



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**MERAM TIP FAKÜLTESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURANLARIN SİGARA BIRAKMA DURUMU VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr.Engin YAVUZER

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2021

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**MERAM TIP FAKÜLTESİ SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURANLARIN SİĞARA BIRAKMA DURUMU VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr.Engin YAVUZER

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Ruşen KUTLU

KONYA-2021

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini bir an olsun esirgemeyen, eğitimim boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, yol gösteren, kendisine ne zaman danışsam bana vakit ayırıp elinden gelenin fazlasını sunan Sayın hocam Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu'ya teşekkür ederim. Aynı şekilde uzmanlık eğitimim süresince üzerimizde büyük emekleri olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na, eğitimim boyunca bilgi ve deneyimini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Fatma Gökşin Cihan'a, tez çalışmalarım süresince destek ve yardımını gördüğüm değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nur Demirbaş'a, geleneksel ve tamamlayıcı tıp bilgisinden faydalandığım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran'a teşekkür ederim.

Rotasyon eğitimlerim süresince destek veren İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Acil Tıp, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Psikiyatri bölümlerindeki öğretim üyesi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, uzmanlık tezimin hazırlanmasında yardım ve katkılarını esirgemeyen araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve aile hekimliği polikliniği çalışanlarına teşekkür ederim.

Araştırmanın her aşamasında manevi desteğini her zaman hissettiren üstadım Mehmet Demir'e teşekkür ederim.

Tüm eğitimim hayatım boyunca yanımda olan, beni bu günlere getiren; anneme, babama, ağabeylerime ve ablama teşekkür ederim.

Dr. Engin Yavuzer

KONYA-2021

ÖZET

MERAM TIP FAKÜLTESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURANLARIN SİGARA BIRAKMA DURUMU VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Engin YAVUZER

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2021

Amaç: Bu çalışmada; Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastalarda tedavi sonuçlarını ve bunları etkileyen faktörleri değerlendirmek, sigara bırakma sürecinde karşılaştıkları kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı faktörleri belirlemek ve sigarayı bırakamama nedenlerini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Retrospektif dosya taraması olarak planlanan bu çalışmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne 01.01.2017-30.12.2019 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalar oluşturdu. Araştırma kapsamında 01.02.2020-01.08.2020 tarihleri arasında yukarıda belirtilen tarih aralığında başvuran hastaların dosyaları incelenerek sosyodemografik özellikleri, sigara tüketimi, Fagerström bağımlılık düzeyleri, CO sonuçları kaydedildi. Dosyada kayıtlı telefon numaraları aranıp şu anki sigara içme durumları soruldu. Görüşme sonunda katılımcılar; sigarayı bırakanlar, bırakıp yeniden başlayanlar ve bırakamayanlar olarak üç gruba ayrıldı. Sigarayı en az 6 aydır kullanmayan katılımcılar sigarayı bırakanlar grubuna dahil edildiler. Görüşme sırasında sigara bırakma sürecini kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörler sorgulandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 957 katılımcının yaş ortalaması 38,4±12,1 (18-75) yıl idi. Katılımcıların %26,4'ünün (n=253) tedavi sonrası sigarayı bıraktığı, %18,6'sının (n=178) bırakmadığı, %55'inin (n=526) bırakıp tekrar başladığı tespit edildi. Katılımcıların sigara bırakma durumu ile yaş ortalaması, Fagerström bağımlılık skoru, karbon monoksit düzeyi ve sigara tüketimi (paket/yıl) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,001$). Cinsiyet, medeni durum, tanı alan hastalık varlığı, alkol bağımlılığı, depresyon varlığı, verilen tedavi şekli ve ilaç yan etkilerinin sigara bırakma durumunu etkilemediği saptandı ($p>0,05$).

Katılımcılar arasında; 50 yaş ve üstü olanlarda ($p=0,004$), lise ve üstü eğitimlilerde ($p=0,040$), çalışmayanlarda ($p<0,001$), sigara bırakmayı bir kez deneyenlerde ($p=0,032$), Fagerström bağımlılık testi düzeyi 0-4 (az bağımlı) olanlarda ($p=0,016$), sabah ilk sigarayı uyandıktan bir saatten sonra içenlerde ($p=0,005$), günde 1-10 arası sigara içenlerde ($p=0,002$), tedaviyi ücretsiz alanlarda ($p=0,007$) ve üç aylık tedavi programına uyanlarda ($p<0,001$) sigara bırakma başarısı anlamlı derecede yüksek bulundu. Katılımcılar en sık görülen ilaç yan etkisinin bulantı ve gastrointestinal bulgular olduğunu belirtti. Sigarayı bırakıp yeniden başlayanların %39,4'ü ($n=207$) 0-1 ay içinde sigaraya yeniden başladığını, %35,7'si ($n=188$) stres nedeniyle sigarayı bırakamadıklarını belirtti. Katılımcıların %40,9'u ($n=391$) sigarayı bırakırken süreci en fazla zorlaştıran faktörün sigara içme isteğini engelleme olduğunu belirtti. Sigara bırakma durumu ile sigara içme isteğini engelleme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$). Sigara içme isteğini su içerek engelleyenlerin %52,6'sının ($n=72$) sigarayı bıraktığı tespit edildi. Sigarayı bırakanların %32'si ($n=81$) daha rahat nefes alabilmenin bırakmanın en olumlu etkisi olduğunu belirtti.

Sonuç: Bu çalışma; sigara bırakma sürecini etkileyen en önemli faktörlerin üç aylık tedavi programına uyum, motivasyon varlığı ve sigara içme isteğini engelleme yöntemlerini doğru olarak uygulamak olduğunu göstermektedir. Sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarda motivasyonel görüşme, tedaviye uyum ve davranış terapilerine daha fazla önem verilmesinin sigara bırakma başarısını arttıracığına inanıyoruz.

Anahtar kelimeler: Fagerström bağımlılık düzeyi, motivasyonel görüşme, sigara bırakma polikliniği

ABSTRACT

SMOKING CESSATION STATUS OF APPLICANTS TO THE MERAM MEDICAL FACULTY SMOKING CESSATION POLYCLINIC AND EVALUATION OF FACTORS AFFECTING THIS

Dr. Engin YAVUZER

THE MASTER THESIS

KONYA - 2021

Aim: In this study; it was aimed to evaluate the treatment results and the factors affecting them in patients who applied to the Smoking Cessation Polyclinic, to determine the facilitating and complicating factors they encountered during the smoking cessation process and to investigate the reasons for not being able to quit smoking.

Materials and methods: The universe of this study which is planned as a retrospective file scanning consists of the patients who applied to the Smoking Cessation Polyclinic of Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine Department of Family Medicine between 01.01.2017-30.12.2019 and met the inclusion criteria. Within the scope of the research, the files of the patients who applied between 01.02.2020-01.08.2020 between the dates mentioned above were examined and their sociodemographic characteristics, cigarette consumption, Fagerström addiction levels, CO results were recorded. The phone numbers recorded in the file were called and their current smoking status was asked. At the end of the meeting the participants were separated into three groups as those; who quit smoking, those who quit and restart, and those who could not. Participants who have not smoked for at least six months were included in the group of quitters. Factors that are facilitating and complicating the smoking cessation process were questioned during the interview.

Results: The mean age of 957 participants included in the study was 38.44 ± 12.1 (18-75) years. It was found that 26.4% of the participants (n=253) quit smoking after treatment, 18.6% (n=178) did not quit, and 55% (n=526) quit and started again. Statistically significant relationship was found between the smoking cessation status of the participants and mean age, Fagerström addiction score, carbon monoxide level and cigarette consumption (pack/year) ($p < 0.001$). It was found that gender, marital status, presence of a diagnosed disease, alcohol

dependence, presence of depression, treatment type and drug side effects did not affect smoking cessation status ($p>0.05$). Among the participants; smoking cessation success was found to be significantly higher in those who are 50 years and older ($p=0,004$), in high school and above educated ($p=0.040$), those who did not work ($p<0.001$), those who tried to quit smoking once ($p=0.032$), those who Fagerström addiction test level 0-4 (less dependent) ($p=0.016$), those who smoke their first cigarette in the morning after one hour of waking up ($p=0.005$), 1-10 smokers per day ($p=0.002$), those who received free treatment ($p=0.007$) and those who follow a three-month treatment program ($p<0.001$). Participants stated that the most common drug side effects were nausea and gastrointestinal findings. Those who quit smoking and started again 39.4% ($n=207$) stated that they restarted smoking within 0-1 months and 35.7% ($n=188$) stated that they could not quit smoking due to stress. Participants' 40.9% stated that the factor that made the process the most difficult was the prevention of smoking desire. Statistically significant relationship was found between smoking cessation status and methods of preventing smoking desire ($p<0.001$). It was determined that 52.6% ($n=72$) of those who prevented their smoking desire by drinking water quit smoking. In this study 32% ($n=81$) of those who quit smoking stated that the most positive effect of quitting was to be able to breathe easier.

Conclusion: This study shows that the most important factors affecting the smoking cessation process are adaptation to the three-month treatment program, the presence of motivation, and the correct application of methods to prevent the desire to smoke. We believe that more emphasis on motivational interviews, treatment compliance, and behavioral therapy in patients who apply to smoking cessation polyclinics will increase the success of smoking cessation.

Keywords: Fagerström dependency level, motivational interview, smoking cessation polyclinic

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Tütünün Tarihçesi.....	2
2.2. Tütünün İçeriği ve Kullanım Şekilleri.....	3
2.2.1. Sigara	4
2.2.2. Nargile.....	4
2.2.3. Puro ve pipo	5
2.2.4. Enfiyelik ve çiğnemelik tütün.....	5
2.2.5. Maraş otu	5
2.2.6. İsveç snus	5
2.2.7. Bidis ve kretekler	5
2.3. Tütün Epidemiyolojisi	6
2.4. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri	7
2.5. Tütün Kontrolü Politikaları	9
2.5.1. Dünya’da tütün kontrol politikaları	9
2.5.2. Türkiye’de tütün kontrol politikaları	10
2.6. Nikotin Bağımlılığı.....	11
2.7. Sigara Bırakma Yöntemleri	12
2.7.1. Davranışsal ve Bilişsel Yöntemler.....	12
2.7.2. Farmakolojik Tedaviler.....	14
2.7.3. Motivasyonel Görüşme	16
2.8. Nüks.....	17

2.9. Aile Hekimliği ve Sigara	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1 Araştırmanın Tipi ve Zamanı	18
3.2 Araştırmanın Evreni	18
3.3 Dışlanma Kriterleri	18
3.4 Etik Kurul Onayı ve Onam	18
3.5 Verilerin Toplanması	19
3.5.1 Sosyodemografik Bilgi Formu.....	19
3.5.2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Sigara Ağırlık İndeksi (SAİ)	19
3.5.3 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	20
3.6 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	20
4. BULGULAR	21
5.TARTIŞMA	32
6. SONUÇLAR	39
7. ÖNERİLER	40
8. KAYNAKLAR	41
9. EKLER	49

SİMGELER VE KISALTMALAR

M.Ö.: Milattan Önce

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

FEV1: The Forced Expiratory Volume in First Second

TAPDK: Tütün ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BDS: Beck Depresyon Skoru

DT: Davranış Terapisi

GİS: Gastrointestinal Sistem

CO: Karbon Monoksit

FBS: Fagerström Bağımlılık Skoru

SAİ: Sigara Ağırlık İndeksi

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Tütün dumanındaki bazı maddeler

Tablo 2. Tütün kullanımının neden olduğu hastalıklar

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 4. Katılımcıların sigara kullanım özellikleri ve depresyon durumları

Tablo 5. Katılımcıların güncel sigara kullanma durumları

Tablo 6. Katılımcıların sigara kullanma durumuyla demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 7. Sigara kullanma durumu ile paket yıl, bırakmayı deneme sayıları, FNBT ve BDS düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 8. Sigara ağırlık indeksinin sigara kullanma durumuna etkisi

Tablo 9. Tedavinin ücretli olup olmamasının sigara kullanma durumuna etkisi

Tablo 10. Katılımcıların üç aylık tedavi programına uyumu

Tablo 11. Sigara bırakma durumu ile verilen tedavi şeklinin karşılaştırması

Tablo 12. Katılımcılarda görülen ilaç yan etkilerinin dağılımı

Tablo 13. Sigara kullanma durumu ile yaş, paket yıl, FBS, CO ve BDS arasındaki ilişki

Tablo 14. Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların bırakma süreleri

Tablo 15. Sigarayı bırakırken süreci en fazla zorlaştıran faktörler

Tablo 16. Sigarayı bırakan ve bırakıp yeniden başlayan grupta süreci en fazla kolaylaştıran faktörler

Tablo 17. Sigara içme isteğini engelleme yöntemleri

Tablo 18. Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların tekrar başlama nedenleri

Tablo 19. Sigarayı bırakanlarda bırakmanın en olumlu etkileri

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tütün tarımı ilk olarak milattan önce (M.Ö.) 6000’li yıllarda Amerika kıtasında başlamıştır. M.Ö. 1500’lü yıllarda Mayalar tarafından kullanılmaya başlanan tütün, 1492’de Christopher Columbus’un Amerika kıtasını keşfetmesiyle birlikte Avrupa’ya ve tüm dünyaya yayılmıştır (The History of Tobacco).

Tütün salgını, tüm dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre yılda yedi milyondan fazla insan tütünün doğrudan kullanımı, bir milyondan fazla insan ise ikinci el sigara dumanına maruz kalmanın neticesiyle ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Dünyada yaklaşık 1,3 milyar tütün kullanıcısı olup, tütünle ilgili mortalite ve morbidite oranının yüksek olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde tüketim belirgin oranda (%80) fazladır (WHO Tobacco Fact Sheet). Ülkemizde her sene yaklaşık 100.000 ölüm tütün ürünleri kullanımı sonucu gelişen hastalıklar nedeniyle olmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

Genel mortalite ve morbiditede artış ile ilişkili olan sigara, akciğer ve baş boyun kanserleri başta olmak üzere birçok kanserin etiolojisinde yer almaktadır. Bununla beraber sigara içenler; aterosklerotik hastalık, serebrovasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) başta olmak üzere birçok hastalık için daha büyük risk altındadır (Sherman, 1991).

Başta sigara olmak üzere tütün ürünlerinin kullanımı sonucu gelişen sorunlar sadece kullanıcıyla sınırlı olmayıp çoğu kez bireyin ailesini, arkadaş çevresini hatta toplumun tamamını etkilemektedir. Hem birey hem de toplum açısından getirdiği sorunlar göz önüne alındığında birtakım önlemlerin alınması kaçınılmaz bir gerçektir. Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü’nün tütünle mücadelede tüm ülkelere kılavuzluk etmesi için tavsiye ettiği M-POWER politika paketi başarıyla uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu paket; tütün kullanımı ve koruyucu uygulamaların takip edilmesi (monitor), insanların pasif sigara dumanının zararlarından korunması (protect), tütünün kullanımından vazgeçmelerine yönelik yardım teklif edilmesi (offer), tütünün zararları konusunda bireylerin uyarılması (warn), tütünün tanıtımlarının, reklamlarının, sponsorluklarının yasaklanması (enforce) ve tütün ürünlerindeki vergilerin arttırılmasını (raise) içerir (World Health Organization, 2008).

Sigara bırakma polikliniklerinde uygulanan program, davranışsal ve bilişsel yöntemler ile farmakolojik tedaviden oluşmaktadır. Davranışsal ve bilişsel yöntemler 5A ve 5R başlığı

altında ele alınmaktadır. Ülkemizde uygulanan farmakolojik tedavi; nikotin replasman tedavisi, vareniklin ve bupropionu içerir (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Bu çalışmada; Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne Ocak 2017-Aralık 2019 tarihleri arasında başvuran hastalarda tedavi sonuçlarını ve bunları etkileyen faktörleri değerlendirmek, sigara bırakma sürecinde karşılaştıkları kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı faktörleri belirlemek ve sigarayı bırakamama nedenlerini araştırmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütünün Tarihçesi

Tütün tarımı ilk olarak M.Ö. 6000'li yıllarda Amerika kıtasında yapılmış (The History of Tobacco), 1500'lü yıllarda Mayalar tütünü dini ve tıbbi uygulamalarda farklı şekillerde kullanmaya başlamıştır. Yerlilerden kimileri tütünü kurutup sararak ya da ufalayarak pipolarda kullanırken, kimileri çiğneyerek, kimileri derilerine sürerek, kimileri de lavman şeklinde kullanmışlardır (Gately, 2007).

Küba'da tütün içimini keşfeden Christopher Columbus 1492'de tütünü Avrupa'ya taşımış, tütünün tüm dünyaya yayılımına öncülük etmiştir. Tütün; 1530'da Japonlar ve Filipinliler tarafından Çin'e, 1560'da Portekizliler ve İspanyollar aracılığıyla Afrika'ya tanıtılmış (The History of Tobacco), 16. yüzyılda yabancı tüccarlar aracılığıyla Akdeniz üzerinden Osmanlı topraklarına getirilmiştir (Yılmaz, 2012).

