



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ TEDAVİ
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Doğukan DANIŞMAN

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zerrin GAMSIZKAN

DÜZCE

2020



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ TEDAVİ
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Doğukan DANIŞMAN

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zerrin GAMSIZKAN

DÜZCE

2020

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, desteğini hep arkamda hissettiğim, sadece tıbbi konularda değil, her konuda ben ve arkadaşlarıma öğretmenlik eden, lider nasıl olunur, hekim nasıl olunur ve her şeyden öte insan nasıl olunur bana öğreten, kıymetli hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Zerrin Gamsızkan'a,

Tez sürecim boyunca bana her konuda destek olan, 'keşke daha fazla beraber çalışabilseydik' dediğim, bölüme ve diğer asistan arkadaşlara akademik ve tıbbi anlamda çok fazla şey katacağına inandığım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Kaya'ya,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, hoşgörüyü hiç elden bırakmadan iş ortamımızın aile ortamına dönüşmesine vesile olan bütün çalışma arkadaşlarıma,

Tez aşamamda çok büyük yardımları olan Dr. Zafer Yalım abime,

Dostluklarını esirgemeyen Muhsin, Fatih, Yunus, Kutlu, Yalçın, Ömer Faruk, Ümit'e ve en sadık dostum Yuki'ye,

Bugünlere gelmemin en büyük nedeni olan, ne olursa olsun yanımda olduklarını bildiğim, hayatımda paha biçilemez bir yere sahip, süper kahramanlarım annem ve babama,

Ve son olarak benim için yeryüzünde eşi benzeri olmayan yegane insana, kardeşim Neşri'ye teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Doğukan DANIŞMAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ.....	vi
TABLOLAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
ÖZET.....	ix
SUMMARY	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tütünün Tarihçesi ve Kullanımı	4
2.2. Tütünün İçeriği.....	7
2.3. Tütünün Epidemiyolojisi.....	9
2.4. Tütün Endüstrisi ve Tütün Kontrolü	10
2.5. Tütünün İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri.....	12
2.5.1. Sigara dumanına pasif maruziyet	15
2.6. Sigara Bağımlılığı Nedenleri ve Mekanizmaları.....	16
2.6.1. Yoksunluk Sendromu.....	18
2.7. Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım.....	19
2.7.1. Farmakolojik tedavileri	21
2.7.2. Bilişsel davranış tedavisi.....	24
2.7.3. Özel gruplarda tedavi seçimi.....	25

2.7.4. Sigarayı bırakanlarda nüksü etkileyen faktörler	26
2.7.5. Sigara bıraktırma polikliniklerinde hastaya yaklaşım.....	27
2.7.6. Kliniğimizde sigara bırakma polikliniği işleyişi	28
2.8. Sigarayı bırakmanın sağlığa olumlu etkileri	29
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	31
3.1. Çalışma Grubu	31
3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri	31
3.3. Çalışmanın Dışlama Kriterleri	32
3.4. İstatistiksel Analiz.....	32
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇLAR	58
KAYNAKÇA.....	61
EK-1 Beck Depresyon anketi.....	75
EK-2 Fagerström nikotin bağımlılık testi	76
EK-3 Etik kurul formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-4 Anket Formu	77

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

5-HT: 5-hidroksitriptamin

ABD: Amerika birleşik devletleri

AKS: Akut koroner sendrom

BDT: Bilişsel davranış terapisi

DSM-V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ: Dünya sağlık örgütü

FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

FNDT: Fagerstrom Nicotine Dependency Test

IARC: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

KOAH: Kronik obstüktif akciğer hastalığı

NA: Noradrenalin

NRT: Nikotin replasman tedavisi

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

EKLER DİZİNİ

EK1. Beck Depresyon Ölçeği

EK2. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

EK3. Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurul İzin Formu

EK4. Anket Formu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Sigara dumanında bulunan maddeler ve başlıca etkileri	7
Tablo 2: Tütün kullanımında kullanılan tanımlamalar	10
Tablo 3: Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı Ana Başlıkları	12
Tablo 4: Sigara kullanımına bağlı olarak oluşabilen hastalıklar	13
Tablo 5: Nikotin yoksunluğunda meydana gelen belirti ve bulgular	18
Tablo 6: Tütün ile mücadele dikkat edilmesi gereken ana başlıklar	20
Tablo 7: Tütün bağımlılığında kullanılan farmakolojik tedaviler	22
Tablo 8: Sigara bırakmada başarılı olan ve başarılı olmayan grubun başlangıç demografik özellikleri	35
Tablo 9: Sigara bırakmada başarılı olan ve başarılı olmayan grupların tedavi özelliklerinin karşılaştırılması	37
Tablo 10: Sigara bırakmada başarılı olan ve başarılı olmayan grupların sigara alışkanlıkları ve bırakmada etkili faktörlerin karşılaştırılması	40
Tablo 11: Sigara bırakma tedavisi başarılı olanları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan Binary Lojistik regresyon analizi	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Dünya Sağlık Örgütü MPOWER (KUVVET) politikası önerileri	2
Şekil 2: Çalışmaya dâhil edilen hastaların sigara bırakma profilleri	35
Şekil 3: Çalışmaya dâhil edilen hastaların kullandıkları medikal tedaviler, yan etki görülme sıklığı ve tedaviyi bırakma oranları.....	39
Şekil 4: Kullanılan medikal tedaviler ile görülen en sık yan etkiler	40
Şekil 5: Sigarayı bırakanlarda en sık belirlenen bırakmanın olumlu tarafları .	42
Şekil 6: Sigarayı bırakanlarda en sık belirlenen bırakmanın olumsuz tarafları	43
Şekil 7: Sigara içme isteği ile baş etme yöntemleri.....	44
Şekil 8: Sigarayı bırakan bireylerde kaçak nedenleri	45
Şekil 9: Sigarayı bırakan bireylerde tekrar başlama sebepleri	45

ÖZET

Amaç: Tütün bağımlılığı ve sigara içiciliği dünya çapında önlenabilir ölümlerin önde gelen nedenidir; kendisine kolay ulaşılabilir olması ve yasal olması nedeniyle kullanımı toplum içinde çok yaygın olan ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Sigara ile mücadelede önemli bir yeri olan sigara bırakma polikliniklerinin tedavide başarı oranlarını ciddi şekilde arttırdığı gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, sigarayı bırakmak için Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesindeki Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastaların demografik ve sosyokültürel özelliklerini incelemek, sigara içme durumunu etkileyen faktörleri, uygulanan sigara bıraktırma tedavilerinin etkinliğini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışma Ocak 2018 - Aralık 2019 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dalı Sigara Bırakma polikliniğinde gerçekleştirildi. Çalışma prospektif, tanımlayıcı ve kesitsel çalışma olarak planlandı. Çalışmaya sigara bırakma polikliniğine başvuran ve tedaviye başlanıp önerilen kontrollere devam eden hastalar dâhil edildi. Hastaların nikotin bağımlılık seviyesinin belirlenmesi amacıyla Fagerstrom nikotin bağımlılık testi uygulandı ve bireylerin demografik özellikleri, sigara içme alışkanlıkları ve uygulanan tedaviler kayıt edildi. Çalışmada ‘tekrar başlasa bile en az ≥ 6 ay bırakmayı başaran hastalar sigarayı bırakmış (başarılı)’ olarak kabul edildi ve başarılı olanlar ve olmayanlar olarak ayrılan 2 grubun tüm özellikleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 427 (başarılı 202, başarısız 225 kişi) hastanın yaş ortalaması sırasıyla başarılı grupta $43,78 \pm 12,77$, başarısız grupta $41,67 \pm 12,91$ idi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuk varlığı, alkol tüketimi ve sigaraya başlama yaşı bakımından farklılık yoktu. Çalışmada Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testinin (FNBT) başarısız grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (başarılı 5 (3), başarısız 6 (2), $p < 0,001$). Hastaların tedavi oranları açısından başarılı grupta Vareniklin + Nikotin replasman tedavisi + Bilişsel

davranışçı terapi alanların başarı oranı daha yüksekti (başarılı %5, başarısız 0,5, $p=0,046$). Ayrıca daha önce sigara bırakmayı denemenin varlığı başarılı grupta anlamlı olarak yüksekti (başarılı %90,6, başarısız %81,8, $p=0,009$).

Sonuç: Çalışmada tedavinin başarıya ulaşmasında; FNBT skorunun, günlük tüketilen sigara adedinin, daha önce sigara bırakmayı denemiş olmanın, yan etki nedeniyle tedavinin yarıda bırakılmasının ve tedavi seçeneğinin etkili olduğu belirlendi. Sigara bırakma tedavisi sırasında hastanın; bağımlılık düzeyi, daha önceki sigara bırakma deneyimleri ve tedavi yan etkileri ile beraber değerlendirilerek desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Sigara bağımlılığı, önlenabilir olması nedeniyle sigara bırakma tedavisi sırasında her aşamada hastaya verilen destek toplum sağlığını da geliştirecektir.

Anahtar Kelimeler: Tütün, Sigara bırakma polikliniği, Vareniklin, Nikotin replasman tedavisi, Bilişsel davranış terapisi

SUMMARY

Purpose: Tobacco addiction and smoking are the leading causes of preventable deaths worldwide; It is a disease that is very common in the society and needs to be treated because it is easily accessible and legal. It has been shown that smoking cessation outpatient clinics, which have an important place in the fight against smoking, significantly increase the success rates in treatment. The aim of this study was to examine the demographic and sociocultural characteristics of the patients who applied to the Smoking Cessation Outpatient Clinic of Düzce University Family Medicine Department to quit smoking, to evaluate the factors affecting smoking status and the effectiveness of smoking cessation treatments.

Materials and Methods: The study was carried out between January 2018 and December 2019 in Düzce University, Department of Family Medicine, Smoking Cessation Clinic. The study was planned as a prospective, descriptive and cross-sectional study. Patients who applied to the smoking cessation clinic and started treatment and continued the recommended controls were included in the study. In order to determine the nicotine addiction level of the patients, the Fagerstrom nicotine addiction test was applied and the demographic characteristics of the individuals, smoking habits and the treatments applied were recorded. In the study, "the patients who managed to quit smoking for at least 6 months even if they started again" were considered to have quit smoking (successful) and all the characteristics of the 2 groups separated as successful and non-successful were compared.

Conclusion: The mean age of 427 patients (202 successful, 225 unsuccessful) included in the study was 43.78 ± 12.77 in the successful group and 41.67 ± 12.91 in the unsuccessful group, respectively. There was no difference between the groups in terms of age, gender, marital status, presence of children, alcohol consumption and starting age of smoking. In the study, Fagerstrom Nicotine Dependency Test (FNBT) was found to be significantly higher in the unsuccessful group (successful 5 (3), unsuccessful 6 (2), $p < 0.001$). The success rate of patients who received Varenicline

+ Nicotine replacement therapy + Cognitive behavioral therapy was higher in the successful group in terms of treatment rates (successful 5%, unsuccessful 0.5, $p = 0.046$). In addition, the presence of previous smoking cessation was significantly higher in the successful group (successful 90.6%, unsuccessful 81.8%, $p = 0.009$).

Results: In the success of the treatment in the study; It was determined that the FNBT score, the number of cigarettes consumed per day, having tried to quit smoking before, stopping the treatment due to side effects and the treatment option were effective. During smoking cessation treatment, the level of addiction should be evaluated together with previous smoking cessation experiences, treatment side effects and the patient should be supported based on these factors. Since smoking addiction is preventable, the support given to the patient at every stage during smoking cessation treatment will also improve the public health.

Keywords: Tobacco, Smoking cessation clinic, Varenicline, Nicotine replacement therapy, Cognitive behavioral therapy

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara; açlıkla beraber dünyadaki en sık iki ölüm nedeninden biri olup aynı zamanda ciddi bir morbidite nedenidir (1). Tütün bağımlılığı; kendisine kolay ulaşılabilir olması ve yasal olması nedeniyle kullanımı toplum içinde çok yaygın olan ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de aynı şekilde sigara bağımlılığını nükslerle seyreden kronik bir hastalık olarak tanımlamaktadır (2). DSÖ'nün açıkladığı verilere göre; her 6 saniyede 1 insan, her gün yaklaşık 15 bin insan, senede yaklaşık 6 milyon insan sigara nedeniyle hayatını kaybetmektedir. 2017 yılında sadece sigara ile ilişkili hastalıklar nedeniyle 8 milyon insanın hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Sigara kullanımındaki artışın devam etmesi durumunda ise 21. yüzyılda sigara nedeniyle beklenen ölüm sayısının 1 milyar insanı bulması öngörülmektedir (2,3).

Kronik sigara bağımlılarında yaşam süresi, sigara kullanmayan bireylere göre 10 sene kısalmıştır. Ayrıca her on kişiden biri yaşamını sigara nedeniyle yitirmektedir. Dünyada her yetişkin 2 erkekten biri ve her yetişkin 6 kadından biri sigara kullanmaktadır. Dünyada sigara kullanan yaklaşık 1,5 milyar insan bulunmakta olup bunlardan ancak %5 kadarı tütün bağımlılığı tedavisi için hizmete ulaşabilecek durumdadır (4). Günümüzde ölümden para kazanan bir endüstrinin eserine dönüşmüş olan tütün ve sigara kullanımı; hali hazırda en sık önlenabilir mortalite ve morbidite nedenidir (5). Bu endüstriyle ve sigara bağımlılığı ile savaşmak, başta sigara bırakma polikliniklerinde görev yapan hekimler olmak üzere tüm hekimler ve bireylerin sorumluluğunda olan önemli bir toplum sağlığı problemi.

Dünyada olduğu kadar, sigara kullananların üçte birinin yaşadığı 10 ülkeden biri olan Türkiye’de de nikotin bağımlılığı önemli bir halk sağlığı sorunudur (4). DSÖ tütün bağımlılığı ile baş etmek için “MPOWER” olarak adlandırılan altı

politika önermektedir. Bu politikalar tütün kullanımını ve koruyucu uygulamaları izlemek (Monitor), toplumu tütün dumanından korumak (Protect), yardım önermek (Offer), tütünün zararları konusunda uyarmak (Warn), tütün reklam ve tanıtımını yasaklamayı desteklemek (Enforce), tütün vergilerini artırmaktır (Raise) (4). Bilimsel veriler tütün ürünlerinin yüksek fiyatla satışa sunulmasının, dumansız hava sahası yaratmanın, konu hakkında medya kampanyası yapmanın, tütün ürünlerinin zararlarını ve tüketim kısıtlamalarını belirten uyarı yazıları kullanmanın, isteyen bireylere sigara bırakma desteği sunmanın ve tütün endüstrisinin reklâm yapmasını önlemenin tütün kontrolünün temel bileşenleri olduğunu belirtmektedir. Bu öneriler ve DSÖ'nün MPOWER politikaları Şekil 1' de özetlendi.



