark. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Bireylerde Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörler. Bağımlılık Dergisi. 2022; 23(1): 69-77.
114. Erdem F, Altun M, Üçüncü E, Balcı H, Günher Arıca S. Aile Hekimliği Polikliniğinde Sigara Bırakma Durumunun Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021; 707-714.
115. Rosen LJ, Galili T, Kott J, Goodman M, Freedman LS. Diminishing benefit of smoking cessation medications during the first year: a meta-analysis of randomized controlled trials. Addiction. 2018 May;113(5):805-816. doi: 10.1111/add.14134. Epub 2018 Jan 29. PMID: 29377409; PMCID: PMC5947828.
116. Sayın E. (2013).Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve bırakma yöntemlerinin etkinliği. Uzmanlık Tezi. Ankara.
117. Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M. (2014). Fabrika işçilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve sigara bırakma konusundaki düşünceleri . Dicle Tıp Dergisi , 41 (4) , 717-723 . DOI: 10.5798/diclemedj.0921.2014.04.0506.
118. Perincek G, Yağcı İ. (2022). Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerde bırakma oranları ile bırakma durumunu etkileyen faktörler . Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 15 (2) , 215-224 . DOI: 10.26559/mersinsbd.1037222.
119. Akgün S, Dikyol B, Thomas D, Demir Ş. Sigara Bağımlısı Check-up Hastalarında Sözel Öneri ya da Medikal Tedavi Sonrası Sigarayı Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Maltepe Tıp Dergisi. 2021; 13(1): 1-4.
120. Wilkes S. (2008). The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. International journal of chronic obstructive pulmonary disease, 3(1), 45–53. <https://doi.org/10.2147/copd.s1121>.
121. Richmond R, Zwar N. (2003). Review of bupropion for smoking cessation. Drug and alcohol review, 22(2), 203–220. <https://doi.org/10.1080/09595230100100642>.
122. Tønnesen P, Tonstad S, Hjalmarson A, Leborgy F, Van Spiegel PI, Hider A et al. (2003). A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, 1-year study of

bupropion SR for smoking cessation. *Journal of internal medicine*, 254(2), 184–192.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2796.2003.01185.x>.

123. Barrueco M, Otero MJ, Palomo L, Jiménez-Ruiz C, Torrecilla M, Romero P, et al. (2005). Adverse effects of pharmacological therapy for nicotine addiction in smokers following a smoking cessation program. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 7(3), 335–342.
<https://doi.org/10.1080/14622200500124768>.