Santo Domingo'da 1531'de Avrupalılar tarafından başlatılan tütün tarımı, 1612'de ticari amaçla yapılmaya başlanmıştır. Güney Afrika'da ise 17. yüzyılda tütün yetiştirmeye başlayan Avrupalı yerleşimciler, köleleri pamuk yerine tütün tarlalarında çalıştırmışlardır (The History of Tobacco).

Tütün kullanımının burun, dudak ve akciğer kanseri gelişme riskini arttırdığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. 1761'de John Hill enfiye kullanıcılarında burun kanseri riskinin arttığını, 1795'de Almanya'da Samuel Thomas von Soemmering pipo içicilerinde dudak kanserini, 1939'de Amerikalı Ochsner sigaranın akciğer kanserine sebep olabileceğini, 1964 yılında Surgeons General's Report sigara içiminin erkeklerde akciğer kanserine neden olduğunu bildirmiştir (The History of Tobacco).

Tütün kullanımının yaygınlaşmasıyla devletler tütünden vergi almış, tütün kullanımında kısıtlamalara gitmiştir. İngiltere Kralı James 1604 yılında sağlığa zararlarında dolayı tütün kullanımını kısıtlamış, 1862’de ABD federal hükümeti tarafından tütün vergisi getirilmiş, 1987’de Victoria’da tütüne karşı mücadele etmek için kurulan vakfa destek amacıyla tütün vergisi konmuş, Güney Afrika Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2002’de çıkarılan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’nin taslağının hazırlanmasında küresel düzeyde etkin rol oynamıştır (The History of Tobacco).

Osmanlı İmparatorluğu’nda yabancı tüccarların her derde deva olarak tanıttığı tütünün hızla yayılmasıyla ortaya siyasi ve dini tepkiler yasaklamaları da beraberinde getirmiştir. 1609’da başlayan yasaklamalar IV. Murat zamanında daha da sıkılaştırılmıştır. Dördüncü Murat’ın ölümünden sonra 1649’da ise tütünün mübah olduğuna dair verilen fetvayla yasaklama gevşetilmiş, 1688’de tütünden vergi alınmaya başlanmıştır (Yılmaz, 2012). Osmanlı Devleti 1884 yılında tütün ekiminin yarı hissesini ekonomik nedenlerle Fransız Reji şirketine vermiştir (Doğruel ve Doğruel, 2000). Fransız Reji şirketine olan borçlar ödenerek 1 Mart 1925’de şirketin tüm hakları Türkiye Cumhuriyeti Devleti’ne devredilmiştir (Koç, 2000).

2.2. Tütünün İçeriği ve Kullanım Şekilleri

Tütün patlıcangiller familyasının “nicotiana” cinsinden olan bir üyesidir ve 65 türü vardır. Nicotiana tabacum ve nicotiana rustica bunlar arasında en bilinenleridir. Nicotiana tabacum dünyadaki tütün üretiminin %90’ını oluşturur (Otan ve Apti, 1989).

Tütünün fiziksel ve kimyasal özellikleri tütünün tipine, yetiştirildiği toprağa, yetiştiği iklime, işlenmesine bağlı olarak değişkenlik gösterir (Otan ve Apti, 1989). Koyu renkli tütün yapraklarının nikotin oranı, açık renkli olanlara göre nispeten daha yüksektir. Nikotin oranı düşük olanlardan yumuşak içimli sigaralar üretilirken, yüksek olanlardan içimi sert olan enfiye, puro, pipo üretilir (Çiçek, 1998).

Tütün dumanı, bazıları belirgin tahriş edici özelliklere sahip olan ve 60 kadarının kanserojen olduğu bilinen veya şüphelenilen 4.000’den fazla kimyasal içerir (Health Risks).

Tablo 1. Tütün dumanındaki bazı maddeler (Health Risks)

Aseton	Boya sökücü
Amonyak	Zemin temizleyicisi
Arsenik	Karınca zehiri
Bütan	Çakmak gazı
Kadmiyum	Araba aküleri
Karbon monoksit	Egzoz dumanı
DDT	Böcek ilacı
Metanol	Roket yakıtı
Naftalin	Naftalin topu
Toluen	Endüstriyel çözücü
Vinil klorid	Plastik maddeler

2.2.1. Sigara

Filtreli ve filtreli olmayan türleri olan sigara, tütün yapraklarının kıyılarak ince bir kağıda sarılmasıyla oluşturulur. Sigaranın içerdiği tütün cinsine ve üretimine göre değişen beş çeşidi vardır. Bunlar Virginia (İngiliz), Dark (Fransız-esmer), Şark (Türk tipi- Oriental), Amerikan blend ve Kretek çeşitleridir (Şuben, 1989). Halk arasında katran miktarı nispeten az olan light ve ultralight sigaraların daha az zararlı olduğuna yönelik bir düşünce olsa da nikotin miktarları aynı olduğundan sigara içenler bağımlılık yapan maddelere ve kanserojenlere aynı oranda maruz kalmakta, hastalık gelişme riski azalmamaktadır (Kozlowski ve Pillitteri, 2001). Mentollü sigara içenlerin daha az içmelerine rağmen sigarayı bırakmakta daha fazla zorlandığı, sigarayı bırakanların tekrar başlama ihtimalinin daha yüksek olduğu ve tütün dumanındaki zararlı maddelere maruziyeti daha fazla arttırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Kabbani, 2013).

2.2.2. Nargile

Nargile tütünün yanmasıyla oluşan dumanın bir hortum aracılığıyla soğuk sudan geçirilip inhale edilmesi şeklinde kullanılır (HOOKAH IS NOT HARMLESS-Campaign for Tobacco-Free Kids). Bir saatlik nargile seansı sırasında kişi 100 sigara kadar tütün dumanı solur (Cobb ve ark., 2010). Son zamanlarda nargile kafelerin yaygınlaşmasıyla özellikle gençler arasında sık kullanılır hale gelmiştir. Nargile kullananların çoğunun nargilenin zararları konusunda

yeterince bilgiye sahip olmadığı ve nargilenin bağımlılık yaptığından habersiz olduğu gösterilmiştir (Subaşı ve ark., 2005).

2.2.3. Puro ve pipo

Puro tütün yapraklarının elle ya da makineyle sarılmasıyla elde edilir. Pipoda kullanılan tütünler bazen aromalandırılır (National Cancer Institute, 1998). Sigara dumanına göre purolardan elde edilen toplam partikül madde özütlerinin, nikotin birimi başına %200'e kadar daha fazla mutajenik olduğu bildirilmiştir (Rickert ve ark., 2007).

2.2.4. Enfiyelik ve çiğnemelik tütün

Toz haline getirilip bazı aromatik bitkiler eklenen tütünün enfiye çukuruna konması ve burna çekilmesi şeklinde kullanılır (Şuben, 1989). Çiğnemelik tütün kullanımının başlıca sağlık riskleri; periodontal hastalık ve diş çürümesi dahil olmak üzere ağız boşluğu hastalıkları ve biraz daha yüksek ağız kanseri riskidir (Kallischnigg ve ark., 2008).

2.2.5. Maraş otu

Ülkemizde Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaygın olarak kullanılan maraş otu *Nicotina rustica* linn ismindeki tütün ile ceviz, meşe, asma ağaçlarından elde edilen külün eşit oranda karıştırılmasıyla elde edilir. Sigara kağıdı içine konup bohça şeklinde sarılarak hazırlanır ve alt dudakın iç kısmında bekletilerek kullanılır. Oral kavite skuamöz hücreli karsinomla ilişkilidir (Lazarus ve ark., 1996).

2.2.6. İsveç snus

Snus, burun boşluğunda kullanılan kuru formda ve ağız boşluğunda kullanılan nemli formda üretilir (Idris ve ark., 1998).

2.2.7. Bidis ve kretekler

Bidis, Amerika Birleşik Devletleri'ne, özellikle Hindistan ve diğer Güneydoğu Asya ülkelerinden ithal edilen küçük, ince, elle sarılmış sigaralardır. Bir tendu veya temburni yaprağına (Asya'ya özgü bitkiler) sarılmış tütün içerirler ve bir veya iki ucunda renkli bir ip ile sabitlenebilirler. Bidis aromalı (örneğin çikolata, kiraz, mango) veya aromasız olabilir (Centers for Disease Control and Prevention, 1999). Kretekler -bazen karanfilli sigara olarak da anılır- Endonezya'dan ithal edilir ve tipik olarak tütün, karanfil ve diğer katkı maddelerinin bir karışımını içerir (Malson ve ark., 2003) Bidis ve kretekler, Amerika Birleşik Devletleri'nde satılan geleneksel sigaralara göre daha yüksek nikotin, katran ve karbon monoksit konsantrasyonlarına sahiptir (Centers for Disease Control and Prevention, 1999).

2.3. Tütün Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya çapında 1,3 milyar tütün kullanıcısı bulunmakta ve kullanıcıların çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamını sürdürmektedir (WHO Tobacco Fact Sheet). MPOWER politikalarının uygulanmaya başlandığı 2007 yılı ve 2017 yılları arasındaki süreçte tüm dünyada tütün ve tütün ürünü kullanım oranı tüm popülasyonda %22,5'tan %19,2'ye, erkeklerde %37,1'den %32,7'ye, kadınlarda ise %8'den %5,8'e düşmüştür. Bu düşüş, düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere kıyasla daha az gerçekleşmiştir (World Health Organization, 2017).

Ülkemizde 2008 ve 2012 yıllarında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) verilerine göre tütün ürünlerinin kullanım sıklığı dört yıllık süreçte tüm popülasyonda %31,2 değerinden %27,1'e, erkeklerde %47,9'dan %41,5'e, kadınlarda %15,2'den %13,1'e düşmüştür (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). KYTA 2016 verilerine göre ülkemizde tütün ürünü kullanımı tüm popülasyonda %31,6, erkeklerde %44,1 kadınlarda ise %19,2'dir. 18 yaş ve altında tütün ürünü kullanmaya başlayanların sıklığı %57,5'tir (Öntaş ve Aslan, 2019). 2017 yılında yapılan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması'na göre ise tütün ürünlerinin kullanım sıklığı %31,5 olarak bulunmuştur. Erkeklerde bu oran % 43,4 iken, kadınlarda %19,7'dir. Tütün ürünlerinin yaş gruplarına göre kullanım sıklığı belirgin farklılıklar göstermekte ve tüm yaş gruplarında erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksektir. 30-44 yaş grubunda tütün ürünlerinin kullanım sıklığı en yüksektir (%41,8). 30-44 yaş grubundan sonra kullanım sıklığı azalmakta ve 70 yaş üstünde en az seviyeye gelmektedir. (Üner ve ark., 2018). Türkiye sağlık araştırması 2019 verilerine göre 15 yaş ve üzerinde her gün tütün kullanan bireylerin oranı; tüm popülasyonda %28, erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %14,9'dur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020).

Ülkemizde uygulanan tütün kontrol politikalarıyla birlikte sigara dumanından pasif etkilenenlerin sıklığı hem erkekler, hem de kadınlarda önemli ölçüde azalmıştır. Bu düşme bütün kamusal alanlarda gerçekleşmiş; 2008-2012 yılları arasındaki süreçte iş yerlerinde sıklık %37,3'den %15,6'ya, resmi dairelerde %11,3'den %6,5'e, toplu taşımada %16,5'den %10,4'e ve sağlık kuruluşlarında %6'dan %2,8'e düşmüştür (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). KYTA 2016 verilerine göre ise yetişkinlerin %4,7'si kamu binalarında, %28'i kafeler gibi halka açık mekanlarda, %12,7'si ise restoranlarda tütün dumanından pasif olarak etkilenmektedir. Çalışma ortamlarında tütün dumanından etkilenen yetişkinlerin sıklığı ise %10,6'dır (Öntaş ve Aslan, 2019).

Ülkemizde en sık tüketilen tütün ürünü mamul sigaradır (%25,7). Sarma sigara kullanım sıklığı %2,6, nargile kullanım sıklığı ise %0,8'dir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Nargile kullanımı son zamanlarda nargile kafelerin artmasıyla özellikle gençler arasında sık kullanılır hale gelmiştir. Nargile kullananların çoğunluğu nargile kullanmaya 19 yaşından önce başlamıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

2.4. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı nedeniyle gelişen hastalıklar sonucu dünyada her yıl sekiz milyondan fazla insan yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin yedi milyondan fazlası tütünün doğrudan kullanımından kaynaklanırken, bir milyondan fazlası ise ikinci el sigara dumanına maruz kalmanın sonucudur (WHO Tobacco Fact Sheet). Sigara kullanımı koroner arter hastalığı, KOAH, serebrovasküler hastalıklar ve akciğer kanseri başta olmak üzere birçok hastalığın etiyolojisinde yer almaktadır (Health Risks). Tütün kullanımının neden olduğu hastalıklar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Tütün kullanımının neden olduğu hastalıklar (Health Risks)

Kanserler	Akciğer, mide, kolorektal, pankreas, karaciğer, serviks, özefagus, mesane, böbrek, dudak, gırtlak
Akciğer	KOAH, astım, amfizem, pnömoni
Kalp	Myokard infarktüsü
Mide,duodenum	Peptik ülser
Kemik	Osteoporoz, kalça ve omurga kırıkları
Beyin	Serebrovasküler hastalık
Damar	Aterosklerotik hastalık, aort anevrizması, Buerger hastalığı, Raynaud sendromu
Kan	Lösemi
Pankreas	Tip 2 diabetes mellitus
Diş	Plak, diş eti hastalığı, dişte lekelenme
Cilt	Kırıksıklıklar, erken yaşlanma
Ağız ve boğaz	Boğaz ağrısı, tat duyusunda azalma, soğuk algınlığı, grip
Göz	Katarakt, maküla dejenerasyonu
Diğer	İmmün sistemde zayıflama, yara iyileşmesinde gecikme, infertilite, erken menapoz, koku almada azalma, impotans

Sigara kullanımı, KOAH gelişimine neden olan en önemli çevresel risk faktörlerinden biridir. Sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre FEV1'deki yıllık düşüş daha fazla olup solunum semptomları daha yaygın görülür (Kohansal ve ark., 2009). 2004 yılında Amerikan

Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanan raporda KOAH gelişiminden %90 sigara sorumlu tutulurken, son zamanlarda yapılan çalışmalarla bu oranın %44-45 olduğu bildirilmiştir (Soriano ve Rodriguez, 2011). Gelişmiş ũlkelerde ise KOAH gelişiminden %50-70 sigara sorumlu tutulmaktadır (Waatevik ve ark., 2013). Sigara içiminin KOAH'a neden olmasının altında yatan iki ana mekanizma oksidatif stres ve proteaz-antiproteaz dengesizliğidir. Bu mekanizmalar sigara dumanının akciğerlere solunmasıyla tetiklenir. Akciğer, solunan ajanların neden olduğu hasarı kontrol etme işlevine sahip savunma mekanizmalarına sahip olmasına rağmen, bu savunmalar sigara dumanının sürekli solunması ile etkisini yitirir. Bu süreçleri kontrol etmenin ve durdurmanın tek yolu sigarayı bırakmaktır (Janoff ve ark., 1983)

Sigara dumanına maruz kalma, sigaraya bağlı kardiyovasküler olayların patogeneğinde önemli bir faktör olan tromboz riskinde artışa yol açar. Sigara içmek; hem koroner hem de periferik arterlerde endotel hasarına ve işlev bozukluğuna, trigliserit düzeyinde artışa, HDL düzeyinde düşüşe yol açarak aterojeniteye katkıda bulunur. Endotel disfonksiyonundan oksitleyici kimyasalların ve nikotinin sorumlu olduğuna dair tutarlı kanıtlar vardır (Benowitz, 2003). Sigarayı bırakmak, koroner kalp hastalığı olan veya olmayan sigara içenler için kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskini azaltır. Kardiyovasküler hastalığı olduğu bilinen kişilerde sigarayı bırakmayı kolaylaştırmak için nikotin veya diğer ilaçların kullanılması, sigara içmeye devam etme riskinden çok daha az risk oluşturur (Thomson ve Rigotti, 2003).

Sigara içmek başta akciğer kanseri olmak üzere baş, boyun, özeagus, mide, mesane, pankreas, böbrek, kolorektal, karaciğer ve serviks kanseriyle ilişkilidir (Health Risks). Ailevi yatkınlık ve genetik polimorfizmler tütünle ilişkilili neoplazilerde rol oynayabilir. Yapılan çalışmalarda sigara içimi akciğer kanserinin başlıca nedeni olarak belirlenmiştir (Ries ve ark., 2004).

Sigara içmeyen kişilerin istemsiz olarak sigara dumanının maruz kalmasını ifade eden pasif içicilik, dünya çapında önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Dünya çapında çocukların %40'ı, sigara içmeyen erkeklerin %33'ü ve sigara içmeyen kadınların %35'i ikinci el dumana sigara dumanına maruz kalmaktadır. Bu maruziyet iskemik kalp hastalıkları, alt solunum yolu enfeksiyonları, astım ve akciğer kanseri başta olmak üzere birçok hastalığa neden olarak mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır (Oberge ve ark., 2011).