Şekil 1: Dünya Sağlık Örgütü MPOWER (KUVVET) politikası önerileri

Ülkemiz 1996 yılında çıkarılan ‘4207 sayılı kanun’ ve 2009 yılında bu kanun üzerinde ek düzenlemelerle tütünle mücadele kapsamında ve tütün kontrolünde büyük yol kat etmiştir (6). Ancak ne yazık ki ülkemizde hala sigara kullanım oranları

oldukça yüksek düzeydedir. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2012 yılında yaptığı çalışmada tütün ve tütün ürünleri kullananların oranı; erkeklerde %41,4, kadınlarda %13,1 olarak tespit edilmiştir. Yetişkinlerde tütün kullanım sıklığı ise %31,2'dir (7). TÜİK verilerine bakıldığında, Türkiye'de sağlık kuruluşuna başvuran sigara bağımlılarının %49'una hekimlerce sigara içip içilmediği sorulmakta olup, sadece %15'inin tıbbi destek alması açısından sigara bırakma polikliniklerine yönlendirildiği bildirilmiştir (7). Neticede sağlık kuruluşlarına herhangi bir nedenle başvuran bağımlıların çok azının sigara bırakma polikliniklerine yönlendirildiği ve takibe alındığı görülmektedir.

Ülkemizde Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 raporunda tütünle mücadelede amaç olarak sadece sigarayı bırakan hastaların yüzdesinin artırılması değil, aynı zamanda sigarayı bırakan hastaların tekrar sigaraya başlama oranlarının da azaltılmasının önemi vurgulanmıştır (8). Bu sebeple sigara bırakma polikliniklerinde uygun tedavi seçenekleri planlanırken: hastanın sigara içmesine etki eden, bırakmasını engelleyen ve nüks açısından risk teşkil eden tüm faktörler iyi irdelenmeli ve bunlar göz önünde bulundurularak tedavi protokolü belirlenmelidir. Bu sebeplerin ortaya çıkarılması, erken dönemde önlem alınmasını ve hastanın bu duruma hazırlanmasını kolaylaştıracaktır.

Bu çalışmadaki amacımız; sigarayı bırakmak için Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesindeki Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastaların demografik-sosyokültürel özelliklerini incelemek, sigara içme durumunu etkileyen faktörleri, uygulanan sigara bıraktırma tedavilerinin etkinliğini değerlendirmek ve nüks nedenlerini belirlemek ve bu faktörlerin değerlendirilmesi ile tütün kontrolü yöntemlerine katkıda bulunarak sigara bırakma girişimlerinin başarısını artırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütünün Tarihçesi ve Kullanımı

Tütün tarımının ve kullanımının tarihi M.Ö. 6000 yıllarına kadar uzanmakta olup, yüzyıllarca Amerika yerlileri tarafından kullanıldığı bilinmektedir. Mayalarla başlayan serüven, daha sonra İnkalar ve Kızılderililerle devam etmiştir (9). Dünyanın tütünle tanışması 1492 yılında Kristof Kolomb ve ekibinin Amerika kıtasını keşfiyle başlamıştır. Portekiz'deki Fransız elçisi Jean Nicot, Amerika yerlileri tarafından baş ağrısı tedavisi için kullanıldığı bilinen bu bitkiyi 1559 yılında Fransız kraliçesine sunar ve tütün, kraliçenin baş ağrısına iyi gelir. Daha sonra 1828 yılında tütün bitkisinden elde edilen alkaloit maddeye Jean Nicot'nun ismine ithafen “nikotin” adı verilmiştir. Tütün o senelerde Avrupa'da değerli bir bitki olup yalnızca saraylarda ve konaklarda varlıklı kişiler tarafından kullanılırdı (10).

Arkeolojik çalışmalarda rastlanan bulgular, tütünün ilk olarak burundan çekme biçiminde kullanıldığını göstermektedir. Ancak tütünün kullanımına bakıldığında birçok farklı tarzda; çiğnenme, yenme, kaynatılmak vasıtasıyla içilmesi (çay gibi), cilt üzerine uygulama (bitleri ve diğer parazitleri öldürmek için), göz damlası ve lavman şekillerinde de kullanıldığı bilinmektedir. Ayrıca savaştan önce savaşçıların yüzlerine sürdüğü, ekimden önce tarlalara serpiildiği (hala tarımda böcek ilacı olarak kullanılmaktadır), tanrılara sunulduğu ve dini törenlerde kullanıldığı bilinmektedir. Tıbbi olarak analjezik ve antiseptik özellikleri olan ve çeşitli rahatsızlıkların tedavisi içinde kullanıldığı düşünüldüğünde tütün kullanımının birçok farklı alanda insanoğlunun hayatına girdiği görülmektedir (11).

Tütün kullanımı için zamanla çeşitli objeler icat edildi. Orta Amerika coğrafyasında kullanma biçimi olarak purolar yaygın olarak kullanıldı, ayrıca eski zamanlarda başka bir popüler yöntem olan, hem sosyal hem de ritüel işlevlere hizmet

eden, zaman ve yerine göre tipi değişen pipo yardımıyla sıklıkla kullanıldı (11). Kızılderililer, “petom” adını verdikleri tütünün kurutulmuş yapraklarını kutsal saydıkları uzun çubuklarla ve tütün yaprağına sararak ilkel bir puro biçiminde tüketmişlerdi. Mezopotamya ve Mısır’daki eski medeniyetlerde de “tütsü” olarak kullanıldığı bilinmektedir (12). Uzun yıllardan beri tütün tüketimi birçok farklı biçimde kullanımına rağmen en fazla kullanım şekli nefes yardımıyla içine çekerek olmuş olup, son olarak bu tüketim ‘sigara içmek’ olarak tanımlanmıştır.

Tütün en çok keyif verici madde olarak kullanılmasına karşın bazı endüstriyel amaçlar için kullanımı da mevcuttur: Tütün tohumundan yağ çıkarılması, gübre olarak kullanılması gibi. Ayrıca selüloz sanayisinde kâğıt elde etmek için, böcek ilacı üretiminde, tütün çiçekleri ile esans ve kolonya üretiminde de kullanılmaktadır. Bilindiğı üzere tütün bol miktarda nikotin içermekte ve ayrıca tütün külünden ise potasyum karbonat elde edilebilmektedir (13).

Tütün kullanımının keyif verici olarak yaygınlaşmasından sonra tüketimi hızla artmıştır. Tütün tüketiminin giderek artış göstermesi üzerine Avrupa ülkeleri tütün ticaretine yönelmiştir ve Amerika’daki sömürgelerinde tütün üretimine başlamış, daha sonra başta Asya olmak üzere diğer kıtalara ve özellikle doğu ülkelerine tütünü götürmüşlerdir. Devamındaki tarihsel süreçte ülkeler, tütün tüketiminden yüksek gelirler elde edilmesi nedeniyle tütün tarımını, ticaretini ve tüketimini teşvik etmişler ve tütünden çeşitli vergiler almaya başlamışlardır (14).

Osmanlı İmparatorluğu’nun önemli ihraç ürünlerinden biri olan tütün, Türkiye Cumhuriyeti’nin de temel ihracat ürünlerinden birisi olarak önemini korumuştur. Osmanlı devletinde tütün kullanımı 16. Yüzyılda Avrupa’dan yayılarak başlamıştır (15). Daha önceleri tütün ekim hissesi yabancı şirketlerin elindeyken Cumhuriyet döneminde 4 Mart 1923’te alınan yasa kararı ile tütün üretim hakları çok uluslu Reji şirketinden devlete geçmiştir. Daha sonra ise 4 Mart 1925 günü kurulan Ulusal Tekel işletmesi ile ülkemiz tütün üretimine tamamen yerli bir vasıf

kazandırmıştır (16). Böylelikle ülkede tütün üretimi, satış ve pazarlaması cumhuriyet döneminden 1980’li senelere kadar devlet kontrolünde TEKEL eli ile yapılmıştır. Ancak 1984 yılında başlayan bir dizi düzenleme sonucunda TEKEL çok uluslu tütün firmasına satılmış ve tütün ürünlerinin üretimi ve satışı yabancı tütün şirketlerinin kontrolüne geçmiştir. Bunun sonucunda 1988 yılına kadar Türkiye kendi yerli tütününü üretirken son yıllarda Türkiye tütün ithal etmeye başlamış, seneler içinde ithal edilen tütün miktarı, ülkede üretilen tütün miktarına ulaşmıştır. Dolayısıyla TEKEL’in özelleştirilmesi ve satılması sonrasında ülkede sigara kullanım sıklığı hızla yükselmiştir. Bu yükseliş 1990’lı senelerin sonlarına kadar devam etmiş, daha sonra yükseliş hızı düşmüş, 2000’li senelerin ortalarından itibaren de tütün ve sigara satışları azalmaya başlamıştır (10).

Türkiye’de tütün kontrolüne yönelik çalışmalar 1996 senesinde çıkarılan ‘Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Yasa’ ile başlamıştır. Bu yasa ile sigara kullanımının ciddi anlamda yaygın olduğu Türkiye’de bazı kapalı alanlarda sigara kullanımı yasaklanmış, tütün ürünü reklamları gündemden çıkarılmış, sigara paketleri üzerine uyarı yazıları yazılmaya başlanmış, bu düzenlemelerin sonucunda sigara kullanımının artışında azalma izlenmiştir. Bu kanun üzerinde, 12 yıl sonra 2008 yılında yapılan değişikliklerle Türkiye’de tüm kapalı alanlarda sigara kullanımı yasaklanmış, yasada belirtilen kurallara ve yasaklamaları yerine getirmeyenlere cezaların sınırları net biçimde çizilmiştir. Son yürürlüğe giren bu yasayla beraber sigara kullanım sıklığında azalma olmaya başlamış ve Türkiye tütün kontrolünde oldukça iyi bir yol kat etmiştir (10). Zamanla tütün kullanımının ölümlere ve hastalıklara neden olduğu bilimsel verilerle kanıtlanmıştır. Günümüzde gelinen noktada insanlığa zararı su götürmez bir gerçek olan tütünün ölüm-kalım mücadelesi hala devam etmektedir.

2.2. Tütünün İçeriği

Sigara üretiminde kullanılan tütün (nicotiana) familyasında 65 dolayında tür bulunmakla birlikte bugün için tütün ürünlerinin yapımında başlıca iki türü (Nicotiana tabacum ve Nicotiana rustica) kullanılmaktadır. Tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak elde edilmesi yardımıyla yapılarak kullanılan ürünlere ise “tütün ürünü, tütün mamulü” adı verilmektedir (15). Sigara içinde yaklaşık 600 ayrı madde olup, yakıldığında farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 7.000'den fazla kimyasal oluşmaktadır. Bu kimyasalların birçoğunun kansere neden olduğu bilinmektedir ve çoğu toksiktir (17). Bunlardan bazıları Tablo 1’de görülmektedir. Ana akım dumanın %92-95’i gaz fazındadır ve 1 mL’de 0.3–3.3 milyar partikül içerir. Ortalama partikül çapı ise 0.2- 0.5 mm olup solunabilir düzeydedir.

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) bu maddelerden 81 tanesinin karsinojen olduğunu bildirmiştir. Ayrıca IARC tütün dumanını Grup 1 (kanser yaptığı bilinen) karsinojen olarak kabul etmiştir. Bu 81 maddenin 11’i Grup 1 (kanser yaptığı bilinen), 14’ü Grup 2A (insanda kanser yapması olası), 56’sı Grup 2B (insanda kanser yapabilen) karsinojen olduğu bildirilmiştir. Bu gruplarda yer alan bazı maddelere örnek vermek gerekirse; Grup 1 bazı maddeler: benzen, kadminyum, vinil klorid, radon-222 ve radyoaktif bileşikler. Grup 2A bazı maddeler: benzoapiren, N- Nitrozodietilamin, N- Nitrozodimetilamin, azot hardalı. Grup 2B bazı maddeler: asetaldehit, propilen oksit, vinil asetat, aromatik aminleri içermektedir (18).

Tablo 1: Sigara dumanında bulunan maddeler ve başlıca etkileri (18,19)

Partikül fazı	Başlıca Etki	Gaz fazı	Başlıca Etki
Tar (katran)	Mutajenik/karsinojenik	Carbon monoxide	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza-bağımlı uyarıcı veya parasempatik N kolinergik reseptörler	Nitrojen oksidler	İrritan, pro-inflamatuvar, siliotoksik

	üzerine depresör		
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/ karsinojenik	Aldehydes	Irritan, pro-inflamatuvar, siliotoksik
Fenol	İrritan, Mutajenik/ karsinojenik	Hydrocyanic acid	Irritan, pro-inflamatuvar, siliotoksik
Kresol	İrritan, Mutajenik/ karsinojenik	Acrolein	Irritan, pro-inflamatuvar, siliotoksik
b-Naphthylamine	Mutajenik karsinojenik /	Amonyak	Irritan, pro-inflamatuvar, siliotoksik
Benzo(a)pyrene	Mutajenik karsinojenik /	Nitrosaminler	Mutajenik/ karsinojenik
Catechol	Mutajenik karsinojenik /	Hydrazine	Mutajenik/ karsinojenik
Indole	Tümör hızlanması	Vinyl chloride	Mutajenik/ karsinojenik
Carbazole	Tümör hızlanması		

Tütün ürünlerinde bulunan ve çoğunlukla bağımlılığa yol açan nikotinin yarılanma ömrü yaklaşık 2 saattir, % 5'i proteine bağlanır, plazma pik değeri içim sırasında yaklaşık 25-50 ng/ml dir. Bir sigaradaki nikotin miktarı tütünün türüne ve imalat teknolojisine göre değişmekle beraber 20 mg'a kadar çıkabilir. Alınan her nefes ile yaklaşık 50 µg nikotin vücudumuz tarafından absorbe edilir (20). Nikotinin mezolimbik sistemdeki dopaminerjik yolları uyarmasıyla oluştuğu düşünülen; uyarılabilirlikte azalma, kilo kaybı, dikkat ve psikomotor fonksiyonlar üzerine yarattığı olumlu etkileri vardır. Bu olumlu etkilerin sigara bağımlılığını pekiştirdiği düşünülmektedir (21,22).

Nikotin etkilerini, hedef hücrelerdeki nikotinik tipteki kolinerjik reseptörler üzerinden göstermekte ve bu reseptörler periferde nöromusküler kavşakta, otonom ganglionlarda, adrenal medullanın kromafin hücrelerinde, duyuşal sinir uçlarında ve santral sinir sisteminde bulunmaktadır (21,23).

2.3. Tütünün Epidemiyolojisi

Tütün kullanımı DSÖ tarafından salgın hastalık olarak tanımlanmaktadır (24). Sigara üretimine bakıldığında her yıl 600 milyon civarında sigara üretilmekte ve dünya çapında 1,2 milyar kişinin sigara tükettiği bildirilmektedir. Dünya çapında sigara içenlerin sayısının, 2030 yılında 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (25).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1990 yılı verilerinde sigara içme sıklığı tahminleri gelişmiş ülkelerde erkeklerde % 42, kadınlarda % 24 iken; gelişmekte olan ülkelerde ise erkeklerde % 48, kadınlarda % 7'dir. 2002 tahminlerinde ise gelişmiş ülkelerde erkeklerin % 35'i, kadınların % 22'si sigara içerken, gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin % 50'sinin, kadınların % 9'unun sigara içtiği belirlenmiştir. Bu sürece bakıldığında sigara içme sıklığının gelişmiş ülkelerde azaldığı, gelişmekte olan ülkeler ve erkek bireylerde artışta olduğu görülmektedir (26–28). 2015 yılında verileri sunulan Küresel Hastalık Yüğü, Yaralanmalar ve Risk Faktörleri çalışmasında 25 yıllık veriler değerlendirildi ve dünya çapında yaşa göre standartlaştırılmış günlük sigara içme yaygınlığının erkekler arasında %25 ve kadınlar arasında %5,4 olduğu belirlendi. Bununla birlikte, erkeklerde günlük sigara içme yaygınlığı %4 ile 47 arasında, kadınlarda ise %1 ile 44 arasında değişen, farklı ülkeler arasında büyük bir heterojenliğin olduğu görüldü. Ayrıca çoğu ülkede, çalışma süresince sigara içme prevalansında bir düşüş olduğu gösterildi (29).

Türkiye'de 1980'li yıllarda uluslararası tütün şirketlerinin reklam, ürün farklılaştırma vb. faaliyetlerini artırması, tütün tüketiminde hızlı bir artışı beraberinde getirmiş ve sigara tüketimi 1960-2000 döneminde yıllık 30 milyar sigaradan 118 milyar sigara adedine yükselmiştir (30). Türkiye'de yetişkinlerin tütün tüketimine ilişkin yapılan ilk çalışmalar arasında yer alan "1988 Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırma raporu" unda 15 yaş ve üzeri bireyler değerlendirilmiş ve tütün tüketim oranı yetişkinlerin genelinde %44, erkeklerde

%62,8 ve kadınlarda %24,3 olarak belirtilmiştir (31). Ayrıca, ülkemizde yapılan ve yine yetişkin bireylerin değerlendirildiği ‘2003 Türkiye: Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Çalışması’ çalışmasında yetişkinlerin genelinde %33,8; erkeklerde %52,9 ve kadınlarda ise %19,5 oranında tütün tüketimi olduğu görüldü. 2006 ‘Türkiye Aile Yapısı Araştırması’ sonuçlarında ise yetişkinler genelinde %33,4; erkeklerde %50,6 ve kadınlarda %16,6 oranında tütün tüketiminin olduğu gösterilmiştir (32). Bu veriler değerlendirildiğinde, çoğu gelişmiş ülkede olduğu gibi tütün tüketiminin ülkemizde azalma eğiliminde olduğunu söylemek mümkündür.

Tütün ürünü kullanımı çeşitli türlerde olabilir ve bu durumlara göre farklı tanımlamalar yapılmıştır. Bireyin sigara tüketimi ile maruz kaldığı yükü belirlemek, kullanım sıklığını belirlemek, çalışmalarda ve tedavi için gerekli standardize edilmiş durumların net olarak anlaşılması için tanımlamalar belirlenmiştir (33). Bu tanımlar Tablo 2’de açıklandı.

Tablo 2: Tütün kullanımında kullanılan tanımlamalar

Yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş olan kişiler	Sigara içmemiş (Non-smoker)
Eskiden sigara içmiş olan, ancak bir süreden beri (en az 6 ay) içmeyen kişiler	Sigarayı bırakmış (Ex-smoker)
Halen düzenli veya düzenli olmayan şekilde sigara içen kişiler	Sigara içen (Current smoker)
Yaşamının herhangi bir döneminde 100 tanenin üzerinde sigara içmiş olan kişiler	Sigara içicisi (Ever smoker)
Her gün düzenli olarak sigara içen kişiler	Günlük içici (daily smoker)
Aralıklı olarak sigara içen kişiler	Aralıklı içici (occasional smoker)
Her gün içmese bile kısa aralıklarla devamlı olarak sigara içen kişiler	Halen kullanan - düzenli içici (current – regular smoker)

2.4. Tütün Endüstrisi ve Tütün Kontrolü

Tütün endüstrisi uzun yıllardır öldürdüğü bilinen ve ciddi bağımlılık yapabilen bir ürünü, bazen yasaları çiğnemeyi göze alarak dâhiyane pazarlama

teknikleri ile satmaktadır. Dünyada üreticinin önerdiği gibi kullanıldığında müşterisini öldüren tek yasal ürünün olması nedeniyle tütün ticaretini sürdürmek için birçok farklı yöntemler kullanılmaktadır. Endüstri temsilcileri çoğunlukla tütün dışında birçok farklı sektörde faaliyet göstermekte ve çeşitli ülkelerin yönetimleri ile kuvvetli ilişkiler kurmaktadır. Birçok farklı pazarlama tekniği ile bu durumun normalleştirilmesi ve hatta özendirilmesi bu endüstrinin ne denli tehlikeli olduğunu göstermektedir (34).

Ekonomik veriler incelendiğinde tütün endüstrisinin uyguladığı yöntemlerin halen başarılı olduğu görülmektedir. Tütün endüstrisi dünya pazarındaki payını her yıl daha da büyötmektedir. Gelişmiş ölkeler tütün savaşında kısmen başarılı olmuş gibi gözükse de, gelişmekte olan ölkeler halen bu savaşta ciddi saldırı altındadır. Sivil toplum örgütleri ve kamu kurumlarının endüstri ile mücadelesi ciddi anlamda zorluklar içerse de endüstrinin pazarlama stratejilerinin iyi analiz edilmesi ve önlemlerin alınması ve halk sağlığının yasalar ile koruması gereklidir (34).

Tütün kontrolü, “toplumun tütün ürünleri tüketimini ve tütün dumanına maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak sağlık düzeylerini yükseltmeyi amaçlayan stratejiler” olarak tanımlanmaktadır. Bu çerçevede tütün kontrolünün üç temel stratejisi “başlamanın önlenmesi”, “bıraktırma desteği” ve “pasif ekilenimin önlenmesi” olduğunu söyleyebiliriz. Tütün kontrolü mücadelesinde başarının sağlanması bu üç stratejinin birlikte uygulanması ile gerçekleşebilir. Diğer yandan bu üç stratejinin uygulanması sürecinde bireyin ve toplumun sağlıklı yaşama hakkını sağlamak için yasal düzenlemeler yapılması ve bunların aktif olarak yürütölmesi gerekmektedir. Ancak bakıldığında, yasal düzenlemeler sürecinde toplum sağlığı ile tütün endüstrisinin çıkarları arasında ciddi ve uzlaştırmamaz bir ihtilaf olduğu görölmektedir. Bu süreçte tüm devletlerinin halk sağlığına yönelik sorumluluklarını yerine getirmeleri, tütün kontrolünü kendi ulusal anayasal düzenlerinde ve uluslararası düzeyde yükümlölükler üstlenerek yerine getirmeleri gerekmektedir. Bu mücadeleyi eşit, düzenli ve sürekli hale getirebilmenin tek yolu ise bu konuda kalıcı ve işler hukuk kuralları oluşturmaktan geçmektedir (35).

Hem birey hem de toplum için zararları bu kadar bilinen tütün ürünlerinden insan sağlığının korunması için birtakım önlemlerin alınması gerekliliği açık bir gerçektir. Dünyada tütün kullanımı ve bunun halk sağlığını tehdit unsuru olmaktan çıkmasını sağlamak için, ayrıca tütün endüstrisinin yayılma ve pazar oluşturma stratejilerine karşı halen ülkemizde ve tüm dünyada ciddi politikalar yürütülmektedir. Ülkemizde bu kapsamda hazırlanmış olan ‘Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı’ 2018-2023 yılları arasında yapılması gerekenlerin detaylı bir şekilde açıklandığı ve farklı açılardan toplum sağlığının korunmasını hedeflemiş bir plandır. Bu hedefler ana maddeler halinde Tablo 3 ‘de belirtildi.

Tablo 3: Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı Ana Başlıkları

✓ Tütün ürünlerine talebin azaltılması
✓ Bilgilendirme ve bilinçlendirme
✓ Sigarayı bırakma
✓ Fiyat ve vergilendirme
✓ Tütün dumanından pasif ekilenimin önlenmesi
✓ Reklam, promosyon ve sponsorluğun önlenmesi
✓ Ürün kontrolü içerikleri ve halkın bilgilendirilmesi
✓ Tütün ürünlerine ulaşılabilirliğin azaltılması
✓ Çocuk ve gençlerin tütün ürünleri kullanımından korunması ve ulaşılabilirliğin engellenmesi
✓ Tütün kontrolünde koordinasyon, izleme ve değerlendirme

2.5. Tütünün İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri

Sigaranın insan sağlığı üzerine birçok zararlı etkisi vardır. Sigara içen kişiler, içmeyenlere göre daha sık hastalanmakta, hastalıklarını daha şiddetli geçirmekte, hastalıklarının iyileşme süreleri daha uzun sürmekte, hastanede yatış oranları daha yüksek ve yatış süreleri daha uzun dolayısıyla tedavi maliyetleri daha yüksek olmaktadır. Hastalıkların seyrindeki bu olumsuzluk işe geri dönüş sürelerini de artırmakta ve bu durum genel yaşam kalitesini düşürmektedir (36).

Sigara tüketimi Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ve dünya çapında önlenabilir ölümlerin en önde gelen nedenidir. Sigarayla ilişkili ölüm nedenlerine bakıldığında aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar, akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi nedenler çoğunluğu oluşturmaktadır (37). Tütün kullanımı, akciğer dışında farklı bölgelerdeki kanser türleri ile ilişkili olup, ayrıca birçok farklı akut ve kronik hastalık riskini de arttırmaktadır. Kanserlerin yaklaşık olarak üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır. Sigara birçok kanser türünün etyopatogenezinde önemli rol oynamaktadır. Bu kanserlerin başında ise akciğer kanseri gelmektedir. Sigaranın etkisinin olduğu hastalıklar Tablo 4'de sunuldu.

Tablo 4: Sigara kullanımına bağlı olarak oluşabilen hastalıklar (19,38,39)

Kanser türleri ✓ Kolorektal ✓ Yemek borusu ✓ Baş ve boyun kanserleri ✓ Böbrek ✓ Karaciğer ✓ Renal pelvis, üreter ve mesane ✓ Akciğer	✓ Mezotelyoma ✓ Lösemi ✓ Burun boşluğu ve paranasal sinüsler ✓ Pankreas ✓ Penis ✓ Mide ✓ Serviks
Kalp ve Dolaşım Sistemi ✓ Koroner arter hastalığı ✓ Aort anevrizması ✓ Kalp kası dejenerasyonu ✓ Perifer arter hastalığı ✓ İskemik Serebrovasküler hastalık ✓ Hipertansiyon ✓ Kalp yetmezliği ✓ Burger hastalığı	
Solunum Sistemi ✓ Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ✓ Astım ✓ Pnömoni sıklığında artış ✓ Tüberküloz sıklığında artış ✓ Atelektazi ✓ Covid-19 tutulumunda ve hastalığın ciddiyetinde artış	
Diğer Sistemik Hastalıklar	

✓ Duodenum ülseri	✓ Görme siniri hastalığı
✓ Katarakt	✓ Eklem bağ zedelenmesi
✓ Kalın barsak polipleri	✓ Maküler dejenerasyon
✓ Crohn hastalığı	✓ Kas zedelenmesi
✓ Depresyon	✓ Nistagmus
✓ Anksiyete bozuklukları	✓ Osteoporoz
✓ Tip 2 Diabetes Mellitus	✓ Uyku zozuklukları
✓ İşitme kaybı	✓ Diş hastalıkları
✓ İmpotans	✓ Prematür doğum
✓ Grave's hastalığı	✓ Gebelikte düşük tehdidi
✓ Multipl skleroz	

Başta sigara olmak üzere tütün ürünlerinin tüketimi önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olarak kabul edilmektedir. Sigaranın yaklaşık 50 civarında direkt ölümle sonlanmayan kronik hastalıkla ve 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Sigara içiminde mortaliteyi belirleyen ana hastalıklar ise akciğer kanseri, KOAH ve aterosklerozdur (40). Erken yaşlarda sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara tüketen bireylerin yaklaşık yarısının sigara nedeniyle hayatını kaybettiği görülmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık yarısının da orta yaşlarda olduğu bildirilmiştir. Bu bireylerin beklenen yaşam sürelerinin sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısa olduğu görülmüştür (41).

Günümüzde kardiyovasküler hastalıklar mortalitenin en önde gelen nedenidir. Bu hastalıklar üzerinde ise etkisi açık bir şekilde gösterilmiş olan sigara kullanımı önlenabilir bir durum olması nedeniyle önem arz etmektedir. Sigara içen bireylerde koroner kalp hastalığı riski 2-4 kat artmaktadır. Bireyin komorbiditelerine göre ise bu risk katlanarak artmaktadır. Ateroskleroz oluşumunda sigaranın birçok farklı mekanizma ile etki ettiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda tütün dumanının vasküler endotel hücre ve doku morfolojisini dakikalar içinde dramatik bir şekilde değiştirdiği ve endotel bariyer fonksiyonun kaybına yol açtığı gösterilmiştir (42). Ayrıca sigara içmenin klinik olarak sağlıklı genç erkeklerde erken aterosklerotik lezyonların gelişimi için en önemli risk faktörü olduğu bulunmuştur (43). Sigara dumanının trombositleri ve monositleri akut olarak etkilediği ve endotel hücrelerinin "yapışkanlığını" artırdığı gösterilmiştir. Benzer şekilde, sigara dumanı

ekstreleri adezyon molekülü ekspresyonunu tetiklediği ve monositlerin trans-endotelial göçüne neden olduğu da çalışmalarda gösterilmiştir (44,45).

Sigara içen kişilerde dolaşım yetersizliğine bağlı sorunlar bilindiği üzere daha fazla görülmektedir. Bunlar arasında derinin erken dönemde yaşlanması, cilt enfeksiyonları, vücudun uç kısımlarında özellikle ayak parmaklarında dolaşım bozukluğuna bağlı dolaşım bozuklukları daha sık görülmektedir (46). Ayrıca dolaşım sistemindeki bozukluğun sonuçları olan yaşlıların soğuk havada daha çok üşmesi, barsak kan dolaşımındaki yetersizlik nedeniyle beslenme ve emilim bozuklukları gibi durumlar da sigara içenlerde daha fazla görülmektedir (47). Ayrıca sigara içiminin sindirim sistemi dışında gingivit, diş çürüğü, özofajit, ülser gibi hastalıklar için risk faktörü olduğu bilinmektedir (48).

Yapılan çalışmalarda sigara içilmesi, insan mukozasında önemli etkileri olan mukosiliyer aktiviteyi ve alveolar makrofaj aktivitesini bozmakta, ayrıca mukus bezlerinde hiperplazi ve hipertrofiye neden olmaktadır. Sigara dumanı özellikle solunum yollarında temas ettiği bronş duvarındaki düz kasların kasılmasına yol açar ve bunun sonucunda hava yolu direncini arttırmaktadır. Bu etkilerin zaman içinde KOAH ve akciğer kanseri gelişiminde etkisi olduğu gösterilmiştir (49). Bu durumların dışında 1 yıldır tüm dünyayı etkileyen coronavirüs (Covid-19) salgınının sigara içen bireyleri daha fazla etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir. Liu ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içenlerdeki ölüm oranlarının içmeyenlere göre 14 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (50,51).