Üçüncü el sigara dumanı; sigara dumanından yayılan bileşiklerle temas halindeki yüzeylerin kirlenmesini, bu bileşenlerin kimyasal dönüşümleri ile üretilen ürünleri ve uçucu

bileşenlerin havaya gazla atılmasını ifade eder (Winickoff ve ark., 2009). Tütün dumanıyla temas halindeki yüzeylere emilen artık nikotin, ortamdaki nitroz asitle reaksiyona girip nitrozaminlere dönüşerek kanserojen madde oluşumuna neden olur (Sleiman ve ark., 2010).

2.5. Tütün Kontrolü Politikaları

2.5.1. Dünya’da tütün kontrol politikaları

Dünya Sağlık Örgütü tütün bağımlılığıyla mücadelede ülkelere destek olmaktadır. 2003 yılında Dünya Sağlık Genel Kurulu’nda Tütün Kontrolü Çerçevesi Sözleşmesi kabul edilmiştir. Dünyada tütünle mücadele konusunda yapılan ilk düzenleme olan bu sözleşmenin amacı, tütünle mücadele konusunda ülkeleri teşvik etmektir. Bu sözleşme tütün kullanımı sonucu gelişen mortalite ve morbiditenin önlenmesi için yapılması gereken yöntemleri içerir. 2008 yılında ise tütünle mücadele konusunda etkisi ispatlanmış MPOWER politika paketi geliştirilmiştir. MPOWER politika paketi aşağıda belirtilen aşamaları içerir (World Health Organization, 2008).

2.5.1.1. M(Monitor): Tütün kullanımının ve koruyucu önlemlerin takip edilmesi

İyi bir izleme ve değerlendirme sistemiyle devletler tütün kontrol politikaları geliştirmeli ve bu politikaları hayata geçirmek için gerekli şartları yerine getirmelidir. Etkin bir izleme ve değerlendirme programında tütün kullanımının sıklığı ve tütün kullanımının sosyodemografik verilere göre dağılımını içeren bilgiler olmalıdır. Bu bilgiler ışığında tütün kontrolü çalışmalarının etkinliği etkin bir şekilde takip edilmelidir (World Health Organization, 2008).

2.5.1.2. P(Protect): İnsanların sigara dumanının pasif etkileniminden korunması

Sigara dumanından pasif etkilenim koroner arter hastalıkları ve kanserler dahil birçok hastalığa neden olabilir. Sigarasız ortamlar oluşturulması sigarayı bırakmak isteyenlere de fayda sağlar. Kapalı yerlerde sigara içilebilecek ortamlar oluşturulması sigarasız ortam yasasını ciddi şekilde zayıflatmaktadır. İnsanları sigaranın pasif etkileniminden korumanın en etkili yolu sigaranın bütün kapalı alanlarda tam olarak yasaklanmasıdır (World Health Organization, 2008).

2.5.1.3. O(Offer): Sigarayı bırakma konusunda uygun yardımın önerilmesi

Sigara içenlerin çoğu sigarayı bırakmak istemelerine rağmen çoğu kez kendi başlarına bağımlılıktan kurtulmayı başaramazlar. Sigarayı bırakmak isteyenlere uygun yardım önerilirse bundan faydalanabilirler. Sigara bağımlısına yapılacak yardım tıbbi tavsiyelerden farmakolojik tedaviye kadar uzanan yöntemleri içerir (World Health Organization, 2008).

2.5.1.4. W(Warn): İnsanların sigaranın zararları konusunda uyarılması

Dünyada sigara içenlerin çoğu sigaranın zararları konusunda pek az bilgiye sahiptir ve sigaranın yol açtığı hastalıklar arasında akciğer kanserinden başkasını bilmez. İnsanlar sigarayı sağlığa zararlı, olumsuz imaj yaratan ve sosyal olarak istenmeyen bir madde olarak bilmelidir. İnsanlarda bu farkındalığı oluşturmak için sivil toplum kuruluşları ve hükümetler sigara karşıtı kampanyalar düzenlemelidir. Sigara paketleri üzerindeki resimler, sigaranın sağlığa olan zararları konusunda sözlü mesajlardan daha fazla farkındalık yaratır (World Health Organization, 2008).

2.5.1.5. E(Enforce): Tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluklarını engelleme konusunda mevcut mevzuatların güçlendirilmesi

Tütün ürünlerinin yaygın bir şekilde tanıtılması tütünün diğer tüketim maddelerinden farksız hale getirir ve tütünün sağlığa zararları konusunda farkındalığı azaltır. Pazarlama faaliyetleri; sigaranın çekicilik, enerji, gençlik ve cinsellik gibi arzu edilen farklı özelliklerle özdeşleştirilmesine neden olur. Pazarlama ve reklam konusunda yasaklama tütünle mücadelede en etkin yoldur. Yasaklamanın etkin olabilmesi için televizyon, radyo, gazete, dergi, internet gibi tütün reklamının yapılabileceği her türlü yolun önüne geçilmesi gerekir. Tütün endüstrisi bütün reklam yollarının engellenmesiyle gençlerin hoşlanacağı eğlence, spor, müzik gibi alanlarda sponsorluk yapmaya yönelir. İnsanları tütün endüstrisinin bu tuzaklarından ancak yasaklamalar koruyabilir (World Health Organization, 2008).

2.5.1.6. R(Raise): Tütün üzerindeki verginin arttırılması

Tütün ürünleri üzerindeki vergileri arttırmak, tütün kullanımını azaltmada tek başına en etkili yoldur. Vergilerin yüksek tutulması özellikle gençlerin ve yoksulların sigarayı bırakması bakımından önemlidir. Vergilerin arttırılması sigarayı içmeyenlerin yanında, sigara içenlerin de giderek daha fazla benimsediği bir vergidir (World Health Organization, 2008).

2.5.2. Türkiye’de tütün kontrol politikaları

Türkiye’de tütün kullanımını azaltmaya yönelik çalışmalar, 1980’lerin ortalarında başlamıştır. 1986 yılında Sağlık Bakanı sigara kullanımını azaltmaya hedefleyen ilgili uzmanların katıldığı bir toplantı düzenlemiştir, 1987 yılında sigara kullanım sıklığını belirlemek amacıyla bir prevalans çalışması yapılmıştır. 1996 yılında çıkarılan Tütün Kontrol Kanunu ile ilk kez sağlık ve eğitim kurumları, bazı kamu binaları, spor faaliyetlerinin düzenlendiği yerler

gibi kapalı alanlarda sigara kullanımı yasaklanmıştır. Ayrıca tütün ürünlerinin reklamı ile 18 yaş altındaki kişilere de sigara satışı yasaklanmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Türkiye Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 yılında kabul ettiği Tütün Kontrolü Çerçevesi Sözleşmesi'ni 2004 yılında imzalamıştır. 2004 yılında Ulusal Tütün Kontrolü Komitesi kurularak 2008-2012 yıllarını kapsayan Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planı hazırlanmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

TEKEL'in özelleştirilmesi ve yetkilerinin kaldırılması sebebiyle bu görevi üstlenmek üzere 2002 yılında Tütün ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuştur. Bu kurumun piyasayı düzenlemekle beraber; tütün endüstrisini denetleme, tütün ürünlerindeki katran, nikotin, karbon monoksit miktarlarını belirleme ve kuralların ihlali durumunda ceza verme yetkisi de bulunmaktadır. TAPDK tarafından 2010 yılında yapılan düzenlemelerle sigara paketleri üzerine sağlık uyarılarının yer aldığı resimler basılmış, İl Tütün Kontrol Kurulu oluşturulması planlanmış, sahadaki uygulamaların takibi için denetim ekipleri oluşturulmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılan çalışmalarla 2018'de Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı oluşturulmuştur. Eylem planının nihai hedefi; 2018-2023 yılları arasındaki süreçte toplumdaki tüm bireyleri tütün ürünlerinin sosyal, sağlık, çevresel ve ekonomik zararlarında korumaktır. Toplumun tütün kullanımına başlamalarını önleyerek tütün ürünlerine talebin azaltılması, tütün ürünlerine kolay erişimin önlenerek tütün ürünlerine erişilebilirliğin azaltılması ve tütün kontrolünün sağlanmasında iş birliği, koordinasyon, etkin izleme ve değerlendirme yapılması nihai hedefe ulaşmak için ara amaçlar olarak belirlenmiştir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

2.6. Nikotin Bağımlılığı

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'e (DSM-V) göre kişide tütün kullanım bozukluğunun varlığından söz edilebilmesi için bir yıl içinde aşağıdaki maddelerden en az ikisi kendini göstermeli, klinik açıdan kişiyi belirgin bir sıkıntıya düşürmeli ve işlevsellikte azalmaya yol açmalıdır:

- Tütünün istendiğinden daha fazla ya da daha uzun süre kullanımı
- Tütünü bırakmak ya da kontrol altında tutmak için istek ya da sonuç vermeyen çabalar

- Tütünü elde etmek, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
- Tütün kullanımı için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
- Tütünün tekrar eden kullanımı sonucu sorumluluklarını yerine getirememe
- Olumsuz etkilerine rağmen tütün kullanmaya devam etme
- Tütün kullanımından dolayı günlük etkinliklerin bırakılması ya da azaltılması
- Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi tütün kullanmaya devam etme
- Tütünü kullanımının şiddetlendirdiği bedensel ya da ruhsal bir sorunu olmasına rağmen tütün kullanmaya devam etme
- Tolerans gelişmesi (aşağıdakilerden bir veya ikisinin varlığı)
 - ✓ İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi
 - ✓ Aynı miktarda maddenin devamlı kullanımı sonucu etkisinin azalması
- Yoksunluk gelişmesi (aşağıdakilerden bir veya ikisinin varlığı)
 - ✓ Sinirlilik, huzursuzluk, dikkat dağınıklığı, terleme, titreme gibi yoksunluk semptomlarının ortaya çıkması
 - ✓ Yoksunluk semptomlarının bitmesi için tütün kullanımı (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.7. Sigara Bırakma Yöntemleri

Herhangi bir sebeple sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin sigara içme durumları kesinlikle sorgulanmalıdır. Eğer sigara içiyorlarsa sigarayı bırakmak isteyip istememe durumuna göre uygun yönlendirmede bulunulmalıdır. Sigara içen kişi bırakmaya karşı istekliyse uygun tedavi programına alınmalı, istekli değilse sigarayı bırakma konusunda motivasyonel destek sağlanmalıdır (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Sigara bırakma konusunda uygulanan program, 5A ve 5R şeklinde kısaltılan davranışsal ve bilişsel yöntemler ile nikotin yoksunluk semptomlarını azaltmaya yönelik farmakolojik tedaviden oluşmaktadır (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

2.7.1. Davranışsal ve Bilişsel Yöntemler

Davranışsal ve bilişsel yöntemler sigarayı bırakmak isteyenlere destek amacıyla uygulanan 5A ve bırakmak istemeyenlere bırakma konusunda motivasyon sağlamak amacıyla uygulanan 5R yaklaşımlarından oluşmaktadır (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Sigara bırakmayı düşünen bireylere uygulanan 5A yaklaşımı; Ask (Öğren) Advice (Öner), Assess (Ölç), Assist (Önderlik et), Arrange (Örgütüle) aşamalarını içerir:

Ask (Öğren): Her hastaya her görüşmede mutlaka sigara içme durumu sorulmalıdır. Vital bulgulara ek olarak sigaranın kaç yıldır içildiği, günde içilen sigara sayısı, sigara dışı tütün ürünlerinin kullanılıp kullanılmadığı kaydedilmelidir (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Advice (Öner): Sigara içen herkese sigarayı bırakma konusunda bireysel, açık ve net öneride bulunulmalıdır. Öneride bulunurken ikna edici bir tavır takınılmalıdır. Bu aşamada hastaya; "Sigara bırakmanızın çok önemli olduğu kanaatindeyim, size yardım edebilirim.", "Hastalık gelişmeden sigarayı bırakmalısınız", "Sigarayı bırakırsanız; sigaranın ekonomik yükünden kurtulacaksınız, ailenizin sigara dumanına maruz kalmasının önüne geçeceksiniz, mevcut hastalıklarınızın ilerlemesini yavaşlatacaksınız, sosyal ilişkileriniz daha iyi olacak." gibi mesajlar verilmesi önerilmektedir (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Assess (Ölç): Sigara içen herkese, "Sigara içmeyen biri olmak ister misiniz?" ve "Başarılı bir şekilde bırakma şansınız olduğunu düşünüyor musunuz?" soruları yöneltilerek bırakma konusundaki isteği değerlendirilmelidir. Bırakmak istiyorsa sonraki iki aşamaya geçilmeli, istemiyorsa 5R yaklaşımına geçilmelidir (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Assist (Önderlik et): Sigarayı bırakmak isteyenlere uygun bir program dahilinde yardımcı olunmalı, iki hafta içinde bırakma tarihi belirlenmelidir. Bırakma kararı hastanın sosyal çevresine bildirilmeli ve bu konuda destek istenmelidir. Bırakma girişimiyle birlikte hastaya; karşılaşılabileceği zorluklar ve bu zorluklarla nasıl başa çıkabileceği, kilo almanın önlenmesi ve nikotin yoksunluğuna bağlı stresin azaltılması için egzersiz yapması, yaşam tarzında değişikliğe giderek sigara içmeyi hatırlatan her türlü faaliyetten uzak durması, sigarayı bıraktıktan sonraki birkaç hafta içinde nikotin yoksunluk semptomlarının zirve yapacağı, yoksunluk semptomlarının neler olduğu, sigara içme isteği geldiğinde yapılması gereken davranış stratejileri, sigarayı bıraktıktan sonra içilecek bir sigaranın bile nükse neden olabileceği, nikotin yoksunluk semptomlarına karşın farmakolojik tedavi verilebileceği ve ilaçların yan etkileri konularında bilgilendirme yapılmalıdır (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Arrange (Örgütüle): Sigara bırakma tarihinden itibaren hastalar yüz yüze ya da telefon görüşmeleriyle takip edilmelidir. İlk görüşme bırakma tarihinden itibaren bir hafta içinde yapılmalıdır. Görüşmelerde süreçte karşılaşılan zorluklar, ilaçların kullanımı ve yan etkileri değerlendirilmelidir. Sigarayı bırakanlar tebrik edilmeli, nüks olmuşsa nüks oluşumuna neden olan sorunlara yönelik çözümler üretilmelidir (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Sigara bırakmayı düşünmeyen bireylere uygulanan 5R yaklaşımı; Relevance (İlişki), Risks (Riskler), Rewards (Ödüller), Roadblocks (Engeller), Repetition (Tekrar) aşamalarını içerir:

Relevance (İlişki): Sigara bırakmanın ne kadar önemli olduğu hastanın o anki durumuyla (yaş, cinsiyet, hastalık durumu, aile veya sosyal durum vb.) ilişkilendirilerek hasta bırakma konusunda teşvik edilmelidir (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Risks (Riskler): Hastalara sigara kullanımının getireceği olumsuz sonuçlar anlatılmalı, gelişmesi muhtemel akut, kronik ve çevresel riskler konularında bilgilendirme yapılmalıdır. Bu risklerin bireyin eşinde, çocuklarında ve sosyal çevresinde de gelişebileceği vurgulanmalıdır (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Rewards (Kazançlar): Sigaranın bırakılmasıyla birlikte hastaya; sağlığının günden güne iyiye gideceği, para biriktirebileceği, tat ve koku duyusunun iyileşeceği, çocuklara iyi örnek olacağı, kendini daha dinç hissedeceği, erken yaşlanmanın önüne geçileceği gibi yararlar üzerinde durulmalıdır (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Roadblocks (Engeller): Sigarayı bırakmanın önündeki çekilme semptomları, kilo alımı, destekten yoksunluk, sigaradan alınan keyif, depresyon gibi engeller belirlenmeli ve bu engellerin nasıl aşılabileceğine yönelik çözümler üretilmelidir (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Repetition (Tekrar): Sigarayı bırakma isteği olmayan bireylerin her klinik başvurularında motivasyonel görüşmeler tekrarlanmalıdır (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

2.7.2. Farmakolojik Tedaviler

Sigarayı bırakırken süreci en fazla zorlaştıran sebep, sigaranın bırakılmasıyla meydana gelen nikotin yoksunluğudur. Farmakolojik tedavinin amacı, nikotin yoksunluk semptomlarının oluşmasını önlemektir. Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT) ile bağımlılık düzeyi orta ve yüksek saptanan bireylere farmakolojik tedavi başlanması önerilmektedir. Ülkemizde uygulanan farmakolojik tedavi; nikotin replasman tedavisi (NRT), vareniklin ve bupropionu içerir (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

2.7.2.1. Nikotin Replasman Tedavisi

Günümüzde nikotin replasman tedavisinde; nikotin bandı, nikotin sakızı, nikotin nazal sprey, nikotin dil altı tablet, nikotin pastil ve nikotin kartuşu tek başına ya da kombine halde kullanılmaktadır. Ülkemizde en sık nikotin bandı ve nikotin sakızı tercih edilir (Erdoğan ve Gülmez, 2013).

Nikotin bandının 16 ve 24 saatlik formu mevcut olup, ülkemizde 24 saatlik formu kullanılır. 24 saatlik formun 30 cm², 20 cm², 10 cm² boyutlarında 3 farklı preparatı olup vücuda kontrollü bir şekilde sırasıyla 21 mg, 14 mg ve 7 mg nikotin salınmaktadır (Erdoğan ve Gülmez, 2013). Tedaviye günde 10 adetten fazla sigara içenlerde 21 mg, 10 adetten az

içenlerde 14 mg'lık formulla başlanarak altı hafta devam edilir. Altı haftadan sonra doz azaltımı yapılarak 2-6 hafta daha devam edilir (Rigotti ve ark., 2018). Tedavinin başlanmasıyla birlikte sigara içilmemelidir. Bant gövdenin ön yüzüne veya kolun üst kısmına tüysüz bir bölgeye yapıştırılır. Cilt reaksiyonlarını en aza indirmek için bandın yapıştırıldığı yerin günlük değiştirilmesi gerekir. Bandın yan etkileri arasında; uygulama yerinde tahriş, kalpte ritim bozukluğu, baş ağrısı, myalji, uyku problemi, canlı rüyalar yer alır (Erdoğan ve Gülmez, 2013). Uykusuzluğu veya canlı rüyaları yönetmek için bant yatmadan önce çıkarılabilir (Rigotti ve ark., 2018).

Nikotin sakızının 2 mg ve 4 mg'lık iki formu bulunur. Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı ilk yarım saatte içenlere 4 mg, yarım saatten sonra içenlere ise 2 mg'lık nikotin sakızı önerilmektedir. Normal sakızla aynı şekilde çiğnenmez, dikkatli talimat gerektirir. Nikotin sakızı ağızda karıncalanma hissi oluşuncaya kadar çiğnenir, daha sonra yanak mukozasında karıncalanma hissi geçinceye kadar bekletilir. Her karıncalanma azaldığında çiğneme ve bekletmeye devam edilir, yarım saat sonra sakız atılır. İki sakız kullanımı arasında en az yarım saat olmalıdır ve günde 24 adetten fazla sakız çiğnenmemelidir. Kullanım sıklığını kullanıcılar belirler. Kullanımdan 15 dakika önce ve kullanım sırasında yiyecek ve içecek tüketilmemelidir. Yan etkileri arasında; ağızda tahriş, çene ağrısı, göğüste yanma hissi, hıçkırık ve mide bulantısı yer alır (Rigotti ve ark., 2018).

2.7.2.2. Vareniklin

Nikotin, beyinde bulunan 2 $\alpha 4$ ve 3 $\beta 2$ subüniteleri içeren nikotinic asetilkolin reseptörlerine bağlanarak dopamin salınımına neden olur. Dopamin salınımı, nikotinin tekrar alınması yönünde etkinin devamına yol açar. Vareniklin bu reseptörlerin parsiyel agonistidir. Parsiyel agonist olması nedeniyle düzenli dopamin salınımına yol açarken, reseptörleri işgal ettiğinden antagonist etki gösterir ve sigara içildiği takdirde bile nikotinin dopamin salınım etkisi ortaya çıkmaz (Jorenby ve ark., 2006).

Vareniklin ile tedavi; ilk 3 gün günde bir defa 0,5 mg, 4-7 günlerde günde iki defa 0,5 mg, 8. günden itibaren günde iki defa 1 mg tablet şeklinde düzenlenir. Önerilen tedavi süresi 3-6 aydır (Rigotti ve ark., 2018). Başlangıçta ilaç kullanımıyla beraber sigara içilirken, tercihen 7-14. günler arasında belirlenen bırakma tarihinden itibaren sigara bırakılır (Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, 2014).

Vareniklin, en sık bulantı başta olmak üzere gastrointestinal yan etkilere yol açar. Bu etkileri azaltmak için tedaviye düşük dozla başlanıp doz arttırımı yapılır ve ilaç tok karna alınır. Diğer yan etkileri arasında; uyku bozukluğu, canlı rüya görme, baş ağrısı yer alır. İlaç

kullanmaya başlarken rahatsızlık veren yan etkiler, özellikle bulantı ilerleyen süreçte çoğunlukla etkisini yitirmektedir. %80 renal yolla atıldığından karaciğer yetmezliği olanlarda rahatlıkla kullanılabilir. Ağır böbrek yetmezliği durumunda ise tedavi günlük doz 0,5 mg olacak şekilde düzenlenir. İleri yaş olgularda ve farklı ek hastalıkları olanlarda doz ayarlanması yapılmadan kullanılabilir. Bilinen bir ilaç etkileşimi yoktur. Kullanım sırasında laboratuvar izlemine gerek yoktur. İlaça karşı allerjik reaksiyon geliştirenler, gebeler, son dönem böbrek yetmezliği olanlar ve 18 yaş altında kişilerde vareniklin tercih edilmemelidir (Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, 2014).

Vareniklinin prospektusunda ilacın depresif ruh hali, intihara meyil, mevcut psikiyatrik semptomları şiddetlendirebileceği yönünde uyarılar mevcuttur. Sigaranın bırakılmasıyla birlikte benzer durumlar oluşabileceğinden bu durumun vareniklinden mi, sigaranın bırakılmasından mı kaynaklandığı tartışılmaktadır. Mevcut çalışmalar vareniklinin stabil hastalarda yakın izleme rahatlıkla tercih edilebileceğini göstermektedir (Pachas ve ark., 2012).

2.7.2.3. Bupropion

Bupropion, antidepresif etkinliği olan bir ilaç olup nörepinefrin ve dopaminin sinaptik geri alınımını inhibe ederek etkisini gösterir. Dopaminin sinaptik geri alınımını inhibe ettiğinden nikotin yoksunluk semptomlarını azaltır. Yapılan çalışmalarda tek başına bupropion kullanımıyla sigarayı bırakma başarısının yaklaşık 2 kat arttığı belirlenmiştir (Hughes ve ark., 2007).

Bupropion ile tedavi; ilk 3 gün 150 mg, daha sonra günde iki defa 150 mg tablet şeklinde düzenlenir. Önerilen tedavi süresi 3-6 aydır (Rigotti ve ark., 2018). Başlangıçta ilaç kullanımıyla beraber sigara içilirken, tercihen 7-14. günler arasında belirlenen bırakma tarihinden itibaren sigara bırakılır (Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, 2014). Bupropionun en sık yan etkileri; uykusuzluk, baş ağrısı, ajitasyon ve ağız kuruluğudur (Rigotti ve ark., 2018).

2.7.3. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme; sigara içenlerin davranışlarında değişiklik yapma konusundaki kararsızlığı keşfetmelerine ve çözmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini ortaya çıkarmayı amaçlayan, hedef odaklı, hasta merkezli bir danışmanlık tarzıdır. Yöntem, danışmanların sigara içen kişiye bir tedavi planı empoze etmek yerine danışmanlardan değişim için kendi motivasyonlarını ortaya çıkarmasına dayanır (Abrams ve ark., 2003).

Motivasyonel görüşmede hekim empati yaparak hastanın sigarayla ilgili duygu, düşünce, inanış ve değerlerini anlamaya çalışmalıdır. Görüşme hasta odaklı olmalıdır, hastanın konuşmasına izin verilmelidir. Hasta için önemli olan sağlık, ekonomi, aile gibi konularla sigara arasında ilişki kurulmalıdır. Sigara bırakma sürecinde yaşanabilecek sigarayı bırakma ve sigara içmeye dönme döngülerine karşın klinisyen hastaya suçlayıcı ve yargılayıcı yaklaşmamalıdır (Jarvis, 2004).

2.8. Nüks

Nüks, sigarayı bırakmış bir kişinin yenide sigaraya başlaması ve yeni bir bırakma denemesine kadar sigara içmeye devam etmesidir. Gençler, sağlık bilinci az olanlar, eğitim seviyesi düşük olanlar, bağımlılık düzeyi yüksek olanlar, alkol kullananlar ve çevresinde sigara içenlerde nüks ihtimali daha yüksektir. Nüks genellikle ilk haftalarda görülmekle beraber aylar ya da yıllar sonra da görülebilir. Erken dönemde görülen nükslerin en önemli nedeni, nikotin yoksunluk semptomları ve sigara içme isteğinin engellenememesidir (Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, 2014).

Nükslerin önlenmesi için sigara içmeyi tetikleyen faktörlerden uzak durulmalıdır. Alkol kullanımı, çevrede sigara içenlerin varlığı, özgüven eksikliği, tedaviye uyum sağlayamama, depresif ruh hali, stres, sinirlilik, karamsarlık, alınan kötü bir haber, ekonomik sıkıntılar varlığında nüks ihtimali artmaktadır (Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, 2014).

2.9. Aile Hekimliği ve Sigara

Sağlık Bakanlığı, ülkemizde sigara bağımlılığı ile mücadele için sigara bırakma poliklinikleri kurmuştur. Sigara bağımlılığı için kurulan bu merkezler az sayıda olup sigara ile mücadelede yeterli değildir. Aile hekimliğinin temel ilkeleri incelendiğinde sigara ile mücadelede, aile hekimliği gibi bütüncül ve kapsamlı yaklaşımı içinde barındıran bir disipline büyük ihtiyaç vardır. Ayrıca gerek hizmet sunumundaki yeri, gerekse ulaşılabilirliği açısından aile hekimlerine sigara bırakma konusunda eğitim ve görev tanımlaması yapılmalıdır.

Sigara bırakma tedavisi için başvuran hastalar uzun süre takip edilmeli, sigara bırakma durumları kontrol edilerek etkileyen faktörler belirlenmelidir. Bu bağlamda çalışmanın amacı Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne Ocak 2017-Aralık 2019 tarihleri arasında başvuran hastalarda tedavi sonuçlarını ve bunları etkileyen faktörleri değerlendirmek, sigara bırakma sürecinde karşılaştıkları kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı faktörleri belirlemek ve sigarayı bırakamama nedenlerini araştırmaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi ve Zamanı

Bu araştırma Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne 01.01.2017-30.12.2019 tarihleri arasında sigarayı bırakmak için başvuran hastaları kapsayan retrospektif bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırma kapsamında 01.02.2020-01.08.2020 tarihleri arasında yukarıda belirtilen tarih aralığında başvuran hastaların dosyaları incelenerek kayıtlı telefon numaraları aranıp şu anki sigara içme durumlarının sorgulaması yapıldı.

3.2 Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne 01.01.2017-30.12.2019 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 1812 hasta oluşturmaktadır. Çalışma bu hastalar arasından telefonla ulaşılabilen, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden 957 hasta ile tamamlanmıştır.

3.3 Dışlanma Kriterleri

Araştırma kapsamında çalışmaya dahil edilmeme kriterleri aşağıdaki gibidir:

1. 18 yaş altı kişiler
2. Gebeler
3. Emziren kadınlar
4. Psikiyatrik tanısı olanlar
5. Türkçe iletişim kurulamayanlar
6. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler

3.4 Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurul onayı alındı (Sayı: 2020/2283 Tarih: 07.02.2020).

Uygulama aşamasında telefonla aranan hastalara çalışmanın amacı hakkında kısaca bilgi verilerek çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sözlü onamları alındı.

3.5 Verilerin Toplanması

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 1812 hastanın ilk başvurularında kaydedilen dosyalardan sosyodemografik özellikleri, sigara kullanımı ile ilgili verileri ve uygulanan tedavi metotları yeni bir bilgi formuna kaydedildi. Hastalar telefon ile aranarak görüşme gününde sigara içip içmedikleri sorularak elde edilen güncel bilgiler yeni forma kaydedildi. Ancak 185 hastanın telefon numarası yanlış olduğundan, 669 hasta telefona cevap vermediğinden dolayı görüşme yapılamadı, bir hasta ise çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Çalışmanın evrenini geriye kalan 957 hasta oluşturdu.

3.5.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran her hastanın; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, tanı alan hastalık varlığı, alkol bağımlılığı, sigara tüketim paket yılı, sigara bırakmayı deneme sayısı, Fagerström bağımlılık düzeyi, Beck depresyon skoru, karbonmonoksit düzeyi ve solunum fonksiyon testi sonuçları dosyalarına yazılmaktadır. Her hastanın akciğer grafisi ve EKG sonuçları da dosyasında yer almaktadır. Katılımcıların bu bilgileri retrospektif olarak dosyaları incelenerek çalışmanın bilgi formuna kaydedilmiştir.

Hastaların sigara bırakma durumlarını öğrenmek amacıyla telefonla ulaşıldığında; sigara bırakma durumları, tedaviyi ücretli mi ücretsiz mi aldıkları, üç aylık tedavi programına uyup uymadıkları, verilen tedavi şekli, ilaçların yan etkileri, sigarayı bırakırken süreci en fazla kolaylaştıran/zorlaştıran faktörler, sigara içme isteğini engelleme yöntemleri, sigarayı bırakıp tekrar başlayanların tekrar başlama sebepleri ve bırakanlarda görülen en olumlu etkilerin neler olduğunu öğrenmeye yönelik 14 tane sorudan oluşan bir anket formu uygulandı. Görüşme sonunda katılımcılar; sigarayı bırakanlar, bırakıp yeniden başlayanlar ve bırakamayanlar olarak üç gruba ayrıldı. Sigarayı en az 6 aydır kullanmayıp tekrar başlamayan katılımcılar sigarayı bırakanlar grubuna dahil edildiler. Katılımcılara uygulanan anket formu Ek-4'de verilmiştir.

3.5.2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) , Sigara Ağırlık İndeksi (SAİ)

Nikotin bağımlılığının derecesi FNBT ile değerlendirilmiştir. Karl-Olov Fagerström tarafından Fagerström tolerans testinin tekrar gözden geçirilmesiyle oluşturulmuştur. FNBT altı sorudan oluşmakta olup elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı çok az (0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan), çok yüksek (8-10 puan) şeklinde beş grupta derecelendirilmektedir (Heatherton ve ark., 1991). Testin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, testin

güvenirliliği orta derecede bulunmuş, klinik uygulamalarda kullanılabileceği belirlenmiştir (Uysal ve ark., 2004). Sunulan çalışmada hastaların dosyalarından elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı; az bağımlılık (0-4 puan), orta bağımlılık (5-6 puan), yüksek bağımlılık (7-10 puan) şeklinde kategorize edildi. Sigara ağırlık indeksi (SAİ) FNBT'deki günde içilen sigara sayısı ve uyandıktan sonra ilk sigarayı yakma zamanları sorularının yer aldığı 2 soruluk bir testtir. 4 veya daha yüksek bir puanla tanımlanan yüksek bir SAİ puanı, yüksek nikotin bağımlılığını gösterir (Chabrol ve ark, 2005).

3.5.3 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve ark. (1996) tarafından depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek ve tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek amacıyla tasarlanmıştır (Beck, 1996). Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar tanımlanarak her bir cümleye 0-3 arasında puan verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafiften şiddetli forma doğru sıralanmıştır. Hastaların şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeleri işaretlemeleri istenmekte ve sonuç puanların toplamı ile elde edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (Hisli, 1989). Toplam puan 0-63 puan arasında değişir. Toplanan puanlara göre depresyon derecesi; minimal depresyon 0-9 puan, hafif depresyon 10-16 puan, orta depresyon 17-29 puan, şiddetli depresyon 30-63 puan şeklinde kategorize edilmiştir. Beck depresyon ölçeği (BDÖ) değeri kesim noktası olarak farklı değerler alınmakla birlikte, genel olarak kesim noktası ("cut off" değeri) 17 olarak alınmıştır (Hisli, 1989). Sunulan çalışmada da kesim noktası 17 puan olarak alınmıştır.