2.5.1. Sigara dumanına pasif maruziyet

Tütün dumanının sigara içmeyenler için rahatsız edici doğası uzun süredir bilinmesine rağmen, pasif içicilik ve sağlık konusu, aktif sigara içiciliği ile karşılaştırıldığında nispeten kısa bir geçmişe sahiptir (52). Sigara içmeyenlerde pasif maruziyet ve akciğer kanseri ile ilgili ilk büyük çalışmalar 1981'de bildirildi ve 1986'da yayınlanan çalışma kanıtları ile sigara içmeyenlerde pasif maruziyetin

akciğer kanserinin bir nedeni olduğu sonucunu destekledi (53,54). Daha sonraki süreçte Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı ve birçok farklı tıbbi birlik pasif maruziyetin kanser dışında koroner kalp hastalığı ve inme için artmış risk dâhil olmak üzere, birçok farklı zararının olduğunu bildirdi (55,56).

Günümüzde aktif sigara içimine bağlı gelişebilecek birçok zararlı etkinin pasif sigara maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği artık bilinmektedir. Dünya genelinde her yıl 600,000 masum insan başkasının dumanına maruz kalmaktan dolayı ölmektedir. Pasif dumana maruziyetin neden olduğu birçok sağlık zararları saptanmıştır. En önemli zararları ise çocuk ve hamileler üzerine olduğu bilinmektedir (57,58). Pasif sigara maruziyeti prenatal dönemden başlayarak tüm çocukluk çağı boyunca solunum sistemi ve diğer sistemler üzerine olumsuz etkilere yol açmaktadır. Çocukluk çağında pasif maruziyetin çocuklardaki astım, bakteriyel menenjit ve uykuda ani ölüm için risk faktörü olduğu görülmüştür (59). Çevresel tütün maruziyeti birçok solunumsal semptomlar ve hastalığa (astım, KOAH gibi) neden olmaktadır (41).

2.6. Sigara Bağımlılığı Nedenleri ve Mekanizmaları

Bağımlılık, zararlı etkilerine ve sonuçlarına rağmen içgüdüsel olarak madde arayışı ve bu ürünün kullanımı ile karakterize; tekrarlayabilen, kronik seyrebilen bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Bağımlılığın beyin hastalığı olarak düşünülmesinin nedeni ise, bu maddelerin ve durumların bireyin beyin yapısını ve işleyiş şeklini değiştirmeleridir. Beyin üzerinde izlenen bu değişikliklerin uzun süreli olması nedeniyle tedavide de zorluklar yaşanması ve bireyin bu süreçte zararlı davranışları olabilmektedir. Beynin ödül ihtiyacı genellikle davranışları etkilerken, beklentiler ve davranışlar da beynin ödül ihtiyacını etkilemektedir (60,61).

Tütün bağımlılığının temel nedeni nikotindir ve yapısı suda iyi çözünen, renksiz bir alkaloidden oluşmaktadır (62). DSÖ nikotin bağımlılığını kronik,

tekrarlayan bir hastalık olarak kabul etmektedir. Nikotin mental ve davranışsal bozukluklara yol açan bir madde olduğu bilinmektedir (62). Nikotin, alındıktan sonra hızla kan beyin bariyerini geçer ve nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanır ve beyinde dopamin salınımı meydana gelir. Dopamin salınımının ise bireylerde keyif vermesi ve rahatlatıcı etkilerinden dolayı bağımlılık tetiklenmiş olur. Daha sonraki süreçte sigaranın etkilerinin azalması sonrasında azalan dopamin miktarıyla bireylerde stres artmaya başlar ve dopamin yoksunluğu ile kişi nikotin açlığı çekmeye başlar. Bu durum bağımlılığı daha da pekiştirmeye yol açmaktadır (62).

Her gün sigara içmeyen bir grup sigara içicisi olmasına rağmen, çoğu sigara içicisi günlük kullanıcıdır ve nikotine fizyolojik bağımlılıkları vardır. Sigara içenler, nikotin bazal uyarılma düzeyine bağlı olarak hem uyarıcı hem de anksiyolitik etkilere sahip olduğu için, sigara içerken tipik olarak bir "acele" ve uyanıklık, rahatlama ve "tatmin" duygularını tanımlar. Hava yolu uyarımı, sigara içme davranışının önemli bir yönüdür ve mentol gibi katkı maddeleri tadı iyileştirerek ve tütsülenmiş tütünün sertliğini azaltarak deneyimi geliştirir.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V) tanı kriterlerine göre tütün kullanım bozukluğu; on iki aylık süre içerisinde belirtilen maddelerden en az ikisinin görüldüğü, klinik açıdan günlük yaşantısında kişiyi sıkıntıya sokan ve işlevsellikte azalmaya neden olan bir tütün kullanım dürtüsü olarak tanımlanmıştır. Tütün bağımlılığı için tanımlanan maddeler ise aşağıda sıralanmıştır (62);

1. Çoğu kez planlanandan daha fazla ya da daha uzun süreli tütün kullanımı
2. Tütün elde etmek, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için fazla zaman harcama
3. Tütün kullanmayı bırakmak ya da kontrol altında tutmak için sürekli bir istek veya sonuç vermeyen çabaların varlığı
4. İşte, evde ya da okulda yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan tekrarlayıcı tütün kullanımı

5. Tütün kullanmaya karşı çok büyük isteğin olması, bu durumu engellemek için kendini zorlanmış hissetme
6. Tütün kullanmanın neden olduğu toplumsal ya da kişisel sorunlar olmasına rağmen kullanmayı sürdürme
7. Tütün kullanımından dolayı toplumsal veya işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme faaliyetlerinin bırakılması ya da azaltılması
8. Tehlikeli durumlarda dahi tütün kullanma
9. Tütünün neden olduğu bedensel veya ruhsal bir problemi olmasına rağmen tütün kullanımına devam etme
10. Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine tolerans gelişmesi
 - a. Aynı ölçüde tütün kullanımına rağmen daha az etki alınması
 - b. İstenen etkiyi sağlamak için belirgin bir şekilde tütün kullanımının artırılması
11. Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine yoksunluk gelişmiş olması
 - a. Tütün yoksunluk sendromunun belirtilerinin varlığı
 - b. Yoksunluktan kurtulmak için tütün alınması

2.6.1. Yoksunluk Sendromu

Nikotinin uzun süreli ve tekrarlayan alımı ile nöroadaptasyon ortaya çıkar. Kronik maruziyette nikotin reseptörlerinde artış meydana gelir ve beyindeki nikotin reseptörlerinin artması nikotinin bazı etkilerine tolerans gelişmesine neden olmaktadır. Bu tolerans gelişimi de sigara bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur (63). Nikotin yoksunluk belirti ve bulguları Tablo 5’de sunuldu (64).

Tablo 5: Nikotin yoksunluğunda meydana gelen belirti ve bulgular

Aşağıda sözü edilen belirtiler ilk 2-3 hafta yaşanması muhtemel yoksunluk belirtileridir ve genellikle geçicidir.
✓ Huzursuzluk

- ✓ Uykusuzluk ya da tam tersi uykuya eğilim
- ✓ Gerginlik
- ✓ Düşünceleri toplama güçlüğü
- ✓ Aşırı tepki verme eğilimi
- ✓ Sinirlilik
- ✓ Yorgunluk
- ✓ Titreme
- ✓ Baş ağrısı
- ✓ Kabızlık
- ✓ Depresif ruh hali veya bazen de aşırı neşelenme durumu
- ✓ İştah artması
- ✓ Ağız kuruluğu, ağız yaraları

Nikotin bağımlılığının ciddiyetini saptamak için kullanılan Fagerström nikotin bağımlılık testinde (FNBT) altı soru sorularak, alınan yanıtlara göre toplam puan belirlenir. Bu ölçekte en fazla 10 puan toplanırken, 6-7 ve üzeri puan alanların belirgin bağımlı olduğu belirtilir. FNBT nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde günümüzde en sık kullanılan ve en iyi ölçümü sağlayan ölçektir. FNBT'e göre nikotin bağımlılığı beş basamakta değerlendirilebilir. 0-2 puan hafif, 3-4 puan düşük, 5 puan orta, 6-7 puan yüksek ve 8-10 puan çok yüksek bağımlılığı göstermektedir (65).

2.7. Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım

Ülkemiz nüfusunun neredeyse dörtte birinin sigara tüketicisi olduğu ve her yıl 100 bin insanımızın sigaraya bağlı gelişen hastalıklar nedeniyle yaşamın yitirdiği düşünüldüğünde, sigara alışkanlığının tedavisi ülkemiz için önemli bir yere sahiptir. Sigara içimi bilindiği üzere tek başına önlenebilir morbidite ve erken mortalitenin en önemli nedenidir. Bu nedenle sigara bırakma tedavileri tüm ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ulusal sağlık programları içinde önemli bir yer tutmaktadır (66). Sigara bırakma tedavilerinde amaç mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır.

Tütün ile etkin mücadele edebilmek için birçok farklı durumun kontrolü gerekmektedir. Tütünle mücadele stratejisinde dikkat edilmesi gereken ana başlıklar Tablo 6 'de özetlendi.

Tablo 6: Tütün ile mücadele dikkat edilmesi gereken ana başlıklar (67)

1. Ergenlerin ve çocukların tütüne maruziyetinin ve bağımlı olmasının engellenmesi,
2. Tütün endüstrisinin kontrolü, Tütün ürünlerinin vergilendirilmesinin arttırılması yoluyla tütün tüketiminin engellenmesi ya da azaltılması,
3. Vergilerden elde edilen gelirlerin tütün kullanımını önlemeye yönelik etkinliklere ayrılması,
4. Çevresel sigara dumanına maruziyetin kaldırılması,
5. Tütün piyasasının devletin tekel gücünün korunması,
6. Tütünün sosyal olarak kabul gören bir madde olmaktan çıkarılması,
7. Reklam, özendirme ve sponsorlukların azaltılması ve ortadan kaldırılması,
8. Tütün ürünlerinde yapılacak yeni düzenlemeler; çarpıcı sağlık uyarılarının paketlere konulması, tütün ürünlerinin toksik içeriklerinin paket üzerinde belirtilmesi,
9. Tütün ile ilgili konuların etkin yönetimi, izlenmesi ve değerlendirilmesi,
10. Tütün bağımlılığının tedavisinin yaygınlaştırılması ve iyi hekimlik pratiğinin bir parçası olarak algılanarak uygulanması
11. Tütün kullanımının zararları konusunda toplumun daha fazla bilgilendirilmesi

Sigara bırakma tedavisinin en önemli endikasyonlarını; Sigara ile ilişkili hastalıkların önlenmesi, tedavisi, bu hastalıkların rehabilitasyonu ve sigara içmeyen bireylerin sağlığının korunması olarak sayabiliriz. Sigaranın bırakılması, tercihen bir yıl, ancak en azından altı ay süre ile sigara ve diğer tütün ürünlerinden yoksun kalmak olarak tanımlanır (62). ABD Sağlık Bakanlığı ve Tütün Bağımlılığı Tedavisine İlişkin İnsan Hizmetleri Yönergesinde sigaranın bırakılması için kısa tavsiyelerin güçlü bir etkinliğe sahip olduğu bildirilmiştir. Bu bildiride doktorların tüm hastalar için "5 A" yaklaşımını kullanmasını tavsiye eder (Hastalara sigara içip içmediklerini sorun (Ask- Sor), Hastalara sigarayı bırakmalarını tavsiye edin (Advise

- Öğüt ver), Hastaların bırakma motivasyon düzeyini değerlendirin (Assess – Değerlendir), bırakma girişimlerinde yardımcı olun (Assist - Yardım et) ve takip temaslarını ayarlayın (Arrange – Düzenleme)) (68).

2.7.1. Farmakolojik tedavileri

Sigara içimi davranış olarak yüksek direnç gösteren, relaps hızı fazla olan bir davranıştır (69). Tüm tütün ürünlerinin kullanımı kronik bir hastalık gibi relaps ve remisyonlarla seyreder (70). Sigara içimini basit bir davranış olarak görmek yapılabilecek büyük hatalardan birisidir. Çünkü sigara içimi ile karmaşık bir fizyolojik bağımlılık meydana gelir. Sigara içindeki bileşenlerden ise bağımlılık gelişimine en fazla katkısı olan nikotindir (71). Sigara bırakabilmek için genellikle bireylerin çoğu tıbbi desteğe gereksinim duyarlar. Bu amaçlarla uygulanan sigara bırakma tedavilerinde başlangıç tedavisini nikotin replasman tedavisi, Bupropion ve Vareniklin ile yapılan farmakolojik tedaviler oluşturur (72,73). Bu tedaviler, nikotin yoksunluğunun semptomlarını azaltmayı ve böylece sigarayı bırakmayı kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Uygulanacak tedavi biçimi ve süresi kişiye özel olmalıdır ve bireyin sigara alışkanlıkları iyi irdelenmelidir. Daha önce tek ilaç tedavisi ile başarısız olunmuş ya da yüksek dozlara gereksinim duyulmuşsa, bu hastalarda kombine tedavi düşünülebilir. Farmakolojik tedavinin yanında telefon ile ya da yüz yüze yapılacak takip görüşmeleri tedavinin yakın izlemi açısından önemlidir (66,70).

İlaç temelli tedavi yöntemleri arasında, nikotin idame preparatlarıyla tedavi, çok sayıda çalışmada doğrulanmış etkinlik göstermiştir (kullanılan uygulama formuna bağlı olarak, olasılık oranı 1.63 ila 2.67) ve vakaların % 30-40'ında sigara içme alışkanlığından kurtulmada başarılı tedavi izlenmiştir. İlk basamak tedavide belirleyici bir sorun, uygulanan nikotin dozunun miktarı gibi görünmektedir, ancak

bu sorunun 2 veya 3 uygulama formunun (bantlar, sakız, burun spreyi) birleştirilmesiyle yönetilebileceği bildirilmiştir. Daha sonraki aşamada tedaviye bağımlılık derecesine bağlı olarak 4-12 hafta süreyle, ardışık olarak azaltılmış nikotin dozu ile devam edilir (74). Nikotin replasman tedavisinin (NRT) amacı, tütün yoksunluğunu hafifletmek, sigara içenlerin bırakmaya çalışırken alışkanlık ve koşullandırma faktörlerine odaklanmasına izin vermektir. NRT'ler sistemik venöz absorpsiyona dayanıklıdır ve sigara dumanını solumaktan daha hızlı olacak şekilde yüksek arter nikotin seviyeleri üretmezler. Bu nedenle, bireylerin NRT'lere bağımlı olma olasılığı düşüktür. Kanıtlar, aynı anda sigara içerken NRT'yi önleme işleminin tehlikeli olmadığını ve sigarayı bırakma anında verilmeye kıyasla sigarayı bırakma tarihinden önce NRT kullanımının sigarayı bırakmayı kolaylaştırabileceğini göstermektedir (75).