3.6 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versiyon 20.0 istatistik paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri uygulandı. Kategorik verilerin istatistiksel analizi için Ki kare testi, nicel verilerin istatistiksel analizi için ise normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda bağımsız- t testi, üç ve daha fazla olan gruplarda One Way ANOVA testi (post hoc Tukey test), normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U, Kruskal Wallis kullanıldı. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

A. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 38,4±12,1 (18-75) yıl idi. Katılımcıların %82,5'si (n=790) erkek, %17,5'i (n=167) kadın, %33,1'i (n=316) 30-39 yaş aralığında, %76,2'si (n=729) evli, %60,6'sı (n=580) lise ve üstü eğitilmiş, %71,2'si (n=681) çalışıyordu. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Parametreler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	790	82,5
Kadın	167	17,5
Yaş grupları		
18-29	251	26,2
30-39	316	33,1
40-49	207	21,6
50 ve üstü	183	19,1
Medeni durum		
Evli olanlar	729	76,2
Evli olmayanlar	228	23,8
Eğitim durumu		
Ortaokul ve altı	377	39,4
Lise ve üstü	580	60,6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	681	71,2
Çalışmıyor	276	28,8
Tanı alan hastalık		
Var	297	31,0
Yok	660	69,0
Alkol bağımlılığı		
Var	9	0,9
Yok	948	99,1

Katılımcıların %52,7'si (n=504) sigara bırakmayı daha önce bir kez denemiş, %41,9'u (n=401) yüksek bağımlı (FNBT= 7-10), %47'sinin (n=450) sigara tüketimi 0-19 paket yıl, %80,7'sinde (n=772) depresyon belirtisi yok idi. Katılımcıların sigara kullanım özellikleri ve depresyon durumları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların sigara kullanım özellikleri ve depresyon durumları

Parametreler	n	%
Sigara tüketimi		
0-19 paket yıl	450	47,0
20-39 paket yıl	315	32,9
≥40 paket yıl	192	20,1
Bırakmayı deneme sayısı		
Hiç denememiş	370	38,6
1 kez denemiş	504	52,7
≥2 kez denemiş	83	8,7
Fagerström bağımlılık düzeyi		
0-4 az bağımlı	286	29,9
5-6 orta bağımlı	270	28,2
7-10 yüksek bağımlı	401	41,9
Beck depresyon skoru		
<17 Depresyon belirtisi yok	772	80,7
≥17 Depresyon belirtisi var	185	19,3

B. Katılımcıların sigara kullanma durumlarına ait veriler

Telefonla yapılan görüşmeler sonucunda katılımcıların %26,4'ünün (n=253) tedavi sonrası sigarayı bıraktığı, %18,6'sının (n=178) bırakmadığı, %55'inin (n=526) bırakıp tekrar başladığı bulundu. Katılımcıların güncel sigara kullanma durumları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların güncel sigara kullanma durumları

Parametreler	n	%
Sigarayı bırakanlar	253	26,4
Bırakmayanlar	178	18,6
Bırakıp tekrar başlayanlar	526	55,0
Toplam	957	100,0

Katılımcıların demografik özelliklerinin sigara kullanma durumuna olan etkisinin değerlendirilmesi

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile cinsiyet (p=0,644), medeni durum (p=0,203), tanı alan hastalık (p=0,355) ve alkol bağımlılığı (p=0,866) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken, yaş grupları (p=0,004), eğitim durumu (p=0,040) ve çalışma durumu (p<0,001) arasında anlamlı ilişki vardı. Elli yaş ve üstü katılımcıların %34,4'ünün (n=63), lise ve üstü eğitimlilerin %27,1'inin (n=157) ve çalışmayanların %36,2'sinin (n=100) sigarayı

bıraktığı saptandı. Katılımcıların sigara kullanma durumu ile demografik özelliklerin karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Sigara kullanma durumları ile demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Parametreler	Bırakanlar		Bırakmayanlar		Yeniden Başlayanlar		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet									0,644
Erkek	204	25,8	148	18,7	438	55,5	790	100,0	
Kadın	49	29,3	30	18,0	88	52,7	167	100,0	
Yaş grupları									0,004
18-29	59	23,5	35	13,9	157	62,6	251	100,0	
30-39	78	24,7	57	18,0	181	57,3	316	100,0	
40-49	53	25,6	44	21,3	110	53,1	207	100,0	
50 ve üstü	63	34,4	42	23,0	78	42,6	183	100,0	
Medeni durum									0,203
Evli olanlar	199	27,3	141	19,3	389	53,4	729	100,0	
Evli olmayanlar	54	23,7	37	16,2	137	60,1	228	100,0	
Eğitim durumu									0,040
Ortaokul ve altı	96	25,5	85	22,5	196	52,0	377	100,0	
Lise ve üstü	157	27,1	93	16,0	330	56,9	580	100,0	
Çalışma durumu									<0,001
Çalışıyor	150	22,5	130	19,1	398	58,4	681	100,0	
Çalışmıyor	100	36,2	48	17,4	128	46,4	276	100,0	
Tanı alan hastalık									0,355
Var	81	27,3	62	20,8	154	51,9	297	100,0	
Yok	172	26,1	116	17,5	372	56,4	660	100,0	
Alkol bağımlılığı									0,866
Var	2	22,2	2	22,2	5	55,6	9	100,0	
Yok	251	26,5	176	18,5	521	55,0	948	100,0	

*ki-kare testi

Sigara paket/yıl, bırakmayı deneme sayıları, FNBT* ve BDS** skorlarının sigara kullanma durumuna olan etkisinin değerlendirilmesi

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile başvuru sırasında saptanan Beck depresyon skoru (BDS) ($p=0,796$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmaz iken, sigara tüketim yılı ($p<0,001$), bırakmayı deneme sayısı ($p=0,032$) ve FNBT düzeyi ($p=0,016$) arasında anlamlı ilişki vardı. Sigara bırakmayı bir kez deneyenlerin %28,4’ünün ($n=143$), ≥ 40 paket yıl sigara tüketenlerin %29,7’sinin ($n=57$) ve FNBT düzeyi 0-4 (az bağımlı) olanların %31,8’inin ($n=91$) sigarayı bıraktığı tespit edildi. Katılımcıların sigara kullanma durumu ile

paket yıl, bırakmayı deneme sayıları, FNBT düzeyi ve Beck depresyon skorunun karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Sigara kullanma durumu ile paket yıl, bırakmayı deneme sayıları, FNBT* ve BDS düzeylerinin karşılaştırılması**

Parametreler	Bırakanlar		Bırakmayanlar		Yeniden Başlayanlar		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara tüketimi									<0,001
0-19 paket yıl	124	27,6	58	12,8	268	59,6	450	100,0	
20-39 paket yıl	72	22,9	71	22,5	172	54,6	315	100,0	
≥40 paket yıl	57	29,7	49	25,5	86	44,8	192	100,0	
Bırakmayı deneme sayısı									0,032
Hiç denememiş	92	24,9	86	23,2	192	51,9	370	100,0	
1 kez denemiş	143	28,4	80	15,9	281	55,8	504	100,0	
≥2 kez denemiş	18	21,7	12	14,4	53	63,9	83	100,0	
FNBT *									0,016
0-4 az bağımlı	91	31,8	41	14,3	154	53,9	286	100,0	
5-6 orta bağımlı	73	27,0	47	17,4	150	55,6	270	100,0	
7-10 yüksek bağımlı	89	22,2	90	22,4	222	55,4	401	100,0	
Beck depresyon skoru									0,796
<17 Depresyon belirtisi yok	207	26,8	141	18,3	424	54,9	772	100,0	
≥17 Depresyon belirtisi var	46	24,9	37	20,0	102	55,1	185	100,0	

FNBT*: Fagerström nikotin bağımlılık skoru, BDS**: Beck depresyon skoru

Katılımcıların günün ilk sigarasını yakma zamanları ve günde içtikleri sigara sayısına ait verilerin değerlendirilmesi

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile günün ilk sigarasını yakma zamanları ($p=0,005$) ve günde içilen toplam sigara sayısı ($p=0,002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Sabah ilk sigarayı uyandıktan 1 saatten sonra içenlerin %36,4’ünün ($n=48$), günde 1-10 arası sigara içenlerin %39,2’sinin ($n=31$) sigarayı bıraktığı bulundu. Katılımcıların sabah ilk sigarayı yakma süresi ve günde içtikleri sigara sayısı Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Sigara ağırlık indeksinin sigara kullanma durumuna etkisi

Parametreler	Bırakanlar		Bırakmayanlar		Yeniden Başlayanlar		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakma zamanları									0,005
İlk 5 dakikada	89	24,4	79	21,6	197	54,0	365	100,0	
6-30 dakikada	57	21,0	52	19,2	162	59,8	271	100,0	
31-60 dakikada	59	31,2	33	17,5	97	51,3	189	100,0	
1 saatten sonra	48	36,4	14	10,6	70	53,0	132	100,0	
Günde içilen sigara sayısı									0,002
1-10 sigara	31	39,2	10	12,7	38	48,1	79	100,0	
11-20 sigara	122	28,4	71	16,5	237	55,1	430	100,0	
21-30 sigara	67	25,1	47	17,6	153	57,3	267	100,0	
31 ve üstü	33	18,3	50	27,6	98	54,1	181	100,0	

Tedavinin ücretli olup olmamasının sigara kullanma durumuna olan etkisinin değerlendirilmesi

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile tedavinin ücretli olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p=0,007$). Tedaviyi ücretsiz alanların %27,5'inin ($n=236$), ücretli alanların %17'sinin ($n=17$) sigarayı bıraktığı bulundu. Tedavinin ücretli olup olmamasının sigara kullanma durumuna olan etkisi Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Tedavinin ücretli olup olmamasının sigara kullanma durumuna etkisi ($n=957$)

Parametreler	Bırakanlar		Bırakmayanlar		Yeniden Başlayanlar		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ücretli	17	17,2	29	29,3	53	53,5	99	100,0	0,007
Ücretsiz	236	27,5	149	17,4	473	55,1	858	100,0	

Katılımcıların üç aylık tedavi programına uyumunun değerlendirilmesi

Katılımcıların sigara bırakma durumu ile üç aylık tedavi programına uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p<0,001$). Üç aylık tedavi programına uyanların %33,2'si ($n=93$) verilen tedavi sonrası sigarayı bırakırken, programa uymayanların %23,6'sının ($n=160$) sigarayı bıraktığı bulundu. Katılımcıların tedavi programına uyumunun sigara bırakma durumuna olan etkisi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların üç aylık tedavi programına uyumu ($n=957$)

Parametreler	Bırakanlar		Bırakmayanlar		Yeniden Başlayanlar		Toplam		<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tedavi programına uyan	93	33,2	32	11,4	155	55,4	280	100,0	$p<0,001$
Tedavi programına uymayan	160	23,6	146	21,6	71	54,8	677	100,0	

Verilen tedavi şeklinin sigara bırakma durumuna olan etkisinin değerlendirilmesi

Katılımcıların sigara bırakma durumu ile verilen tedavi şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,990$). Vareniklin ile tedavi edilenlerin %28'inin ($n=173$), nikotin replasman tedavisi verilenlerin %24,3'ünün ($n=53$), sadece davranış terapisi (DT) verilenlerin %27,3'ünün ($n=27$) tedavi sonrası sigarayı bıraktığı saptandı. Bupropion ile tedavi edilenlerin %54,5'i ($n=12$) sigaraya yeniden başlarken, %45,5'inin ($n=10$) sigarayı bırakmadığı bulundu. Katılımcıların sigara bırakma durumu ile verilen tedavi şeklinin karşılaştırılması Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Sigara bırakma durumu ile verilen tedavi şeklinin karşılaştırması (n=957)

Parametreler	Bırakanlar		Bırakmayanlar		Yeniden Başlayanlar		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Vareniklin+ DT	173	28,0	101	16,3	344	55,7	618	100,0	0,990
Bupropion+ DT	0	0	10	45,5	12	54,5	22	100,0	
Nikotin replasman tedavisi + DT	53	24,3	45	20,6	120	55,1	218	100,0	
Davranış terapisi	27	27,3	22	22,2	50	50,5	99	100,0	

Katılımcılarda görülen ilaç yan etkilerinin dağılımının değerlendirilmesi

Katılımcıların sigara bırakma durumu ile ilaç yan etkilerinin görülme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,215$). En fazla görülen yan etkilerden ilk üçü sırasıyla; bulantı ve gastrointestinal sistem (GİS) bulguları ($n=143$), nörolojik bulgular ($n=54$), anormal rüya ve uyku bozuklukları ($n=53$) olarak tespit edildi. Katılımcılarda görülen ilaç yan etkilerinin dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcılarda görülen ilaç yan etkilerinin dağılımı (n=301)

Parametreler	Bırakanlar		Bırakmayanlar		Yeniden Başlayanlar		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bulantı ve GİS bulguları	43	30,1	24	16,8	76	53,1	143	100,0	0,215
Anormal rüya ve uyku bozukluğu	15	28,3	4	7,5	34	64,2	53	100,0	
Dermatolojik bulgular	11	30,5	1	2,8	24	66,7	36	100,0	
Nörolojik bulgular	8	14,8	10	18,5	36	66,7	54	100,0	
Depresif bulgular	1	16,7	1	16,7	4	66,6	6	100,0	
Diğer	1	11,1	3	33,3	5	55,6	9	100,0	

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile yaş, paket yıl, FNBT*, CO ve BDS** arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Katılımcılar arasında sigarayı bırakanların yaş ortalaması $39,9 \pm 12,9$ yıl, bırakmayanların yaş ortalaması $40,9 \pm 12,7$ yıl, yeniden başlayanların yaş ortalaması $36,8 \pm 11,4$ yıl idi. Sigaraya yeniden başlayanların yaş ortalaması, bırakan ve bırakmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p < 0,001$). Sigarayı bırakanların Fagerström bağımlılık skoru (FBS) ortalaması $5,3 \pm 2,4$, bırakmayanların FBS ortalaması $6,3 \pm 2,3$, yeniden başlayanların FBS ortalaması $5,7 \pm 2,3$ idi. Sigarayı bırakmayanların FBS ortalaması, bırakan ve yeniden başlayanlardan, yeniden başlayanların FBS ortalaması bırakanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$).

Sigarayı bırakanların sigara tüketimi ortalama $23,2 \pm 17,9$ paket/yıl, bırakmayanların sigara tüketimi ortalama $28,7 \pm 18,1$ paket/yıl, yeniden başlayanların sigara tüketimi ortalama $22,5 \pm 17,4$ paket/yıl idi. Sigarayı bırakmayanların sigara tüketim yıl ortalaması, bırakan ve yeniden başlayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$).

Sigarayı bırakanların karbon monoksit (CO) değeri ortalaması $12,0 \pm 6,6$ ppm, bırakmayanların CO değeri ortalaması $15,5 \pm 7,5$ ppm, yeniden başlayanların CO değeri ortalaması $14,1 \pm 6,7$ ppm idi. Sigarayı bırakmayanların CO değeri ortalaması, bırakan ve yeniden başlayanlardan, yeniden başlayanların CO değeri ortalaması bırakanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$). Katılımcıların sigara kullanma durumu ile Beck depresyon skoru ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p = 0,120$).

Tablo 13. Sigara kullanma durumu ile yaş, paket yıl, FBS*, CO ve BDS arasındaki ilişki**

Parametreler	Sigara kullanma durumu			F	P*
	Bırakanlar ^a Ort±SD	Bırakmayanlar ^b Ort±SD	Yeniden Başlayanlar ^c Ort±SD		
Yaş (yıl)	$39,9 \pm 12,9$	$40,9 \pm 12,7$	$36,8 \pm 11,4$	10,363	$< 0,001^{ac, bc}$
FBS	$5,3 \pm 2,4$	$6,3 \pm 2,3$	$5,7 \pm 2,3$	10,147	$< 0,001^{ab, ac, bc}$
Paket yıl	$23,2 \pm 17,9$	$28,7 \pm 18,1$	$22,5 \pm 17,4$	8,334	$< 0,001^{ab, bc}$
CO(ppm)	$12,0 \pm 6,6$	$15,5 \pm 7,5$	$14,1 \pm 6,7$	14,782	$< 0,001^{ab, ac, bc}$
Beck depresyon skoru	$11,3 \pm 8,9$	$12,0 \pm 9,1$	$10,9 \pm 8,1$	1,137	0,120

FBS*: Fagerström bağımlılık skoru, BDS**: Beck depresyon skoru * One-Way anova testi

C. Katılımcıların Sigara Bırakma Sürecini Etkileyen Faktörler

Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların bırakma sürelerine ait veriler

Katılımcılar arasında tedavi sonrası sigarayı bırakıp tekrar başlayanların; %39,4'ünün (n=207) bıraktıktan sonra ilk bir ayda, %17,7'sinin (n=93) 1-2 ay arasında, %5'inin (n=26) 2-3 ay arasında, %23,8'inin (n=125) 3-6 ay arasında, %14,1'inin (n=75) de 6 aydan sonra sigaraya tekrar başladığı tespit edildi. Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların bırakma süreleri Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların bırakma süreleri (n=526)

Parametreler	n	%
0-1 ay	207	39,4
1-2 ay	93	17,7
2-3 ay	26	5,0
3-6 ay	125	23,8
6 ay ve üzeri	75	14,1
Toplam	526	100,0

Sigarayı bırakırken süreci en fazla zorlaştıran faktörlere ait veriler

Katılımcılara sigarayı bırakırken süreci en fazla zorlaştıran faktör sorulduğunda, katılımcıların %40,9'u (n=391) sigara içme isteğini engellemek, %20,1'i (n=192) sigara içilen ortamlar, %13,5'i (n=130) sinirlilik ve stres, %10,2'si (n=98) el-dudak alışkanlığı, %7,1'i (n=68) ilaç yan etkisi olduğunu bildirirken, %8,2'si (n=78) sigarayı bırakırken süreci hiçbir şeyin zorlamadığını bildirdi. Sigarayı bırakırken süreci en fazla zorlaştıran faktörler Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15. Sigarayı bırakırken süreci en fazla zorlaştıran faktörler (n= 957)

Parametreler	n	%
Sigara içme isteğini engellemek	391	40,9
Sigara içilen ortamlar	192	20,1
Sinirlilik ve stres	130	13,5
El-dudak alışkanlığı	98	10,2
İlaç yan etkisi	68	7,1
Hiçbir şey	78	8,2
Toplam	957	100,0

Sigarayı bırakan ve yeniden başlayan grupta süreci en fazla kolaylaştıran faktörlerin değerlendirilmesi

Sigarayı bırakan ve bırakıp yeniden başlayan katılımcılar arasında sigarayı bırakırken süreci en fazla kolaylaştıran faktörler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$). Süreci en fazla kolaylaştıran faktörün motivasyon olduğunu bildirenlerin %58'inin ($n=134$), sosyal destek olduğunu bildirenlerin %32,9'unun ($n=26$), ilaç desteği olduğunu bildirenlerin %25,8'inin ($n=51$) tedavi sonrası sigarayı bıraktığı bulundu. Sigarayı bırakan ve yeniden başlayan grupta süreci en fazla kolaylaştıran faktörler Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Sigarayı bırakan ve bırakıp yeniden başlayan grupta süreci en fazla kolaylaştıran faktörler ($n=779$)

Parametreler	Bırakanlar		Yeniden başlayanlar		Toplam		<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Motivasyon	134	58,0	97	42,0	231	100,0	$p<0,001$
Sağlık kaygısı	37	15,4	204	84,6	241	100,0	
İlaç desteği	51	25,8	147	74,2	198	100,0	
Para biriktirebilme	5	16,7	25	83,3	30	100,0	
Sosyal destek	26	32,9	53	67,1	79	100,0	

Sigara içme isteğini engelleme yöntemlerinin değerlendirilmesi

Katılımcıların sigara bırakma durumu ile sigara içme isteğini engelleme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p<0,001$). Sigara içme isteğini su içerek engelleyenlerin %52,6'sı ($n=72$), iradesiyle engelleyenlerin %23,8'i ($n=80$), sakız çiğneyerek engelleyenlerin %22,5'i ($n=29$), kuruyemiş yiyerek engelleyenlerin %22,1'i ($n=51$), bir şeylerle meşgul olarak engelleyenlerin %16,9'u ($n=21$) sigarayı bırakmıştı. Katılımcıların sigara içme isteğini engelleme yöntemleri Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Sigara içme isteğini engelleme yöntemleri

Parametreler	Bırakanlar		Bırakmayanlar		Yeniden Başlayanlar		Toplam		<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sakız	29	22,5	22	17,0	78	60,5	129	100,0	$<0,001$
Kuruyemiş	51	22,1	40	17,3	140	60,6	231	100,0	
Bir şeylerle meşguliyet	21	16,9	10	8,1	93	75,0	124	100,0	
İrade	80	23,8	102	30,4	154	45,8	336	100,0	
Su içme	72	52,6	4	2,9	61	44,5	137	100,0	

Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların tekrar başlama nedenlerine ait veriler

Katılımcılar arasında sigarayı bırakıp tekrar başlayanlara sigaraya tekrar başlama nedenleri soruldu. Sigaraya tekrar başlayanların %35,7'si (n=188) stres, %21,3'ü (n=112) çevrede sigara içenlerin varlığı, %17,7'si (n=93) sigara içmekten keyif alma, %17,3'ü (n=91) irade zayıflığı, %5,3'ü (n=28) ilaç yan etkisi ile tedaviyi tamamlayamama nedeniyle sigarayı bırakmadığı saptandı. Sigaraya bırakıp tekrar başlayanların tekrar başlama nedenleri Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların tekrar başlama nedenleri (n= 526)

Parametreler	n	%
Stres	188	35,7
Çevrede sigara içenlerin varlığı	112	21,3
Sigara içmekten keyif alma	93	17,7
İrade zayıflığı	91	17,3
İlaç yan etkisi nedeniyle tedaviyi tamamlayamama	28	5,3
Diğer	14	2,7
Toplam	526	100,0

Sigarayı bırakanlarda bırakmanın en olumlu etkilerine ait veriler

Katılımcılar arasında sigarayı bırakanlara bırakmanın en olumlu etkisi soruldu. Sigarayı bırakanların; %32'si (n=81) daha rahat nefes alabilmenin, %21,3'ü (n=54) ekonomik fayda sağlamanın, %12,2'si (n=31) uyku düzeninin iyileşmesinin, %11,4'ü (n=29) hastalık gelişme riskinin azalmasının, %5,9'u (n=15) yemeklerden daha iyi tat almanın ve iştahın açılmasının, %4,7'si (n=12) kötü kokmanın, %4,7'si (n=12) daha dinç olmanın bırakmanın en olumlu etkisi olduğunu belirtti. Sigarayı bırakanlarda bırakmanın en olumlu etkileri Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Sigarayı bırakanlarda bırakmanın en olumlu etkileri (n= 253)

Parametreler	n	%
Daha rahat nefes alabilme	81	32,0
Ekonomik fayda sağlama	54	21,3
Uyku düzeninin iyileşmesi	31	12,2
Hastalık gelişme riskinin azalması	29	11,4
Yemeklerden daha iyi tat alabilme, iştahın açılması	15	5,9
Kötü kokmama	12	4,7
Daha dinç olma	12	4,7
Sosyal ilişkilerin daha iyi olması	8	3,2

Özgüvende artma	4	1,6
Cildin güzelleşmesi	3	1,2
Kilo alma	2	0,8
Günaha girmeme	2	0,8
Toplam	253	100,0

5.TARTIŞMA

Önlenebilir mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmekte olan tütün kullanımı tüm dünyada en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (WHO Tobacco Fact Sheet). Tütünün zararlarının kullanıcıyla sınırlı kalmayıp tüm toplumu etkilemesi bu salgına karşı mücadelenin önemini göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu zararların en aza indirilmesi koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlanabilir. Bu çalışma; araştırmanın yapıldığı hastanede daha önce böyle bir araştırmanın yapılmamış olması, sigara bırakma durumuna etkileyen faktörlerin belirlenerek sigara bırakma başarısının artırılmasının amaçlanması açısından önemlidir.

2017 yılında yapılan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması'na göre erkeklerde tütün ürünleri kullanım sıklığı %43,4 iken, kadınlarda %19,7 olduğu bildirilmiştir (Üner ve ark., 2018). Marakoğlu ve ark. (2017) çalışmalarında sigara bırakma polikliniğine başvuranların %80,8'inin erkek, %19,2'sinin kadın (Marakoğlu ve ark., 2017), Dağıstan ve Kutlu (2019) ise %84'ünün erkek, %16'sının kadın (Dağıstan ve Kutlu, 2019) olduğunu bildirmişlerdir. Sunulan çalışmada da benzer şekilde polikliniğe başvuranların çoğunluğu erkek hastalardan oluşmakta idi.

Sağlam'ın (2012) çalışmasında erkeklerde sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğu bulunurken (Sağlam, 2012), literatürde çoğu çalışmada cinsiyetin sigara bırakma durumu üzerine anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bildirilmiştir (Berkeşoğlu ve ark., 2018; Argüder ve ark., 2013; Yaşar ve ark., 2014; Fidan ve ark., 2005; Balbay ve ark., 2003; Koçak ve ark., 2015). Sunulan çalışmada benzer şekilde cinsiyetin sigara bırakma durumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmadı.

Yaş ortalamasının sigara bırakma durumu üzerinde etkisinin incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Balbay ve ark. (2003) çalışmalarında yaş ortalamasının sigara bırakma başarısını anlamlı derecede etkilemediğini bulurken (Balbay ve ark., 2003), Fidan ve ark. (2005) çalışmasında sigarayı bırakanların yaş ortalaması bırakmayanlardan anlamlı derecede yüksek bulmuştur (Fidan ve ark., 2005). Raheison ve ark. (2005) çalışmasında da

sigarayı bırakanların yaş ortalaması yeniden başlayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Raheison ve ark., 2005). Sunulan çalışmada da sigarayı bırakanların yaş ortalaması, yeniden başlayanların yaş ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

Fidan ve ark. (2005) çalışmasında da 50 yaş ve üzerinde sigarayı bırakma başarısının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Fidan ve ark., 2005). Sunulan çalışmada da benzer şekilde yaş ilerledikçe sigarayı bırakma başarısının arttığı bulundu. Sigara kullanımına bağlı gelişen sağlık problemlerinin ilerleyen yaşlarda daha fazla hissedilmesiyle hastaların motivasyonunun artmasının bu sonuca ulaşmamıza neden olduğu kanaatindeyiz.

Sunulan çalışmada evli olanların sigara bırakma başarısı daha yüksekti, ancak bu yüksekliğin sigara bırakma durumu üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktu. Benzer şekilde Argüder ve ark. (2013) çalışmasında medeni durum sigara bırakma durumu üzerinde etkisiz bulunurken (Argüder ve ark., 2013), Chandola ve ark. (2004) ise evli olanların sigarayı bırakma başarısını evli olmayanlardan daha yüksek bulmuştur (Chandola ve ark., 2004).

Sunulan çalışmadaki katılımcıların %60,6'sı lise ve üstü eğitilmiş iken, %39,4'ü ortaokul ve altı eğitilmiş idi. Eğitim durumu ile sigara bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup, lise ve üstü eğitilmişlerin %27,1'inin sigarayı bıraktığı saptandı. Eğitim düzeyi yüksek kişilerde sigaranın zararlarının daha fazla bilinmesinin bu sonuca yol açtığı kanaatindeyiz. Chandola ve ark. (2004) çalışmasında da yüksek eğitim düzeyli kişilerde sigarayı bırakma başarısının daha yüksek olduğu bulunurken (Chandola ve ark., 2004), Argüder ve ark. (2013) çalışmasında eğitim düzeyinin sigara bırakma durumunu etkilemediği bulunmuştur (Argüder ve ark., 2013).

Çalışma durumunun sigara bırakma durumu üzerine olan etkisinin incelendiği Berkeşoğlu ve ark. (2018) çalışmasında çalışanlarda sigara bırakma başarısı daha yüksek bulunurken (Berkeşoğlu ve ark., 2018), Fai ve ark. (2016) çalışmasında çalışmayanlarda sigara bırakma başarısı çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur (Fai ve ark., 2016). Sunulan çalışmadaki katılımcılar arasında çalışmayanların %36,2'si, çalışanların %22,5'i sigarayı bıraktığı, çalışmama durumunun sigara bırakma başarısını anlamlı derecede arttırdığı bulundu. MPOWER politika paketinde yer alan tütün ürünlerinden alınan vergilerin arttırılması uygulaması gereği sigara fiyatlarındaki artışın çalışmayanlar üzerinde oluşturduğu ekonomik yükün bu sonuca ulaşmamıza neden olduğunu düşünmekteyiz.

Tanı alan hastalık varlığının sigara bırakma durumuna olan etkisini incelediğimizde Fidan ve ark. (2005) çalışmasında eşlik eden hastalık varlığının sigara bırakma başarısını anlamlı derecede azalttığını bulurken (Fidan ve ark., 2005), Balbay ve ark. (2003) çalışmasında akciğer grafisinde patoloji saptananların sigara bırakma başarısını anlamlı derecede yüksek bulmuştur (Balbay ve ark., 2003). Raheison ve ark. (2005) (Raheison ve ark., 2005), Koçak ve ark. (2015) (Koçak ve ark., 2015), Berkeşoğlu ve ark. (2018) ise çalışmalarında eşlik eden hastalık varlığının sigara bırakma durumuyla ilişkili olmadığını tespit etmişlerdir (Berkeşoğlu ve ark., 2018). Sunulan çalışmada da benzer şekilde tanı alan hastalık varlığının sigara bırakma durumu üzerine etki etmediği bulundu.

Sunulan çalışmada alkol bağımlılığı olmayanların olanlara göre sigara bırakma başarısı daha yüksekti, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Alkol bağımlılığı olanların olmayanlara göre sigaraya daha yüksek oranda sigaraya tekrar başladığı bulundu. Raheison ve ark. (2005) çalışmasında alkol kullanımının nüks riskini arttırdığını bildirmiştir (Raheison ve ark., 2005). Benzer şekilde Koçak ve ark. (2015) çalışmasında da sigaraya tekrar başlayan olgularda alkol alımı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Koçak ve ark., 2015).

Nikotin bağımlılığının yüksek olması sigara bırakma girişiminde bulunan kişilerde daha fazla yoksunluk semptomları görülmesine neden olarak bırakma başarısının azalmasına neden olmaktadır (Yaşar ve ark., 2014). Branstetter ve ark. (2020) çalışmalarında günün ilk sigarasını erkenden yakanlarda, geç yakanlara göre nikotin bağımlılığının yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Branstetter ve ark., 2020). Sunulan çalışmada günün ilk sigarasını yarım saatten sonra yakanlarda bırakma başarısı anlamlı derecede daha yüksekti.

Bu çalışmada günlük içilen sigara sayısının artmasının sigara bırakma başarısını anlamlı derecede azalttığı tespit edildi. Pezzuto ve ark. (2018) çalışmasında da benzer şekilde günlük tüketilen sigara sayısı fazla olanlarda sigara bırakma başarısı daha düşük bulunmuştur (Pezzuto ve ark., 2018). Toplam sigara tüketiminin bırakma durumuna etkisinin incelendiği Bacha ve ark. (2018) çalışmasında sigarayı bırakanların bırakmayanlara göre anlamlı derecede daha az sigara tükettiği (paket/yıl) bulunurken (Bacha ve ark., 2018), Raheison ve ark. (2005) çalışmasında sigarayı bırakanlarla nüks olgular arasında sigara tüketimi (paket/yıl) açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Raheison ve ark., 2005). Balbay ve ark. (2003) çalışmasında sigarayı bırakanların sigara tüketimi (paket/yıl) bırakmayanlardan yüksek bulunmuştur, ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (Balbay ve ark., 2003). Sunulan çalışmada ise sigara tüketimi (paket/yıl) ile sigara bırakma durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark vardı, ≥ 40 paket yıl sigara tüketenler en yüksek bırakma başarısına sahipti.

Sigara bırakma girişiminde bulunan bireyler bıraktıktan sonra sigaraya tekrar başlayabilmekte, tekrar bırakma girişiminde bulunabilmektedir. Yaşar ve ark. (2014) çalışmasında sigarayı bırakan ve bırakmayan gruplar arasında daha önce sigara bırakma denemesi ve deneme sayısı açısından anlamlı fark bulunmaz iken (Yaşar ve ark., 2014), Raheison ve ark. (2005) çalışmasında sigara bırakmayı deneme girişimi sayısı arttıkça bırakma başarısının azaldığı bulunmuştur (Raheison ve ark., 2005). Sunulan çalışmada ise daha önce bırakmayı hiç denemeyen ve bir kez deneyen kişilerde, iki ve daha fazla deneyen kişilere göre sigarayı bırakma başarısı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

Fagerström nikotin bağımlılık skoru ortalamasının sigara bırakma durumu üzerinde etkisinin incelendiği Yaşar ve ark. (2014) çalışmasında sigarayı bırakmayanların FNBT skoru ortalamasının bırakanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Yaşar ve ark., 2014). Fai ve ark. (2016) çalışmasında düşük FNBT düzeyine sahip olanlarda yüksek olanlara göre sigarayı bırakma başarısının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Fai ve ark., 2016) Sunulan çalışmada FNBT skoru ortalaması arttıkça sigara bırakma başarısının anlamlı derecede azaldığı bulundu.

Sunulan çalışmada ekspiryum havasındaki CO düzeyi ortalaması en yüksek sigara bırakmayanlarda bulunurken, yeniden başlayanların CO düzeyi de sigarayı bırakanlardan daha yüksekti. Pezzuto ve ark. (2018) çalışmasında da ekspiryum havasındaki CO düzeyi ortalaması sigarayı bırakmayanlarda, bırakanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Pezzuto ve ark., 2018).

Depresyon varlığının sigara bırakma durumuna olan etkisi incelendiğinde, Dorner ve ark. (2011) çalışmasında depresyon varlığında sigara bırakma başarısının azaldığı bildirilmiştir (Dorner ve ark., 2011). Beck depresyon ölçeğinin kullanıldığı çalışmamızda ise depresyon skoru yüksek olanların sigarayı bırakma başarısı daha düşük olsa da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı bulundu. Raheison ve ark. (2005) çalışmasında da depresyon varlığı sigara bırakma başarısı üzerinde etkisiz bulunmuştur (Raheison ve ark., 2005). Depresyon skoru ortalamasının sigara bırakma durumu üzerinde etkisinin incelendiği Fidan ve ark. (2005) çalışmasında sigarayı bırakmayanların depresyon skor ortalamasının bırakanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunurken (Fidan ve ark., 2005), Berkeşoğlu

ve ark. (2018) çalışmasında depresyon skoru ortalamasının sigara bırakma durumunu anlamlı derecede etkilemediği bildirilmiştir (Berkeşoğlu ve ark., 2018). Sunulan çalışmada ise sigarayı bırakanların Beck depresyon skor ortalaması bırakmayanlardan daha düşüktü, ancak sigara bırakma durumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Farmakolojik destek için verilen ilaçların Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak karşılanması özellikle gelir düzeyi düşük bireylerde motivasyonu arttıran önemli faktörlerden biridir. Berkeşoğlu ve ark. (2018) çalışmasında tedaviyi ücretsiz alanların ücretli alanlara göre sigara bırakma başarısının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Berkeşoğlu ve ark., 2018). Sunulan çalışmada da benzer şekilde ilaçları ücretsiz temin edenlerde sigarayı bırakma başarısı anlamlı derecede yüksek bulundu. Sigara bırakma polikliniğine gelip ücretsiz ilacın olmadığını öğrenen kimi hastalar bırakma girişiminden vazgeçmekte idi. Bu nedenle ilaçların ücretsiz verilmesinin sigara bırakmaya teşvik edici faktörlerden biri olduğunu düşünmekteyiz.