Tablo 7: Tütün bağımlılığında kullanılan farmakolojik tedaviler (75)

Nikotin replasman tedavileri	E.D.
<u>Sakız</u> - Yavaş nikotin emilimi kademeli olarak nikotin yoksunluğunu azaltır	1
<u>Transdermal nikotin bandı</u> - Yavaş emilim, kademeli nikotin yoksunluğunu azaltır	1
<u>Pastil</u> - Yavaş emilim, kademeli nikotin yoksunluğunu azaltır	1
<u>Buhar inhaler</u> - Hızlı emilimi, nikotin isteğini ve yoksunluğu hızla azaltan nAChR'nin uyarılmasına yol açar	1
<u>Burun spreyi</u> - Hızlı emilimi, nikotin isteğini ve yoksunluğu hızla azaltan nAChR'nin uyarılmasına yol açar	1
Nikotinik olmayan farmokoterapiler	
<u>Bupropion</u> - DA ve NA'nın geri alımını engeller; yüksek afinite, rekabetçi olmayan nAChR antagonizması nikotin takviyesi, çekilme ve özlemi azaltır	1
<u>Vareniklin</u> - $\alpha 4 \beta 2$ nAChRs'nin kısmi bir agonisti olarak davranır	1
<u>Nortriptilin</u> - NA ve 5-HT'nin geri alımını engeller; muhtemelen yoksunluk semptomlarını ve komorbid depresif semptomları azaltır; yan etkiler faydayı sınırlar.	1-2
<u>Klonidin</u> - $\alpha 2$ -Adrenoreseptör agonisti nikotin yoksunluk semptomlarını	2

azaltır	
<u>Mecamilamin</u> - Rekabetçi olmayan, TNP ile birleştirilmiş yüksek afiniteli nAChR antagonisti, nikotin takviyesi, isteğini ve geri çekilmeyi azaltır ve tek başına TNP 'ye göre sigarayı bırakma oranlarını artırabilir.	2-3
<u>Naltrekson</u> - Bu u-opioid peptid reseptör antagonistinin tek başına veya TNP ile kombinasyon halinde sigara bırakma sonuçlarını iyileştirdiğine dair minimal kanıt vardır. Alkol kullanımını azaltabilir ve bırakmanın neden olduğu kilo alımını önleyebilir.	3
<u>Sistisin</u> – Nikotinik reseptör kısmi agonist, sigarayı bırakmak için güvenli ve etkili görünmektedir.	2
<u>Nikotin Aşısı</u> - Erken insan deneylerinde sigarayı bırakmaya yönelik sınırlı etkinlik kanıtı ve son Faz III deneyleri olumsuz olmuştur.	

ED: Etkililik derecelendirmesi: 1 = Etkinliği destekleyen güçlü kanıt; 2 = Etkinliği desteklemek için orta düzeyde kanıt; 3 = Etkinliği destekleyen çok az kanıt, 5-HT = 5-hidroksitriptamin; DA = dopamin; NA = noradrenalin; nAChR = nikotinik asetilkolin reseptörleri

Genel nüfus için, tedaviler arasında seçim, bazı ilaçlara eşlik eden veya kontrendikasyonları olan hastalar için birkaç önemli istisna dışında, büyük ölçüde hasta tercihinin dayandığıdır. Çoğu hasta için, birinci basamak farmakolojik tedavi olarak vareniklin veya iki nikotin replasman ürününün bir kombinasyonu (bir yama artı sakız veya pastil gibi kısa etkili bir form) ile tedaviyi önerilmekte. Kombinasyon NRT, hem nikotin bandını (uzun etkili bir NRT formu) hem de hastanın tercihinin göre kısa etkili bir NRT'yi, genellikle nikotin sakızı veya nikotin pastilini kullanmaktan oluşur (72). Yama (bant), 24 saat boyunca sürekli geri çekilme semptomlarında rahatlama sağlamak için kullanılır; kısa etkili nikotin ürünü, herhangi bir ani şiddetli istek veya diğer yoksunluk semptomlarını kontrol etmek için "gerektiği gibi" kullanılmak üzere eklenir. NRT tedavisinde, NRT kombinasyonu standart olarak kabul edilir; ancak tek tip NRT kullanmak maliyet, yan etki profilleri ve hasta tercihinin bağlı olarak makul bir alternatif olabilir.

Vareniklin ve nikotin bandı ile kombinasyon tedavisi de sigaradan uzak durmayı artırabileceğinden ilk tedaviyi seçerken iyi bir seçenektir. Bununla birlikte, hasta ile ortak klinik karar verirken göz önünde bulundurulması gereken mide bulantısı ve uyku bozukluğu dâhil her iki ilacın kullanımıyla ilgili yan etkilerde hafif

bir artış riski olabilir (76,77). Bupropion, NRT veya vareniklin kombinasyonundan biraz daha az etkili görünmektedir. Bununla birlikte, hastanın daha önceki bir bırakma girişiminde bupropiyon ile kısa vadeli başarı elde etmesi, maliyetin sorun olması, hastanın tedaviden de fayda sağlayacak depresyonunun olması, bırakma sonrası kilo alımını geçici olarak önlemek için veya hasta isterse, makul bir alternatif ilk seçenek seçimidir. Bununla birlikte, nöbet bozukluğu veya nöbetlere yatkınlığı olan hastalarda bupropiyon kontrendikedir (73,78).

2.7.2. Bilişsel davranış tedavisi

Davranışsal terapiler sigara içmenin geliştirilmesi, sürdürülmesi ve bırakılmasındaki süreçlerin öğrenme ile işlenebileceği teorisine dayanmaktadır. Bu tedaviler sigarayı bırakma motivasyonunu kolaylaştırabilir, sigaranın sosyal ve bağlamsal yönlerine vurgu yapabilir ve sigarayı bırakmanın genel başarısını artırabilir. Davranışsal terapilerde 6 aylık bırakma oranlarının % 20 ila % 25 arasında olduğu ve standart tıbbi tedaviye göre bırakma oranlarında iki kata kadar arttığı gösterilmiştir. Tütün bağımlılığı tedavisi için davranışsal terapilerin birincil hedefleri, sigara içenlere sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için gerekli becerileri sağlamak ve yüksek riskli durumlarda sigaradan kaçınmak için becerileri öğretmektir (75).

Davranışsal tedaviler farklı yaklaşımlar ile yapılmaktadır. Bunlardan birisi olan 'kısa müdahaleler' ile bırakma becerilerini arttırmak ve sigaradan uzaklaşmak için motivasyonun artırılmasını içerir (örneğin, toplum desteği, telefonla danışmanlık). Bir diğer terapide 'nüks önleme terapisi' tetikleyicileri yönetmek için davranışsal stratejiler geliştirilmesi sağlanır; bilişsel başa çıkma stratejileri geliştirilir ve nüksü önlemek için uyumsuz düşünceler hedef alınır. 'Motive edici mülakat' dediğimiz son yaklaşımda ise terapist, hastanın kendi kendini motive eden ifadelerini teşvik eder ve karşılığında hasta, sigara ile ilgili sorunların daha fazla farkına varır; bireyin sigarayı bırakma niyeti artırılır. Ayrıca motivasyonel müdahalelerin amacı,

kararsızlığı ele alarak, değişim için içsel motivasyonu artırarak ve hastaların değişim için sorumluluk ve inisiyatif aldıkları bir kabul atmosferi yaratarak değişimi ortaya çıkarmaktır (75).

2.7.3. Özel gruplarda tedavi seçimi

Genel olarak farmakoterapi seçimi tipik olarak hasta tercihine bağlı olmakla birlikte, tedavi seçiminin kontrendikasyonları veya komorbiditeleri nedeniyle ve belirli ortamlardaki veya popölasyonlardaki hastaların doğasındaki farklılıklar nedeniyle bireye göre uyarlanması gerekebilir. Bu gibi dikkat edilmesi gereken özel hasta grupları ve önerileri aşığıda maddeler halinde sıralandı.

1. Komorbid psikiyatrik hastalığı olan hastalar için, NRT yerine vareniklin tedavisinin başlatılması önerilmekte. Eşzamanlı akıl hastalığı olanların vareniklin ve bupropion ile tedavisine ilişkin endişelere rağmen, kanıtlar bu ilaçların bu popölasyonda güvenli olduğunu göstermektedir (76,79).
2. Stabil kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda, genel popölasyon için olanlarla aynı tedaviler önerilmekte ve bu grupta vareniklin, NRT ve bupropion seçeneklerinden tümünün etkili ve güvenli olduğu gösterilmiştir (80–82).
3. Akut koroner sendrom (AKS) ile hastaneye yatırılan hastalarda, etkililiklerinden ziyade sigara bırakma ilaçlarının güvenliliği en önemli husustur. AKS ile hastaneye kaldırılan sigara içenlerde etkinlik ve güvenliliklerine ilişkin daha az veri vardır, ancak mevcut çalışmalar ilk basamak tedavinin muhtemelen kullanımının güvenli olduğunu göstermektedir. Vareniklin bu hasta grubunda rölatif kontrendikasyon oluştursa da, kesin kontrendike değildir. (73,83).

4. Bupropion, nöbet eşiğini düşürdüğü için nöbet bozukluğu veya nöbetlere yatkınlığı olan hastalarda kontrendikedir. Bupropion kullanımıyla nöbet riski doza bağlıdır ve çoğunlukla aşırı doz durumunda ve / veya nöbetler için diğer risk faktörleri olan hastalarda tanımlanır. Vareniklin ve NRT, nöbet bozukluğu olan hastalar için ilk seçeneklerdir (84).
5. Hastanede sigara içenler; NRT genellikle hastanede yatan sigara içenlerde nikotin yoksunluğu semptomlarını tedavi etmek için kullanılır çünkü hızlı bir etki başlangıcına sahiptir, oysa vareniklin ve bupropion nikotin yoksunluk semptomlarını azaltmak için daha yavaştır.
6. Preoperatif ortamda, postoperatif solunum ve enfeksiyöz komplikasyonları azaltmak ve yara iyileşmesini desteklemek için genellikle sigarayı bırakmak için özel bir aciliyet vardır. Preoperatif sigara içenlerde farmakoterapi kullanımının sigarayı bırakma oranlarını artırdığı ve postoperatif komplikasyonları azalttığı bulunmuştur. NRT ve vareniklin bu popülasyonda önerilen seçeneklerdir; Birkaç gün içinde ameliyat olacaksa, hızlı etki başlangıcı nedeniyle NRT tercih edilir (85,86).
7. Gebelerde ise sigara bırakma tedavisinde ilk basamak olarak davranış terapisi önerilmektedir. Ancak bu tedaviye rağmen bazı gebelerde tedaviye farmakolojik ajan eklenmesi gerekmektedir. Hamilelik sırasında sigara içmeye devam etmenin bilinen zararları ve sigarayı bırakmanın yararları göz önüne alındığında, başka şekilde bırakamayan veya sigaraya devam etme riski yüksek olan hamile kadınlara, bırakma danışmanlığına ek olarak farmakoterapi önerilmektedir. Hem NRT hem de bupropion makul ilaç seçenekleri olsa da, bu ilaçların güvenliği ve etkililiği, hamile kadınlar dahil randomize çalışmalarda doğrudan karşılaştırılmamıştır; bu nedenle en uygun tedavi bilinmemektedir. Mevcut sınırlı veriler göz önüne alındığında, bırakma danışmanlığına ek olarak NRT veya bupropion sunmak ve hastadan seçime katılmasını istemek mantıklıdır (87,88).

2.7.4. Sigarayı bırakanlarda nüksü etkileyen faktörler

Sigara bırakma sürecinde yaşanan belki de en büyük zorluklardan birisi nükslerin çok sık olmasıdır. Sigarayı bırakanlarda bu durumu önlemek için nükse neden olabilecek faktörlerin iyi irdelenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin önceden alınması gereklidir. En sık nükse neden olan durumlara bakıldığında; yoksunluk belirtileri, yoğun sigara açlığı çekilmesi, sigaranın günümüzde kolay ulaşılabilir olması, bireyin etrafındakilerin sigara içiyor olması, alkol ya da başka alışkanlıklar ile bağlantısının olması, kişinin çoğunlukla negatif ruh halinde olması, ya da nadiren iyi ruh halinde olması, kişinin bırakma isteğindeki zayıflık, ve tedaviye uyumsuzluk gibi faktörler en önemlileridir (89).

Çoğunlukla sigara içen bireyler sigarayı bırakabilmek için farklı zamanlarda birçok denemede bulunur. Ancak bu denemelerde başarısızlık oranı genellikle yüksektir. Sigara bırakma üzerine birçok etkili faktör vardır. Bunlardan yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, meslek, eğitim, ev koşulları, var olan akciğer ve kalp damar sistemi hastalıkları, günlük içilen sigara sayısı gibi birçok farklı durumun sigara bırakma üzerine etkisinin olduğu bulunmuştur. Sigara bırakmada kişisel faktörlerin yanında çevresel faktörlerin de etkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda, sigarayı bırakmada başarısızlığa etki eden faktörlerin kapsamlı değerlendirilmesi gerekmektedir (90–92).

2.7.5. Sigara bıraktırma polikliniklerinde hastaya yaklaşım

Sigara içme davranışı karmaşık bir durumdur ve her başvuran hastanın bağımlılık derecesi, sigara içme nedeni, sigara alışkanlıkları, duyu durumu ve bırakma konusundaki niyeti farklıdır. Bu nedenle sigara bırakma tedavisine başlamadan önce hastalar ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Sigara bırakma hizmetleri tüm doktorların yer ve zaman gözetmeksizin mücadele etmesi gereken bir durum olsa bile; tedavi sürecinin ana koordinasyonunun sağlandığı ve bu konuda daha tecrübeli hekimlerin olduğu sigara bırakma polikliniklerinde yürütülmesi başarıyı artırmaktadır.

Hastalar sigara bırakma polikliniğinde tam bir muayeneden geçirilmeli, hastaya ait dosyada kimlik bilgileri, demografik bilgiler, sigara özgeçmişi, medikal özgeçmişi, fizik muayene bulguları, tedavi öncesi kan biyokimyasal değerleri olmalıdır. Bireyin bağımlılık düzeyinin tespitinde, anket formları ve ayrıntılı bir sigara alışkanlığı anamnezi alınmalıdır. Hastanın tütüne başlama ve devam etme nedeni, bırakmak isteme nedeni, en uzun bırakma süresi, profesyonel destek alıp almadığı, çevre öyküsü, sigara içme isteğini artıran nedenler sorgulanmalı ve kayıt edilmelidir. Tedavinin başarıya ulaşması için tüm bu özellikler iyi değerlendirilmelidir.

Sigara bıraktırma poliklinikleri sigaradan kurtulmayı düşünen tüm bireylerin ayrıntılı olarak değerlendirildiği ve uygun görüldüğünde kompleks bir tedavi programının uygulandığı uzmanlaşmış polikliniklerdir. Çalışmalara bakıldığında sigara bıraktırma polikliniğine başvurmadan sigara bırakma olasılığının % 3-5 olduğu görülürken, sigara polikliniklerinde bu oranın % 40'lara yükseldiği görülmektedir. Çoğu gelişmiş ülke kılavuzunda sigara bıraktırma tedavilerinin bu polikliniklerde yürütülmesinin yüksek oranda maliyet-etkin olduğuna dikkate çekilmektedir (65). Bu polikliniklerde genellikle ilk olarak hekim tarafından hastanın genel sağlık durumu değerlendirilir. Daha sonra birey, sigara bıraktırma yöntemleri konusunda bilgilendirilir ve tedavi seçenekleri görüşülür. Hekim ihtiyaç halinde uygulanabilecek farmakolojik tedaviler hakkında hastayı daha ayrıntılı bilgilendirir. Genellikle bu polikliniklerde sigara bıraktırma alanında yetişmiş hekim, hastaya psikososyal destek ve davranış terapisi uygular. Ayrıca hastalara bu süreci özetleyen broşür, kitapçık gibi materyaller sağlanabilir. Tüm bu basamakların tecrübeli hekimler tarafından uygulanmasının, başarı oranını arttırdığı bilinmektedir.

2.7.6. Kliniğimizde sigara bırakma polikliniği işleyişi

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalara ilk olarak muayeneden önce Beck depresyon formunu doldurmaları rica edilmektedir. Daha sonra polikliniğe gelen hastanın muayene başlangıcında anamnezi alınıp, sosyo-demografik verileri, tıbbi özgeçmişi, tıbbi soy geçmişi, tütün ve tütün ürünü kullanma alışkanlıkları, daha önceki sigara bırakma deneyimleri, Fagerström bağımlılık ölçeği ve cihaz yardımıyla ölçülen hastanın nefesindeki CO değerini de içeren bir form hekim tarafından doldurulmaktadır. Bu formlar doldurulduktan sonra hastalardan laboratuvar tetkikleri istenmektedir.

Beck depresyon skoru 30'un üzerinde olan veya Beck depresyon skorundan bağımsız olarak suicidal düşünceleri olan hastalar hem psikiyatrik destek hem de sigara bırakılmasının uygunluğu ve medikal tedavinin seçimi açısından Psikiyatri polikliniğine konsülte edilmektedir. İstisnai durumlar dışında hastalara rutin olarak ilk muayene sonrasında süreç hakkında bilgi verilip, 10-15 günlük bilişsel-davranışçı terapi uygulanmaktadır. Hastanın bu terapiye uyumuna göre bir dahaki kontrol muayenesinde davranışçı bilişsel terapiye devam edilmekte veya hastanın durumuna göre bireye özel farmakolojik tedaviye geçilmektedir. Tedavi protokolü belirlendikten sonra hasta revize bilgilendirme formu (EK) yardımıyla hem tedaviler hakkında bilgilendirilmekte, hem de seçilen tedavi konusunda hastanın onamı alınmaktadır. Daha sonra hastayla birlikte karar verilerek hem sigara bırakma günü belirlenmekte hem de yoksunluk belirtileriyle baş etme yöntemleri konusunda hasta bilgilendirilmektedir. Bundan sonraki takip muayenelerinde hastanın tedaviye uyumu değerlendirilerek, ilaç yan etkileri ve tedavi başarısızlığı durumunda tedavi konusunda değişiklik yapılabilmektedir. Yine takip muayenelerinde hastayla interaktif olarak sigara bırakma konusunda yaşadığı sorunlar, çözüm önerileri ve destek açısından motivasyonel görüşmelerde bulunmaktadır.

2.8. Sigarayı bırakmanın sağlığa olumlu etkileri

Sigaranın olumsuz sağlık etkilerinin çoğu geri döndürülebilir ve sigarayı bırakma tedavileri, tüm sağlık bakımı müdahaleleri arasında en uygun maliyetli

olanları temsil etmektedir. En büyük fayda gençken sigarayı bırakmaktan kaynaklansa da, orta yaşta bırakmak bile sigarayla ilişkili birçok sağlık riskinin çoğunu önler (61). Günümüzde sigaranın bırakılması ile kazanılacak sağlık faydalarının yanı sıra ekonomik açıdan da önemli katkılar sağlanabileceği yadsınamaz bir gerçektir.

Sigaranın bırakılmasıyla çoğu yararlı etkileri hemen görülmeye başlanır. Sigaranın bırakılmasıyla 20. dakikada nabız, kan basıncı ve vücut ısı normalle döner. 24. saatte kanda bulunan karbonmonoksit gazı hızla azalır. 2-12 hafta içerisinde; efor kapasitesinde artış, öksürük-balgam şikayetlerinde azalma, soluk alıp vermede rahatlama, koku ve tat alma duyularında iyileşme, diş ve parmaklardaki sarı lekelerde kaybolma ve bağışıklık sisteminde güçlenme başlar. Sigaranın bırakılması ile ilk günlerden itibaren kalp krizi geçirme riski azalmaya başlar ve bir yılın sonunda risk %50 azalır. Ayrıca beyin kanaması ve bacaklardaki damar hastalığı (Buerger) riski %30-50 azalır. Devam eden süreçte ise KOAH gibi solunum yetmezliğine yol açabilen akciğer hastalıklarının ortaya çıkması engellenir, varsa ilerlemesi durur. Ortalama 5. yılda ise; ağız, gırtlak, yemek borusu, mesane kanseri riski yarı yarıya azalır. 5-10 yıl içinde ise; inme olma riski hiç sigara içmemiş olanlarla aynı düzeye iner. Ayrıca akciğer kanseri, ağız, gırtlak, yemek borusu, mesane, böbrek, pankreas kanseri riski de azalmaya devam eder. Ortalama 15. yılda koroner damar hastalığı ve kalp krizi riski hiç içmeyenlerle aynı olur. Sigaranın bırakılması ile sağlanan organik faydaları haricinde sosyal yararları da yadsınamayacak kadar büyüktür (67).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Çalışma Grubu

Çalışmamız Ocak 2018 - Aralık 2019 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dalı Sigara Bırakma polikliniğinde Düzce Üniversitesi 20.01.2020 tarihli 2020/10 no'lu etik kurul kararıyla gerçekleştirildi. Çalışmamız prospektif, tanımlayıcı kesitsel olarak planlandı. Çalışmamızda toplam 1430 hasta tarandı ve bunlardan 427 kişi çalışmamıza dâhil edildi. Çalışmamızın katılımcıları belirlenen tarihler arasında başvuran hastalardan random olarak dâhil edilerek oluşturuldu. Dâhil edilen tüm bireylerin demografik özellikleri, sigara alışkanlıkları, alkol alışkanlıkları, tıbbi özgeçmişi ve hastalıkları, uygulanan tedaviler veri sistemine kayıt edildi. Ayrıca çalışmaya dâhil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alındı.

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar poliklinikte değerlendirildi. Hastaların nikotin bağımlılık seviyesinin belirlenmesi amacıyla Fagerström nikotin bağımlılık testi ve Beck depresyon ölçeği uygulandı. Ayrıca katılımcılara hem sigara bırakma durumunu hem de sigara bırakma üzerine etkili faktörleri belirlemek amacıyla belirlenen anketler uygulandı. Çalışmamızın temel sonlanım noktası olan sigara bırakma tanımı 'tekrar başlasa bile en az ≥ 6 ay bırakmayı başaran hastalar' olarak kabul edildi. Başarısız olan gruba ise sigarayı; polikliniğimize başvuru sonrası 'hiç bırakamayan' ve '6 aydan daha kısa süre bırakmış' olan hastalar oluşturdu.

3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri

Çalışmamıza Sigara Bırakma polikliniğine başvuran ve tedaviye başlanıp önerilen kontrollere devam eden hastalar dâhil edildi. Bu hastalar için önerilen ilk basamak tedavi önerilerine uyularak, davranış terapisi ve/veya farmakolojik tedavi (NRT, bupropion, vareniklin) uygulanan bireyler çalışmaya dâhil edildi. Çalışmadaki temel amacımız tedavi etkinliğinin, dolayısıyla sigarayı bırakabilme ve bırakamama üzerine etki edebilecek tüm faktörlerin değerlendirilmesi idi. Bu amaçla gerek bireylerin başlangıç demografik özellikleri olsun gerekse kullanılan farmakolojik tedaviler olsun bireylerin tüm özellikleri gruplar arasında karşılaştırılarak analiz edildi.

3.3. Çalışmanın Dışlama Kriterleri

Çalışmamıza gebeler, 18 yaş altı ve 85 yaş üzeri bireyler, serebro vasküler hastalığı olanlar, ciddi enfeksiyonu ya da genel durumu bozuk olanlar, kanser hastaları, ileri evre kalp yetmezliği ve akciğer yetmezliği olanlar, en azından ilk basamak tedavi süresini tamamlayamayanlar ve ayrıca verileri eksik olanlar dâhil edilmedi.

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS v.22 paket programı kullanıldı. Çalışmada yer alan tüm verilerin türlerine göre uygun tanımlayıcı istatistikler (sayısal veriler için dağılımına göre ortalama±standart sapma veya ortanca değer, çeyrekler arası genişlik ve minimum-maksimum değerler ile kategorik veriler için frekans ve yüzde) hesaplandı. Sürekli nicel değişkenlerin normallik varsayımı görsel ve analitik (Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov) metodlarla değerlendirildi. Grup varyanslarının homojenliği varsayımı ise Levene testiyle değerlendirildi. Parametrik test varsayımlarını sağlayan değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmasında Independent Samples t test, sağlamayan değişkenlerin karşılaştırmasında ise Mann-Whitney U kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında beklenen değer

kuralına baēlı olarak Pearson ki-kare (Post-hoc analiz iēin Bonferroni testi kullanıldı.) veya Fisher-Freeman-Halton testleri kullanıldı. Ayrıca sigarayı bırakanlara etki eden faktörleri belirlemek amacıyla binary lojistik regresyon analizi uygulandı. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

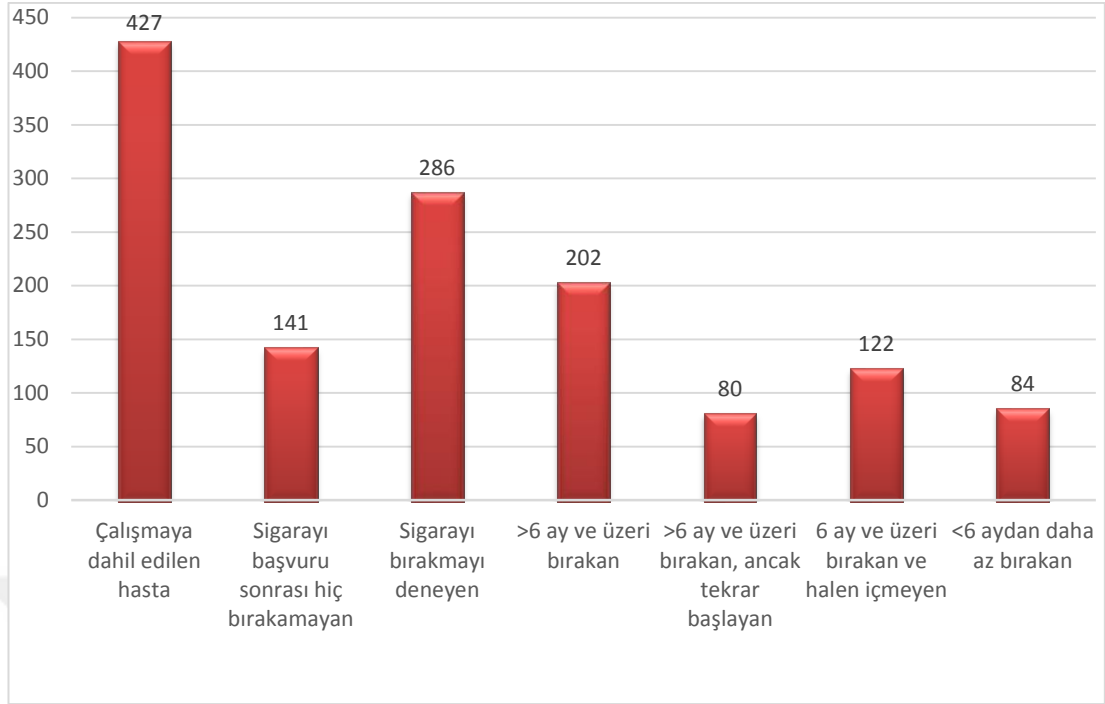


4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 1430 kayıtlı hasta arasından düzenli olarak takiplerine devam eden 427 hasta dâhil edildi. Çalışmaya alınan bu hastaların başlangıç sigara bırakma özellikleri; sigarayı başvuru sonrası hiç bırakamayan 141 hasta (%33) ve bırakma girişimi olan 286 hasta (%67) bireyden oluşmaktaydı. Bırakma girişimi olan hastalardan 202 (%47,3) hasta başarılı (≥ 6 ay üzeri bırakmış) idi. Çalışmayı yürüttüğümüz süre içerisinde sigarayı 6 aydan fazla bırakabilen 202 kişinin içinde, tekrar başlayan 80 (%39,6) kişi ve halen içmeyen 122 (%60,4) kişinin olduğunu belirledik. Çalışma grubumuz sigara bırakma özellikleri Şekil 2’de özetlendi.

Çalışmamıza alınan 427 kişinin sigara bırakma durumuna göre dağılımları şu şekildeydi:

✓ Başarılı (≥ 6 ay bırakmış, halen içmiyor)	122 (%28,6)
✓ Kısmen başarılı (≥ 6 ay bırakmış, sonra tekrar başlamış)	80 (%18,7)
✓ Başarısız (<6 ay bırakmış)	84 (%19,7)
✓ Başarısız (başvuru sonrası hiç bırakamayan)	141 (%33,0)



Şekil 2: Çalışmaya dâhil edilen hastaların sigara bırakma profilleri

Tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinden yola çıkarak oluşturduğumuz, çalışmamızın ana hipotezi olan sigara bırakmayı başaran ve başaramayan grupların arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla hastalar 2 gruba ayrıldı. Bu gruplar başarılı olanlar (>6 ay ve üzeri bırakanlar) ve başarısız olanlar (hiç bırakamayanlar ve <6 aydan kısa bırakabilenler) olarak belirlendi. Bu iki grubun karşılaştırma verileri değerlendirildiğinde; yaş ortalamaları, cinsiyet, öğrenim durumu ve medeni durum gibi bazal demografik değişkenlerinde 2 grup arasında farklılık yoktu. Bu karşılaştırmalardan elde edilen tüm bulguları Tablo 8’de özetlendi.