Raherison ve ark. (2005) çalışmasında sigarayı bırakanlarda tekrar başlayanlara göre kontrole gelme sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Raherison ve ark., 2005). Berkeşoğlu ve ark. (2018) çalışmasında ise üç aylık tedavi programına uyanlarda sigara bırakma başarısının arttığı bulunmuştur (Berkeşoğlu ve ark., 2018). Sunulan çalışmada da benzer şekilde üç aylık tedavi programına uyanlarda sigarayı bırakma başarısı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti.

Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçlarla sigara bırakma durumunun incelendiği çalışmalar arasında; Koçak ve ark. (2015) çalışmasında farklı tedavilerin sigara bırakma durumunu istatistiksel olarak anlamlı etkilemediği (Koçak ve ark., 2015), Önen ve ark. (2010) çalışmasında bupropionun sigara bırakma başarısını NRT'ye göre 1,7 kat arttırdığı (Önen ve ark., 2010), Cahill ve ark. (2013) çalışmasında vareniklin, NRT ve bupropionun plasebodan üstün olduğu (Cahill ve ark., 2013), Marakoğlu ve ark. (2017) ile (Marakoğlu ve ark., 2017) Dağıstan ve Kutlu'nun (2019) (Dağıstan ve Kutlu, 2019) çalışmasında vareniklinin NRT ve bupropiondan daha etkili olduğu, Argüder ve ark. (2013) üç ay sonundaki tedavi sonuçlarının yer aldığı çalışmasında davranış terapisiyle beraber vareniklin verilenlerin %50,7'sinin, bupropion verilenlerin %39,3'ünün, NRT verilenlerin %36,2'sinin sigarayı bıraktığı (Argüder ve ark., 2013) bulunmuştur. Sunulan çalışmada ise verilen tedavi şekliyle sigara bırakma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmaz iken, davranış terapisiyle beraber vareniklin verilenlerin %28'inin sigarayı bıraktığı, vareniklinin NRT ve bupropiondan daha yüksek bıraktırma oranına sahip olduğu bulundu. Sadece davranış terapisi verilen grupta

NRT+davranış terapisi ve bupropion+davranış terapisi verilen gruplara göre sigaranın daha yüksek oranda bırakıldığı tespit edildi. Davranış terapisinin NRT ve bupropiondan daha etkin olması sadece davranış terapisi verilenlerde motivasyonun daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Sigara bırakırken süreci olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biri farmakolojik tedavi sırasında görülen ilaç yan etkileri olup, kimi zaman hastaların tedaviyi yarıda bırakmalarına neden olmaktadır. Garrison ve Dugan'ın (2009) çalışmasında en sık görülen ilaç yan etkileri; bulantı, uykusuzluk ve baş ağrısı (Garrison ve Dugan, 2009), Koçak ve ark. (2015) çalışmasında; bulantı ve uyku bozukluğu (Koçak ve ark., 2015), Cahill ve ark. (2013) çalışmasında; bulantı, GİS bulguları, uyku bozukluğu ve nörolojik bulgular olduğu bildirilmiştir (Cahill ve ark., 2013). Sunulan çalışmada ise literatüre benzer şekilde en sık görülen yan etkiler sırasıyla; bulantı, GİS bulguları, nörolojik bulgular, anormal rüya ve uyku bozukluğu olup, yan etkilerin sigara bırakma durumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı tespit edildi.

Sunulan çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuranların %26,4'ünün sigarayı bıraktığı tespit edildi. Literatürde ülkemizdeki sigara bırakma polikliniklerine başvuranlar arasında sigarayı bırakanların oranı %21-45 arasında olup, çalışmamızda da bu aralık arasında bir değer bulunmuştur (Argüder ve ark., 2013). Marakoğlu ve ark. (2017) çalışmalarında sigarayı bırakan hastaların başarı oranını; ilk ayda %55,8, üçüncü ayda %40, altıncı ayda %30,7, birinci yılda %26,1, ikinci yılda %18,2 olarak bildirmişlerdir (Marakoğlu ve ark., 2017). Sunulan çalışmada sigarayı bırakıp yeniden başlayanların çoğunluğunun (%39,4) bıraktıktan sonra ilk bir ayda, %17,7'sinin 1-2 ay arasında, %5'inin 2-3 ay arasında, %23,8'inin 3-6 ay arasında, %14,1'inin de 6 aydan sonra sigaraya tekrar başladığı tespit edildi. Koçak ve ark. (2015) çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde sigarayı bırakanların bıraktıktan sonra en sık (%48,9) ilk bir ay içinde sigaraya tekrar başladığı bulunmuştur (Koçak ve ark., 2015).

Sigaranın bırakılmasıyla birlikte nikotin yoksunluk semptomlarının görülmesi sigarayı bırakırken sürecin zorlaşmasına neden olur. Sunulan çalışmada katılımcıların en sık karşılaştığı zorluklar sırasıyla; sigara içme isteğini engelleme, sigara içilen ortamlar, sinirlilik-stres olarak bulundu. Benzer şekilde Patten ve ark. (2009) çalışmasında da en sık zorluklar; sigara içme isteği, stres, çevrede sigara içenlerin varlığı olduğu bulunmuştur (Patten ve ark.,

2009). Fidan ve ark. (2005) çalışmasında ise en sık zorlukların; sinirlilik, sigara içme isteğini engelleme, konsantrasyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Fidan ve ark., 2005).

Sigarayı bırakırken süreci kolaylaştıran faktörlerin bulunması, bırakma girişiminde bulunanların süreci daha rahat geçirmelerine yardımcı olur. Sunulan çalışmada süreci kolaylaştıran faktörler ile sigara bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Katılımcıların bildirdiği süreci kolaylaştırıp sigara bırakma başarısını arttıran faktörlerden ilk üçü sırasıyla; motivasyon, sosyal destek ve ilaç desteği idi. Çalışmamıza benzer şekilde Bacha ve ark. (2018) çalışmasında motivasyonu yüksek olanların düşük olanlara göre bırakma sürecinde daha başarılı olduğu bulunmuştur (Bacha ve ark., 2018). Patten ve ark. (2009) çalışmasında kişiyi motive eden faktörler olarak; tütünle ilgili hastalığa yakalanma endişesi, çevreye rol model olmak, gelişmiş özgüven, efor kapasitesini artırma olarak bulunmuş olup sigarayı bırakırken süreçte motivasyonun önemine dikkat çekilmiştir (Patten ve ark., 2009). Chandola ve ark. (2004) çalışmasında orta ve yüksek düzey sosyal desteğin, düşük düzey sosyal desteğe göre sigarayı bırakırken süreci olumlu yönde etkilediği (Chandola ve ark., 2004), Cahill ve ark. (2013) çalışmasında ilaç desteğinin plasebodan üstün olduğu ve sigara bırakma başarısını arttırdığı (Cahill ve ark., 2013) bulunmuştur.

Sigarayı bırakma girişiminde bulunan hastaların nikotin bağımlılığının getirdiği yoksunluk semptomlarına karşı çeşitli yöntemlerle karşı koymaları, sürecin başarılı bir şekilde sonuçlanmasına ve devam etmesine katkı sağlar. Phanucharas ve ark. (2009) çalışmasında sigara içme isteğine karşı en sık kullanılan yöntemler; sigara almama, iradeyle karşı koyma, egzersiz yapma, su içme ya da banyo yapma, sigara içenlerden uzak durma olarak bildirilmiştir (Phanucharas ve ark., 2009). Cohen ve ark. (1997) çalışmasında sakız çiğnemenin sigara içme isteğini azalttığı ve nikotin bağımlısı kişilerdeki yoksunluk semptomlarına karşı yardımcı olduğu bulunmuştur (Cohen ve ark., 1997). Patten ve ark. (2009) çalışmalarında bir şeylerle meşgul olmanın (TV ya da video izleme, spor yapma, avlanma...) bırakma davranışını sürdürmede etkili olduğunu bildirmişlerdir (Patten ve ark., 2009). Sunulan çalışmada sigara içme isteğine karşı koyma yöntemleri ile sigara bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Sigarayı bırakanlarda sigara içme isteğine karşı en etkili üç yöntem sırasıyla; su içme, iradeyle karşı koyma ve sakız çiğneme olup, sigara içme isteğine su içerek karşı koyanların sigara bırakma başarısı daha yüksekti.

Sunulan çalışmada sigaraya tekrar başlama sebeplerinden ilk üçü sırasıyla; stres, çevrede sigara içenlerin varlığı ve sigara içmekten keyif alma olarak bulundu. Çalışmamıza benzer

şekilde Buczkowski ve ark. (2014) çalışmasında sigaraya tekrar başlama sebepleri en sık; stres ve bunu sigara içerek azaltma ihtiyacı, sigaranın keyif verici etkisi, evde ve iş yerinde sigara içilen ortamların varlığı bulunmuştur (Buczkowski ve ark., 2014). Phanucharas ve ark. (2009) çalışmasında ise en sık nüks sebepleri; stres, arkadaş veya çevrede sigara içenlerin varlığı olarak bildirilmiştir (Phanucharas ve ark., 2009).

Sigaranın bırakılmasını takiben bırakanlarda olumlu etkilerin görülmesi sigarayı bırakanlarda yaşam kalitesinin iyileşmesi, bırakma girişiminde bulunanların motivasyonunun artması ve bırakmak istemeyenlerin bırakmaya teşvik edilmesi açılarından önemlidir. Sunulan çalışmada sigarayı bırakanların bildirdiği en olumlu etkilerden ilk üçü sırasıyla; daha rahat nefes alabilme, ekonomik fayda, uyku düzeninin iyileşmesi idi. Literatürde bu olumlu etkilerin gösterildiği çalışmalar arasında Pezzuto ve ark. (2018) KOAH hastaları üzerinde yaptığı çalışmasında sigarayı bırakan hastalarda akciğer fonksiyonlarının ve solunum semptomlarının iyileştiği (Pezzuto ve ark., 2018), Liao ve ark. (2019) çalışmasında sigara içenlerde içmeyenlere göre uyku kalitesinin daha düşük olduğu ve bu kişilerde daha fazla uyku bozukluğu görüldüğü (Liao ve ark., 2019), Oster ve ark. (1984) çalışmasında sigarayı bırakmanın ekonomi üzerindeki olumlu etkisi bildirilmiştir (Oster ve ark., 1984).

Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların Ocak 2017- Aralık 2019 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı tarafından farklı sayıda gönderilmesiyle hastalara farmakolojik tedavi olarak bupropionun daha az başlanması, bupropionun sigara bırakma tedavisindeki etkinliğinin yeterince değerlendirilememiş olması çalışmanın en önemli kısıtlılığı idi. Ayrıca 185 hastanın telefon numarasının yanlış olması ve 669 hastanın da telefona cevap vermemesinden dolayı görüşme yapılamaması bir diğer kısıtlılığımız idi.

6. SONUÇLAR

Meram Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuranların sigara bırakma durumu ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmada;

- Sigara Bırakma Polikliniği'ne 01.01.2017-30.12.2019 tarihleri arasında başvurup çalışmaya dahil edilen 957 hastanın %26,4'ünün sigarayı bıraktığı bulundu. Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların; %39,4'ünün (n=207) bıraktıktan sonra ilk bir ayda, %17,7'sinin (n=93) 1-2 ay arasında, %5'inin (n=26) 2-3 ay arasında, %23,8'inin (n=125) 3-6 ay arasında, %14,1'inin (n=75) de 6 aydan sonra sigaraya tekrar başladığı tespit edildi.

- Katılımcıların sigara bırakma durum ile cinsiyet, medeni durum, tanı alan hastalık varlığı, alkol bağımlılığı, depresyon varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara bırakmayı deneme sayısı, Fagerström bağımlılık düzeyi, ilk sigarayı yakma süresi, günde içilen sigara sayısı, CO düzeyi sigara bırakma durumunu anlamlı derecede etkileyen faktörler olarak bulundu. İleri yaş, lise ve üstü eğitim, çalışmama durumu, ≥ 40 paket yıl sigara tüketimi, bırakmayı bir kez deneme, az bağımlılık, ilk sigarayı yarım saatten sonra yakma, günde içilen sigara sayısının az olması, düşük CO düzeyi sigara bırakma başarısını anlamlı derecede arttıran faktörler olarak tespit edildi.
- İlaçların ücretsiz verilmesinin ve üç aylık tedavi programına uyumun sigara bırakma başarısını anlamlı derecede arttırdığı saptandı.
- Vareniklin ile tedavi edilenlerin %28'inin, nikotin replasman tedavisi verilenlerin %24,3'ünün, ilaç verilmeden sadece davranış terapisi verilenlerin %27,3'ünün sigarayı bıraktığı bulundu.
- Farmakolojik tedavi sırasında görülen ilaç yan etkileri en sık sırasıyla; bulantı ve GIS bulguları, anormal rüya ve uyku bozukluğu, nörolojik bulgular, dermatolojik bulgular, depresif bulgular olarak saptandı.
- Katılımcılar tarafından sigara bırakırken süreci en fazla zorlaştıran faktörler sırasıyla en sık; sigara içme isteğini engelleme, sigara içilen ortamlar, sinirlilik-stres olarak bildirildi.
- Katılımcıların bildirdiği süreci kolaylaştırıp sigara bırakma başarısını arttıran faktörlerden ilk üçünün sırasıyla; motivasyon, sosyal destek ve ilaç desteği olduğu tespit edildi.
- Sigarayı bırakanların sigara içme isteğine karşı en sık kullandıkları üç yöntem sırasıyla; su içme, iradeyle karşı koyma ve sakız çiğneme olduğu bulundu. Sigara içme isteğine su içerek karşı koyanların sigara bırakma başarısının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi.
- Sigaraya tekrar başlama sebeplerinden en sık ilk üçünün sırasıyla; stres, sigara içilen ortamlar ve sigara içmekten keyif almak olduğu bulundu.
- Sigarayı bırakanlarda görülen olumlu etkilerden en sık ilk üçünün sırasıyla; daha rahat nefes alabilme, ekonomik fayda, uyku düzeninin iyileşmesi olduğu saptandı.

7. ÖNERİLER

- Sigarayı bırakıp tekrar başlayanların çoğunluğunun bıraktıktan sonra ilk ayda sigaraya tekrar başlamaları, hastaların ilk ay içinde yüz yüze ya da telefonla sık takip edilmesiyle önlenabilir.
- Sigara bırakma polikliniğine ilk başvuruda hastalara üç aylık tedavi programına uyumun önemi anlatılmalı, tedaviye uyum halinde bırakma ihtimalinin artacağı vurgulanmalıdır.
- Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların teminindeki aksaklıkların giderilmesi, Sağlık Bakanlığı tarafından bu kampanyaya daha fazla bütçe ayrılması sigara bırakma sıklığını önemli ölçüde arttırabilir.
- Sağlık Bakanlığı ve sivil toplum kuruluşları tarafından sigaranın sağlığa, ekonomiye ve sosyal yaşama olan zararlarının, sigaranın bırakılması halinde görülecek olumlu etkilerinin yer aldığı kamu spotları hazırlanarak sosyal medya aracılığıyla sigara bırakma teşvik edilmelidir.
- Sigara bırakma polikliniğine ilk başvuruda hastalara sigarayı bıraktıktan sonra karşılaşılabilecekleri zorluklar anlatılmalı, bu zorluklarla nasıl başa çıkacakları konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Hastalara stresle başa çıkma yöntemlerinin anlatılması ve hastaların bu yöntemlere uyması nüks ihtimalini azaltabilir.
- Sigara bırakma girişiminde bulunanlar sigara içilen ortamlardan mümkün mertebe uzak kalmalıdır. Dumansız hava sahası denetim ekipleri, tütün ürünleri tüketiminin yasak olduğu yerlerde eksiksiz ve kesintisiz denetim yapmalı, kurallara uyulmadığının tespiti halinde cezai işlem uygulamalıdır.
- Hastaların sigara içme isteğinin geldiği 3-5 dakikalık periyotlarda içme isteğine su içerek ve iradeyle karşı koymaları sürecin başarılı şekilde sonuçlanmasına önemli ölçüde katkıda bulunacaktır.
- Mümkünse bırakma girişiminde bulunanların sosyal çevresine bilgilendirme yapılmalı, sigarayı bırakma konusunda kendilerinden destek istenmelidir.
- Polikliniğe ilk başvuruda kişiyi en fazla motive edebilecek faktörün ne olabileceği belirlenmelidir. Motivasyonun yüksek olması halinde sigarayı bırakma ihtimalinin önemli ölçüde yüksek olacağı anlatılmalıdır.
- Tütün ürünlerindeki vergilerin arttırılması politikası ilerleyen yıllarda devam ettirilmelidir.