Tablo 8: Sigara bırakmada başarılı olan ve başarılı olmayan grubun başlangıç demografik özellikleri

Değişkenler	Başarılı (n=202)	Başarısız (n=225)	P değeri
Yaş, ort±SS	43,78±12,77	41,67±12,91	0,091
Cinsiyet, n (%)			

Kadın	74 (36,6)	75 (33,3)	0,475
Erkek	128 (63,4)	150 (66,7)	
Öğrenim durumu, n (%)			
Okuryazar değil	3 (1,5)	0 (0,0)	
Okuryazar	0 (0,0)	3 (1,3)	
İlkokul	75 (37,1)	73 (32,4)	
Ortaokul	20 (9,9)	31 (13,8)	0,199
Lise	48 (23,8)	54 (24,0)	
Önlisans	17 (8,4)	14 (6,2)	
Lisans	35 (17,3)	47 (20,9)	
Lisansüstü	4 (2,0)	3 (1,3)	
Alkol kullanımı, n (%)			
Yok	159 (78,7)	162 (72,0)	
Ayda bir sefer veya daha az	26 (12,9)	36 (16,0)	
Ayda 2-3 sefer	13 (6,4)	19 (8,4)	0,336
Haftada 2-3 sefer	4 (2,0)	5 (2,2)	
Her gün	0 (0,0)	3 (1,3)	
Medeni Durum, n (%)			
Bekâr	35 (17,3)	44 (19,6)	
Evli	156 (77,2)	166 (73,8)	0,700
Dul veya boşanmış	11 (5,4)	15 (6,7)	
Çocuk var mı, n (%)			
Var	149 (73,8)	154 (68,4)	
Yok	53 (26,2)	71 (31,6)	0,227
Ailede sigara kullanan, n (%)			
Var	92 (45,5)	126 (56,0)	
Yok	110 (54,5)	99 (44,0)	0,031
Sigara Başlama yaşı, ort±SS	17,91±4,60	17,71±4,37	0,646
Günlük sigara, ortanca (ÇAG) [min-max]	20 (10) [3-60]	20 (7) [3-60]	0,055
Daha önce deneme, n (%)			
Evet	183 (90,6)	184 (81,8)	
Hayır	19 (9,4)	41 (18,2)	0,009

Deneme sayısı ^{*1} , ortalanca (ÇAG) [min-max]	2 (3) [1-30]	2 (3) [1-30]	0,220
Daha önceki en uzun bırakma süresi ^{*1} , ortalanca (ÇAG) [min-max], (ay)	3 (9) [0-144]	1 (6) [0-156]	<0,001
BECK ^{*2} , ortalanca (ÇAG) [min-max]	13 (13) [0-38]	12 (13) [0-49]	0,773
FNBT ^{*3} , ortalanca (ÇAG) [min-max]	5 (3) [0-10]	6 (2) [0-10]	<0,001

BECK: Beck depresyon ölçeği, FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi, ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, n: sayı (number), ort±SS: ortalama ± standart sapma, P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı. ^{*1}: Daha önce bırakmayı denemiş olan 183 vs 184 kişi ile yapılmıştır, ^{*2}: BECK verisi mevcut olan 196 vs 217 kişi ile yapılmıştır, ^{*3}: FNBT verisi mevcut olan 200 vs 225 kişi ile yapılmıştır.

Sonuçlar değerlendirildiğinde, başarılı grupta ailede sigara içme sıklığının daha az (p=0,031) olduğu, yine bu grupta deneme sıklığının daha fazla (p=0,009) görüldüğü belirlendi. Ayrıca ‘sigarayı daha önce en uzun bırakma süresi’ beklendiği üzere başarılı grupta daha yüksekti (p<0,001) ve FNBT skoru bu grupta anlamlı olarak daha düşüktü (p<0,001). Bu iki gruba uygulanan tedaviler ve süresi karşılaştırıldığında başarılı grupta tedavi yöntemi bakımından anlamlı farklılık vardı. Başarılı grupta Vareniklin + NRT + BDT tedavisiyle sigara bırakma oranının daha yüksek olduğu ve anlamlılığın (p=0,046) bu gruptan kaynaklandığı belirlendi. Ayrıca beklendiği üzere yan etki nedeniyle ilaç kesme sıklığı başarılı grupta anlamlı olarak daha düşüktü (p<0,001) ve yan etki nedeniyle ilaç kesilmesine rağmen 15 hastanın başarılı olduğu belirlendi. (Tablo 9)

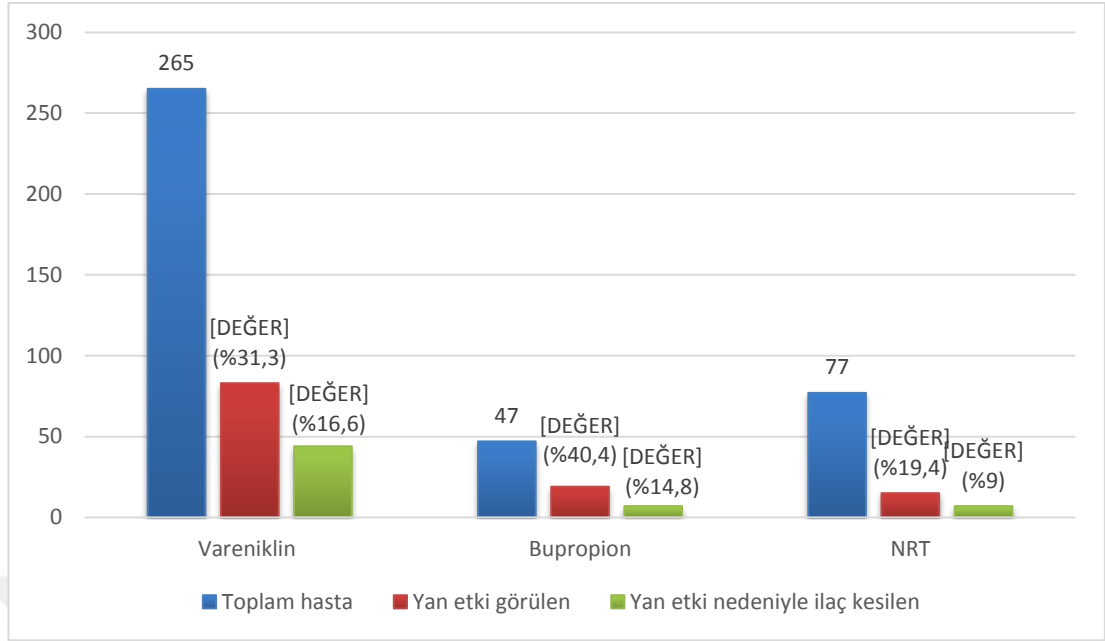
Tablo 9: Sigara bırakmada başarılı olan ve başarılı olmayan grupların tedavi özelliklerinin karşılaştırılması

	Başarılı (n=202)	Başarısız (n=225)	P değeri
Tedavi yöntemi, n (%)			
NRT + BDT (1)	40 (19,8)	37 (16,4)	0,046
Bupropion + BDT (2)	19 (9,4)	28 (12,4)	

Vareniklin + BDT (3)	123 (60,9)	142 (63,1)	
Sadece BDT (4)	7 (3,5)	13 (5,8)	
Bupropion + NRT + BDT (5)	3 (1,5)	4 (1,8)	
Vareniklin + NRT + BDT (6)	10 (5,0)	1 (0,4)	
Tedavi süresi, ortalama (ÇAG) [min-max]	45 (30) [4-210]	30 (9) [1-90]	<0,001
Yan etki ^{*1} , n (%)			
Evet	52 (26,5)	72 (34,0)	
Hayır	144 (73,5)	140 (66,0)	0,103
Yan etki nedeniyle ilaç kesme ^{*2} , n (%)			
Evet	15 (28,8)	48 (66,7)	
Hayır	37 (71,2)	24 (33,3)	<0,001

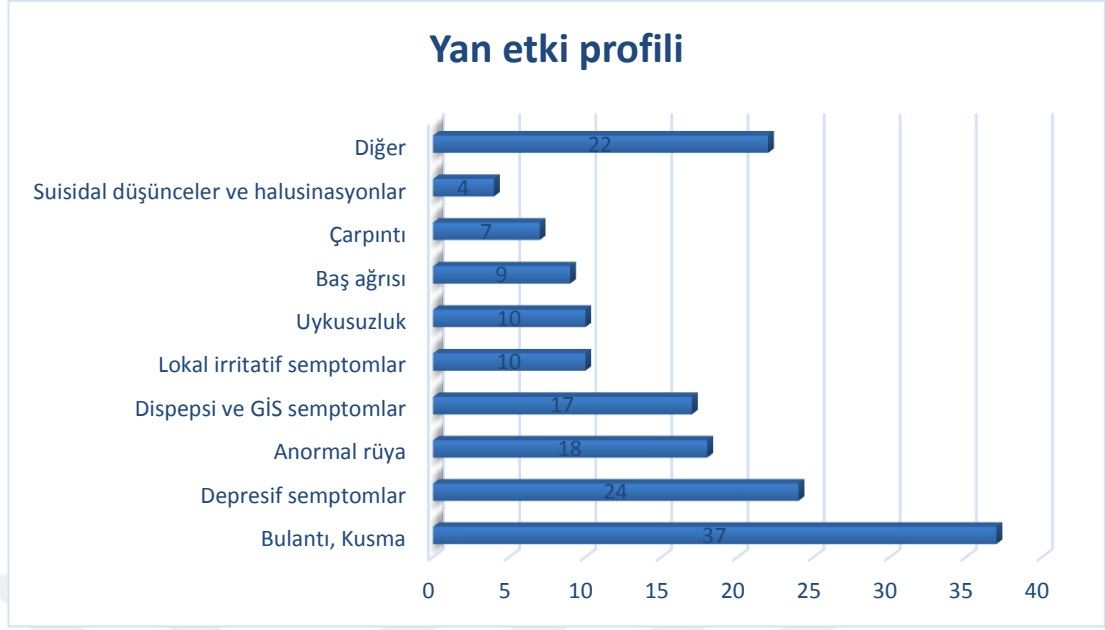
*1: Yanıt veren 408 kişi, 196 vs 212 kişi ile yapılmıştır, *2: Yan etki evet olan 52 vs 72 kişi ile yapılmıştır, BDT: Bilişsel davranış terapisi, ÇAG: çeyrekler arası genişlik, n: sayı (number), P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı.

Bilindiği üzere sigara bırakma tedavisinde kullanılan medikal tedavilerin yan etkileri önemli olup, bırakabilmeyi etkileyen önemli bir faktördür. Çalışmamızda medikal tedavi verilen hastalarda görülen yan etki sıklığı ve bu nedenle tedaviyi bırakma oranları Şekil 3’de özetlendi. En sık yan etki görülen farmakolojik tedavi çalışmamızdaki bulgulara göre %40,4 ile Bupropion olmasına karşı, yan etki nedeniyle ilacı kesme oranının Vareniklin’de daha yüksek olduğunu saptadık. NRT’nin ise bu özellikler bakımından daha iyi tolere edilebilen bir tedavi olduğu gözlemlendi.



Şekil 3: Çalışmaya dâhil edilen hastaların kullandıkları medikal tedaviler, yan etki görülme sıklığı ve tedaviyi bırakma oranları

Çalışmaya katılan bireylerin almış oldukları medikal tedavilerden kaynaklanan yan etkiler arasında en sık bulantı ve kusma şikâyetinin görülmesi dikkat çekmektedir. Çalışma hastalarında görülen yan etkilerin sıklığı Şekil 4’de verildi.



Şekil 4: Kullanılan medikal tedaviler ile görülen en sık yan etkiler

Çalışmamızda bakılan bireylerin sigara içme alışkanlıkları ve sigara bırakma özellikleri değerlendirildi. Bu özellikler açısından başarılı olan ve başarısız olan gruplar karşılaştırıldı. Sonuçlara bakıldığında beklendiği üzere sigarayı bırakabilme, sigara bırakma süresi, günlük sigara tüketimi, sigara içme isteği ve kaçak sıklığında 2 grup arasında anlamlı farklılıklar vardı. Sonuçlar Tablo 10’da verildi.

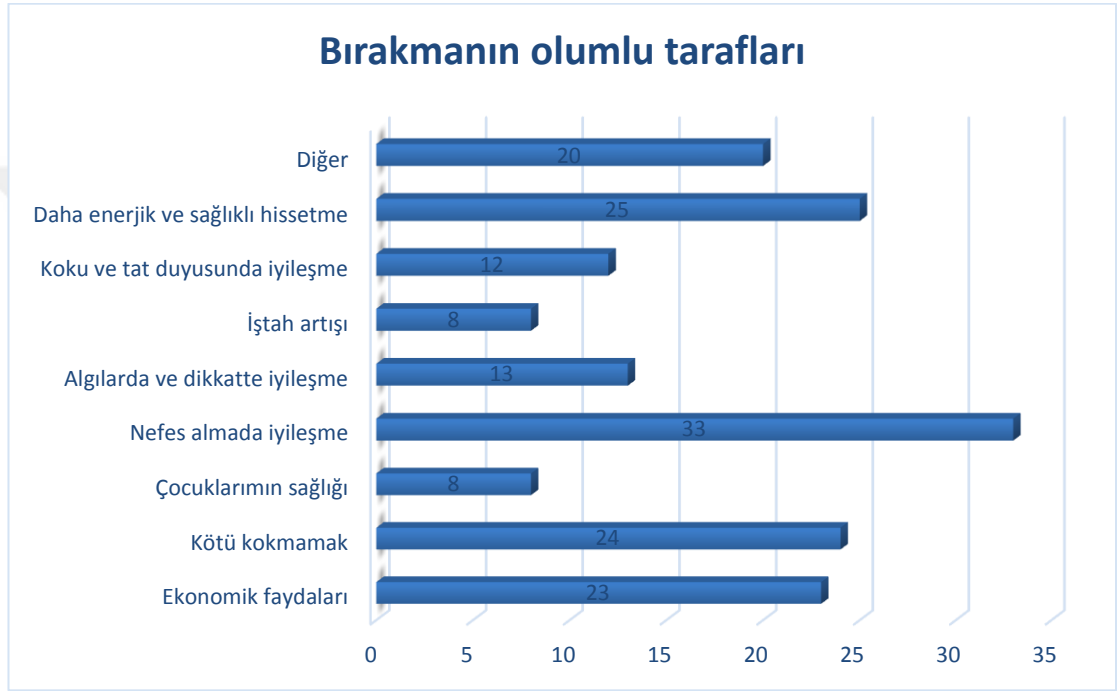
Tablo 10: Sigara bırakmada başarılı olan ve başarısız olmayan grupların sigara alışkanlıkları ve bırakmada etkili faktörlerin karşılaştırılması

	Başarılı (n=202)	Başarısız (n=225)	P değeri
Sigarayı bırakabilme, n (%)			
Evet	202 (100)	84 (37,3)	<0,001
Hayır	0 (0,0)	141 (62,7)	
Kaçıncı gün ^{*1} , ortalanca (ÇAG) [min-max]	10 (9) [1-90]	10 (7) [1-30]	0,972
Kaç ay sürdü ^{*1} , ortalanca (ÇAG) [min-max]	18 (15) [4-60]	2 (1) [0,5-5]	<0,001