8. KAYNAKLAR

- Abrams DB, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG, Monti PM. (2003). The Tobacco Dependence Treatment Handbook: A Guide to Best Practices. New York: Guilford Press.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çeviri editörü: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC ve ark. (2013). Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Turk Toraks Derg, 14, 81-7.
- Bacha ZA, Layoun N, Khayat G, Allit S. (2018). Factors associated with smoking cessation success in Lebanon. Pharm Pract (Granada), 16(1), 1111.
- Balbay Ö, Annakkaya AN, Aytar G, Bilgin C. (2003). Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 3, 10-14.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio (Texas): Psychological Corporation.
- Benowitz NL. (2003). Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. Progress in Cardiovascular Diseases, 46(1), 91–111.
- Berkeşoğlu Ç, Özgür ES, Demir AU. (2018). Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg, 11(3), 355-365.
- Branstetter SA, Muscat JE, Mercincavage M. (2020). Time to First Cigarette: A Potential Clinical Screening Tool for Nicotine Dependence. J Addict Med, 14(5), 409-414.
- Buczowski K, Marcinowicz L, Czachowski S, Piszczek E. (2014). Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: results from a qualitative study among former and current smokers. Patient Prefer Adherence, 8, 1353-63.
- Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev, (5).

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1999). Bidi Use Among Urban Youth—Massachusetts, March–April 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(36), 796–9.
- Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, Leon J. (2005). Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addict Behav*, 30(7), 1474-7.
- Chandola T, Head J, Bartley M. (2004). Socio demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction*, 99(6), 770-7.
- Cobb C, Ward KD, Maziak W, Shihadeh AL, Eissenberg T. (2010). Waterpipe tobacco smoking: an emerging health crisis in the United States. *Am J Health Behav*, 34(3), 275-85.
- Cohen LM, Collins FL Jr, Britt DM. (1997). The effect of chewing gum on tobacco withdrawal. *Addict Behav*, 22(6), 769-73.
- Çiçek N. (1998). Tütünde rezidü sorunları. *Tekel Dergisi*, 2, 44-7.
- Dağıstan F, Kutlu R. (2019). Evaluation of Changes in The Hematological Parameters, Lipid Profile and Depressive Symptoms Before and After Smoking Cessation Treatment. *J Basic Clin Health Sci*, 3, 170-176.
- Dorner TE, Tröstl A, Womastek I, Groman E. (2011). Predictors of short-term success in smoking cessation in relation to attendance at a smoking cessation program. *Nicotine Tob Res*, 13(11), 1068-75.
- Doğruel F, Doğruel A.S. (2000). *Osmanlıdan günümüze TEKEL*. 1 inci baskı. İstanbul: Tekel yayınları, 218.
- Erdoğan M, Gülmez İ. (2013) *Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi*. Ankara: Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Erişim adresi: <https://silo.tips/download/ttn-kontrol-ve-sigara-brakma-tedavisi>
- Fai SC, Yen GK, Malik N. (2016). Quit rates at 6 months in a pharmacist-led smoking cessation service in Malaysia. *Can Pharm J (Ott)*, 149(5), 303–312.
- Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. (2005). Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 6(3), 27-34.

- Garrison GD, Dugan SE. (2009). Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clinical therapeutics*, 31(3), 463-491.
- Gately I. (2004). *Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization*. New York: Grove Press.
- Health Risks. Erişim adresi: www.who.int/tobacco/en/atlas9.pdf Erişim tarihi: 21.08.2020
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 86(9), 1119-27.
- Hisli N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- HOOKAH IS NOT HARMLESS-Campaign for Tobacco-Free Kids. Erişim adresi: <https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0384.pdf> Erişim tarihi 04.02.21
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. (2007). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (1), CD000031.
- Idris AM, Ibrahim SO, Vasstrand EN, Johannessen AC, Lillehaug JR, Magnusson B, et al. (1998). The Swedish snus and the Sudanese toombak: are they different? *Oral Oncol*, 34(6), 558-66.
- Janoff A, Carp H, Laurent P, Raju L. (1983). The role of oxidative processes in emphysema. *American Review of Respiratory Disease*, 127(2), 31-38.
- Jarvis MJ. (2004). Why people smoke? *BMJ*, 328, 277-279.
- Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. (2006). Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*, 296(1), 56-63.
- Kabbani N. (2013). Not so cool? Menthol's discovered actions on the nicotinic receptor and its implications for nicotine addiction. *Front Pharmacol*, 4, 95.

- Kallischnigg G, Weitkunat R, Lee PN. (2008). Systematic review of the relation between smokeless tobacco and non-neoplastic oral diseases in Europe and the United States. *BMC Oral Health*, 8:13.
- Koç Y. (2000). Atatürk'ün millileştirmeleri ve devletleştirmeleri, günümüzün özelleştirmeleri. Birinci baskı. Ankara: TÜRK-İŞ Yayınları.
- Koçak ND, Eren A, Boğa S, Aktürk ÜA, Öztürk ÜA, Arınç S, et al. (2015). Relapse Rate and Factors Related to Relapse in a 1-Year Follow-Up of Subjects Participating in a Smoking Cessation Program. *Respir Care*, 60(12), 1796–803.
- Kohansal R, Martinez-Camblor P, Agustí A, Buist AS, Mannino DM, Soriano JB. (2009). The natural history of chronic airflow obstruction revisited: an analysis of the Framingham offspring cohort. *Am J Respir Crit Care Med*, 180(1), 3-10.
- Kozlowski LT, Pillitteri JL. (2001). Beliefs about “Light” and “Ultra Light” cigarettes and efforts to change those beliefs: an overview of early efforts and published research. *Tob Control*, 10, 2-6.
- Lazarus P, Idris AM, Kim J, Calcagnotto A, Hoffmann D. (1996). P53 mutations in head and neck squamous cell carcinomas from Sudanese snuff (toombak) users. *Cancer Detect Prev*, 20(4), 270–8.
- Liao Y, Xie L, Chen X, Kelly BC, Qi C, Pan C, et al. (2019). Sleep quality in cigarette smokers and nonsmokers: findings from the general population in central China. *BMC Public Health*, 19(1), 808.
- Malson JL, Lee EM, Murty R, Moolchan ET, Pickworth WB. (2003). Clove Cigarette Smoking: Biochemical, Physiological, and Subjective Effects. *Pharmacology Biochemistry and Behav*, 74(3), 739-45.
- Marakoğlu K, Kargın NÇ, Uçar RM, Kızmaz M. (2017). Evaluation of pharmacologic therapies accompanied by behavioural therapy on smoking cessation success: a prospective cohort study in Turkey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 221-227.

- National Cancer Institute. Smoking and Tobacco Control Monograph 9. National Cancer Institute; Bethesda: 1998. Cigars: Health Effects and Trends.
- Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to secondhand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*, 377, 139-46.
- Oster G, Colditz GA, Kelly NL. (1984). The economic costs of smoking and benefits of quitting for individual smokers. *Preventive Medicine*, 13(4), 377-389.
- Otan H, Apti R. Tütün. 1.baskı. İzmir: ETAEM yayını, 1989:9.
- Önen ZP, Şen E, Gülbay BE, Öztürk A, Yıldız ÖA, Acıcan T, et al. (2010). Farklı tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri. *Tuberk Toraks*, 58(4), 385-392.
- Öntaş E, Aslan D. (2019). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016-HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63) <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/kyta2016.pdf> Erişim tarihi: 25.09.2020
- Üner S, Balcılar M, Ergüder T. (2018). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017. Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi. Erişim adresi: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19_06.2018.pdf
- Pachas GN, Cather C, Pratt SA, Hoepfner B, Nino J, Carlini SV, et al. (2012). Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia: Safety and Effectiveness in a 12-Week, Open-Label Trial. *J Dual Diagn*, 8(2), 117-125.
- Patten CA, Enoch C, Renner CC, Offord KP, Nevak C, Kelley SF, et al. (2009). Focus Groups of Alaska Native Adolescent Tobacco Users: Preferences for Tobacco Cessation Interventions and Barriers to Participation. *Health Educ Behav*, 36(4), 711–23.
- Pezzuto A, Stellato M, Catania G, Mazzara C, Tonini S, Caricato M, et al. (2018). Short-term benefit of smoking cessation along with glycopyrronium on lung function and respiratory symptoms in mild COPD patients: a retrospective study. *Journal of Breath Research*, 12(4):046007.

- Phanucharas D, Chalongsuk R. (2009). Smoking Behavior and Smoking-Related Knowledge of Students at Silpakorn University, Thailand. *Silpakorn U Science & Tech J*, 3(1), 34-43.
- Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. (2005). Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med*, 99(10), 1303-10.
- Rickert WS, Wright WG, Trivedi AH, Momin RA, Lauterbach JH. (2007). A comparative study of the mutagenicity of various types of tobacco products. *Regul Toxicol Pharmacol*, 48(3), 320–30.
- Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, et al. (2004). SEER Cancer Statistics Review, 1975–2001. Bethesda (MD): National Cancer Institute
- Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Morris PB, Ratchford E V, Stecker EC, et al. (2018). 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment. *J Am Coll Cardiol*, 72(25), 3332–65.
- Sağlam L. (2012). Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 42(3), 515-522.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin). Erişim adresi: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/tutun-bagimlilik-el-kitabi-hekimler-icin.pdf> Erişim tarihi: 19.08.2020
- Sherman CB. (1991). Health effects of cigarette smoking. *Clinics in Chest Medicine*, 12(4), 643-658.
- Sleiman M, Gundel LA, Pankow JF, Jacob P 3rd, Singer BC, Destailats H. (2010). Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential thirdhand smoke hazards. *Proc Natl Acad Sci USA*, 107, 6576–81.
- Soriano JB, Rodriguez-Roisin R. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease overview: epidemiology, risk factors and clinical presentation. *Proc Am Thorac Soc*, 8(4), 363-7.
- Subaşı N, Bilir N, İlhan E, Avluk A, Bavlı G, Biteker M, et al. (2005). Nargile içenlerin nargile içme konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. *Toraks Dergisi*, 6(2), 137-43.
- Şuben M. Tütün Fabrikasyonu. 1.baskı. İstanbul: TEYO yayını, 1989:9-33.

The History of Tobacco. Erişim adresi: www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf Erişim tarihi: 16.08.2020

Thomson CC, Rigotti NA. (2003). Hospital and clinic-based smoking cessation interventions for smokers with cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 45(6), 459–79.

Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. (2014). Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu. Ankara: Türk Toraks Derneği Erişim tarihi: 03.10.20. Erişim adresi: <https://toraks.org.tr/site/community/downloads/1656>

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Yayın No:948 Erişim tarihi 25.09.2020. Erişim adresi: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-2012-TR-25-07-2014.pdf>

Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). Türkiye Sağlık Araştırması, Ankara: TÜİK. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. Erişim tarihi: 19.08.20 Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/haberler/tutun_eylem_plani/Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Plani.pdf

Waatevik M, Skorge TD, Omenaas E, Bakke PS, Gulsvik A, Johannessen A. (2013). Increased prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in a general population. *Respir Med*, 107(7), 1037-45.

Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod C, Matt GE, Hovell MF, McMillen RC. (2009). Beliefs about the health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics*, 123, e74–9.

World Health Organization. WHO Tobacco Fact Sheet. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> Erişim tarihi: 16.08.2020

World Health Organization. (2008). WHO report on the global tobacco epidemic 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization. Erişim tarihi: 19.08.2020. Erişim adresi: https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf

World Health Organization. (2017). WHO report on the global tobacco epidemic 2017. Geneva: World Health Organization. Erişim tarihi: 25.09.2020. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824eng.pdf?sequence=1>

Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG.,Uysal Ö, Yılmaz V. (2004) Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: Reliability İn A Turkish Sample And Factor Analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 52(2), 115-121.

Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. (2014). One-Year Follow-up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic: Factors Affecting The Cessation of Smoking. Euroasian J Pulmonol, 16, 99–104.

Yılmaz F. (2012). Türkiye diyanet vakfı islam ansiklopedisi. Erişim adresi: <https://islamansiklopedisi.org.tr/tutun> Erişim tarihi: 21.09.2020

9. EKLER

Ek-1: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU VE FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

Form No:		Dosya No:	
TC Kimlik No:			
Adı Soyadı:			
Doğum Tarihi:		Cinsiyet:	Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>
Cep Telefonu:			
Meslek:	Medeni Durum:	Eğitim Düzeyi:	Daha Önce Deneme:
Boy:	Kilo:	Boyun Ç:	Bel Ç: Kalça Ç: CO:
Kol:	Sağ Ayak:	Sol Ayak:	Sağ ABI: Sol ABI:
Hb:	Hct:	WBC:	Nötr/Lenf: MCV: RBC: Plt:
MPV:	Glukoz:	Kolesterol:	TG: HDL: LDL:
Ürik Asit:	Kre:	ALT:	PAAG: EKG: FEV1/FVC:
TSH:	Beck Skoru:	DM Risk:	KVS Risk:

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1-Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

() En çok 10 tane (0) () 11-20 tane (1)

() 21-30 tane (2) () 31 tane ve üzeri (3)

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

() En çok 5 dakika içinde (3) () 6-30 dakika içinde (2)

() 31-60 dakika içinde (1) () 60 dakikadan fazla sürede (0)

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

() Evet (1) () Hayır (0)

4-En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

() Günün ilk sigarası (1) () Diğer herhangi biri (0)

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

() Evet (1) () Hayır (0)

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

() Evet (1) () Hayır (0)

Toplam Bağımlılık Puanı:	Sigara Tüketimi (Paket/Yıl):
---------------------------------	-------------------------------------

TIBBİ ÖYKÜ	Var	Yok		Var	Yok
Tanı konmuş hastalık var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geçirilmiş KC hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkol bağımlılığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Madde Bağımlılığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koroner arter hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psikoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Major depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serebro vasküler olay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolar affektif bozukluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Şizofreni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresyon öyküsü:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siroz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hassasiyet ve dikkat g. meslek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yaygın kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer komorbideteler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kafa travması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İntrakranial operasyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ek-2. SİGARA AĞIRLIK İNDEKSİ

1-Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

() En çok 10 tane (0) () 11-20 tane (1)

() 21-30 tane (2) () 31 tane ve üzeri (3)

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

() En çok 5 dakika içinde (3) () 6-30 dakika içinde (2)

() 31-60 dakika içinde (1) () 60 dakikadan fazla sürede (0)

Ek-3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hastanın adı soyadı:

Tarih:

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice

okuduktan çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğun görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime kızgınım.
 - (3) Kendimden nefrete ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 - (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
 - (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
 - (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
 - (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
 - (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 - (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
 - (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 - (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
 - (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

- 21.** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
 - (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
 - (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:

Ek-4. ÇALIŞMADA KULLANILAN ANKET FORMU

Merhaba ben Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğinden arıyorum. Adım Dr. Engin Yavuzer.....ile mi görüşüyorum. Hastanemizden aldığımız sigara bırakma hizmetinin etkinliğini değerlendirmek üzere araştırma yapmakla görevliyim. Sigara bırakma polikliniğimizdeki kayıtlara göre .././...tarikhinde sigarayı bırakmak üzere başvurmuşsunuz. Bununla ilgili olarak size tahminen iki dakika sürecek bir görüşme yapacağım. Sorularımıza vereceğiniz yanıtlar verdiğimiz hizmetin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır. Kabul ederseniz izninizle sorulara geçebilir miyim?

- Sigarayı bıraktınız mı?** a.Evet b.Hayır
- Sigarayı bırakalı ne kadar oldu?** (Bırakan) ay/yıl
- Sigarayı kaç ay bıraktınız?** (Bırakıp başlayan)
- Sigarayı bırakırken süreci en fazla kolaylaştıran şey neydi?**
- Sigarayı bırakırken süreci en fazla zorlaştıran şey neydi?**
- Sigarayı bırakmanızın size sağladığı en büyük yarar sizce nedir?** (Bırakan)
- Sigaraya tekrar başlamanızın sebebi nedir?** (Bırakıp tekrar başlayan)
- Tedavi sırasında sigara içme isteğini nasıl engellediniz?**
- İlaç yan etkisi oldu mu?** a. Evet (Ne oldu?) b. Hayır
- Tedaviyi ücretli mi ücretsiz mi aldınız?** a. Ücretli b. Ücretsiz
- 3 aylık tedavi programına uydunuz mu?** a. Evet b. Hayır
- Hangi ilacı kullandınız?** a. Vareniklin b. Bupropion c. NRT
- Sigarayla ilgili şu anki düşünceleriniz nelerdir?**
- Buradaki tedavinize ek olarak farklı bir tedavi ya da metot uyguladınız mı?**