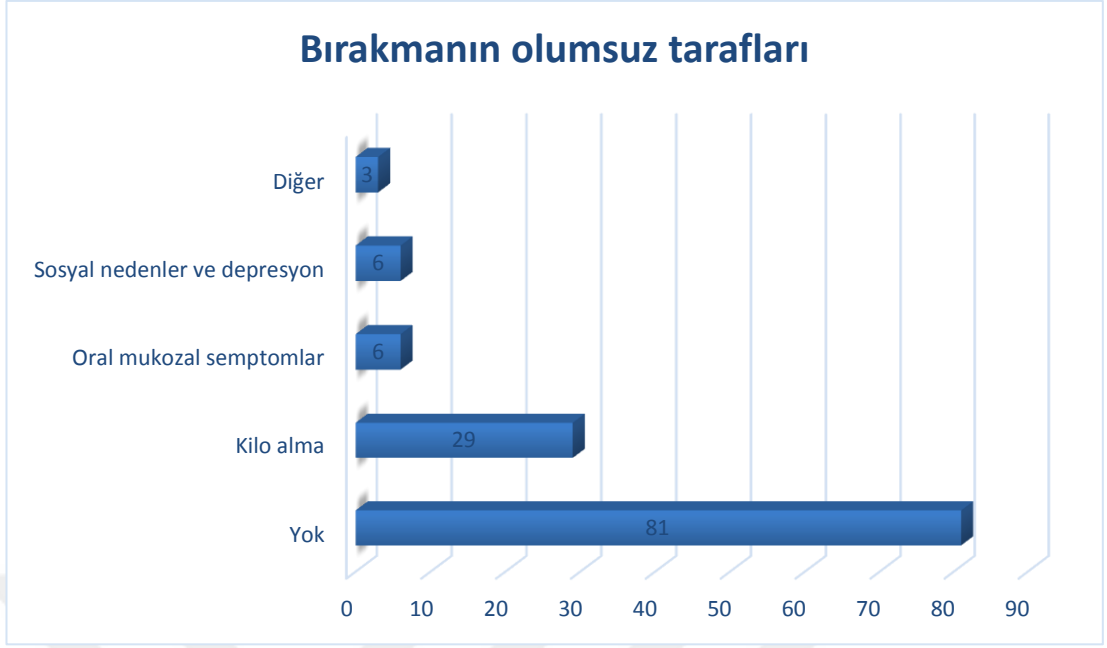
Şuan içme durumu, n (%)			
Evet	80 (39,6)	225 (100)	<0,001
Hayır	122 (60,4)	0 (0,0)	
Günlük sigara ^{*2} , ortalanca (ÇAG) [min-max]	11 (12) [1-40]	20 (10) [0-60]	<0,001
İçme isteği ^{*3} , n (%)			
Evet	58 (47,9)	225 (100)	<0,001
Hayır	63 (52,1)	0 (0,0)	
Kaçak oldu mu ^{*4} , n (%)			
Evet	30 (25,2)	225 (100)	<0,001
Hayır	89 (74,8)	0 (0,0)	
Tekrar başvurma durumu ^{*5} , n (%)			
Evet	14 (17,7)	26 (11,6)	0,163
Hayır	65 (82,3)	199 (88,4)	
Tekrar başvurma isteği ^{*5} , n (%)			
Evet	63 (79,7)	186 (82,7)	0,923
Hayır, tedaviden fayda göreceğimi zannetmiyorum, kafada bitiyor	11 (13,9)	29 (12,9)	
Hayır, kendimi hazır hissetmiyorum, stresli bir dönemden geçiyorum	4 (5,1)	8 (3,6)	
Hayır, sigara içmeyi seviyorum	1 (1,3)	2 (0,9)	
Etrafında sigara içilme, n (%)			
Evet	128 (63,4)	162 (72,0)	0,056
Hayır	74 (36,6)	63 (28,0)	
Ek sağlık sorunu, n (%)			
Evet	36 (17,8)	14 (6,2)	<0,001
Hayır	166 (82,2)	211 (93,8)	

ÇAG: çeyrekler arası genişlik, n: sayı (number), P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı. ^{*1}: Başvuru sonrası sigarayı bırakabilen 202 vs 84 kişi ile yapılmıştır, ^{*2}: Şuan sigara içen 80 vs 225 kişi ile yapılmıştır, ^{*3}: Yanıt veren 121 kişi, 121 vs 0 kişi ile yapılmıştır, ^{*4}: Yanıt veren 119 kişi, 119 vs 0 kişi ile yapılmıştır, ^{*5}: Yanıt veren 304 kişi, 79 vs 225 kişi ile yapılmıştır.

Çalışmamızda sigarayı bırakabilen (başarılı) grup kendi içinde ayrıca değerlendirildi. Sigarayı bırakmanın olumlu tarafının en sık nefes almada iyileşme olduğu, ve bunu daha enerjik hissetme ve kötü kokmamanın izlediği görüldü. Yine aynı grupta sigarayı bırakmanın olumsuz tarafları değerlendirmesinde en sık yok cevabının olduğu ve bunu kilo almanın izlediği belirlendi. Sigarayı bırakmanın olumlu ve olumsuz tarafları Şekil 5 ve 6'da özetlendi.



Şekil 5: Sigarayı bırakanlarda en sık belirlenen bırakmanın olumlu tarafları



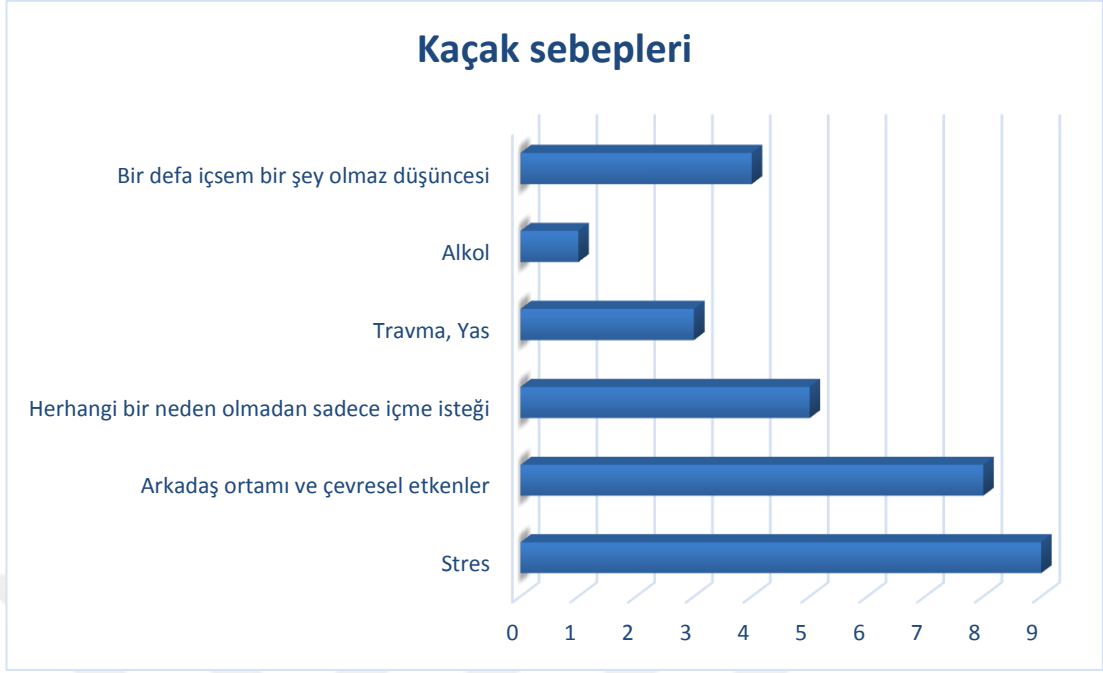
Şekil 6: Sigarayı bırakanlarda en sık belirlenen bırakmanın olumsuz tarafları

Çalışmamızda sigarayı bırakmış ve halen içmiyor olan (n:122) kişilerden halen sigara içme isteği olanlar (n:58 (%47)) idi. Bu hastaların sigara içme isteği ile nasıl baş edebildikleri anketimizde değerlendirildi ve sonuçlara bakıldığında en sık baş etme yönteminin sigara isteği anında yiyecek ve içecek tüketmenin olduğu görüldü. Diğer sonuçlarımız Şekil 7’de özetlendi.

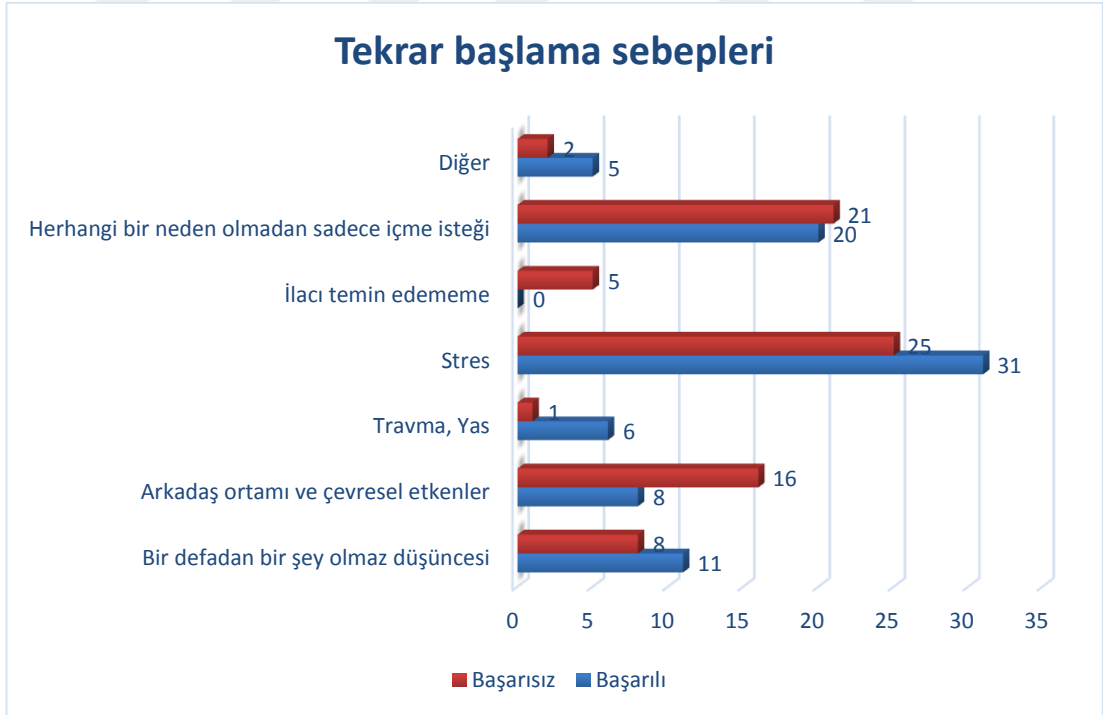


Şekil 7: Sigara içme isteği ile baş etme yöntemleri

Çalışmamızda bırakmayı başarabilen ve halen içmiyor olan 122 kişiden, kaçak olduğunu söyleyen 30 kişinin değerlendirilmesinde kaçak nedenleri belirlendi. Belirlenen nedenler Şekil 8’de sunuldu. Sigarayı bırakanlarda tekrar başlama nedenlerine bakıldığında en sık nedenin çalışmamızda stres olduğunu belirledik. Tüm etkileyen faktörler Şekil 9’da belirtildi.



Şekil 8: Sigarayı bırakan bireylerde kaçak nedenleri



Şekil 9: Sigarayı bırakan bireylerde tekrar başlama sebepleri

Çalışmada kontrollerine devam eden bireylerin son 2 yıl içinde başarılı grupta 36 kişinin ve başarısız grupta 14 kişinin ek sağlık sorunu olduğu belirlendi. Bunun dışında sigarayı bırakmayı başarabilen bireylerin başaramayanlara göre etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla regresyon analizi uygulandı. Dâhil edilen değişkenlerden **önceden sigara bırakma denemesi, FNBT skoru, tedavi süresi ve alkol tüketiminin** sigara bırakmada başarılı olanlar için bağımsız ön gördürücüler olduğu belirlendi. Lojistik regresyon analizine dâhil edilen tüm veriler ve analiz sonuçları Tablo 11’de sunuldu.

Tablo 11: Sigara bırakma tedavisi başarılı olanları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan Binary Lojistik regresyon analizi

Değişkenler	B değeri	Olasılık oranı	Güven Aralığı (%95)	P değeri
Yaş	0,006	1,006	(0,98-1,029)	0,618
Cinsiyet	-0,097	0,908	(0,53-1,54)	0,721
Medeni durum	-0,086	0,917	(0,27-3,09)	0,889
Çocuk sahibi olma	-0,012	0,988	(0,47-2,06)	0,974
Sigaraya başlama yaşı	-0,005	0,995	(0,94-1,04)	0,847
Ailede sigara içme	0,405	1,49	(0,96-2,32)	0,071
Önceden sigara bırakma denemesi	-0,824	0,43	(0,22-0,84)	0.013*
Sigarayı bırakma deneme sayısı	-0,024	0,97	(0,94-1,04)	0,096
Beck depresyon skoru	0,001	1,001	(0,97-1,26)	0,998
FNBT skoru	-0,145	0,86	(0,76-0,97)	0,019*
Tedavi yöntemi				
1	-	-	-	0,698
2	-0,109	0,89	(0,38-2,07)	0,799
3	0,095	1,1	(0,61-1,97)	0,750
4	-0,290	0,74	(0,22-2,46)	0,633

5	0,005	1,005	(0,18-5,5)	0,995
6	1,773	5,8	(0,6-57,5)	0,128
Tedavi süresi, gün	0,033	1,03	(1,02-1,04)	<0,001*
Öğrenim durumu	-0,138	0,87	(0,49-1,53)	0,631
Alkol tüketimi	-0,544	0,581	(0,34-0,99)	0,047*

-2log likelihood değeri: 501,9, Cox&Snell R^2 : 0,188, Nagelkerke R^2 : 0,250, * $P<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı



5. TARTIŞMA

Son 15 yıl içinde sigara, dünya çapında tek başına büyük bir sağlık sorunu olmasına rağmen hastalık yükünü azaltmak için halen yeteri kadar önleyici stratejiler uygulanamamaktadır. Dünya çapında 1,1 milyar insanın, AB’de yaklaşık 47 milyon yetişkinin halen düzenli olarak tütün kullandığı tahmin edilmektedir (93). Gelişmekte olan ülkelerde tütün kullanımı hızla artmaktadır ve sigara kullanımının önümüzdeki 50 yıl içinde dünya çapında yaklaşık 450 milyon insanın ölümüne neden olacağı tahmin edilmektedir (29). Sigara içen bireyler incelendiğinde çoğunluğunun erkek cinsiyete sahip olduğu görülmektedir. Yine bu nedenden dolayı sigara bırakma kliniklerine başvuran erkek sayısının kadınlara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir (94,95). Fidan ve arkadaşlarının Afyon’da yaptığı bir çalışmada 135 olgunun %67,3’ü erkekti (96). 2008 yılında Dicle Üniversitesinde sağlıklı bireylerin değerlendirildiği çalışmada sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların %63,7’sinin (n=86) erkek olduğu görülmüştür (97). Bizim çalışmamızda da değerlendirilen her iki grubun çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu görülmektedir ve literatür ile uyumludur. Sigara içmenin kadınlar için kabul edilebilir bir davranış olmadığı ya da erkeklere göre daha az kabul edilebilir bir davranış olduğu yönünde neredeyse tüm dünyada kanaatin olduğu bir gerçektir, ayrıca kadınların anne olması ve gebelik sürecindeki sakıncaların kadınlarda görülen bu oranlara yol açtığı düşünülmektedir (98).

Sigara içme alışkanlığı birçok faktörün etkisi ile şekillenen karmaşık bir bağımlılıktır. Sigaraya başlamayı etkileyen faktörler bakıldığında çevresel etkenler, aile yapısı, yaş, gelir düzeyi, cinsiyet ya da sigara endüstrisinin etkisi gibi birçok durum söz konusudur. Yapılan araştırmalarda sigaraya başlamadaki en önemli faktörlerin; ebeveynlerin sigara kullanması ve sigara ile ilgili tutumları ile arkadaşların ve kardeşlerin sigara kullanması olduğu belirlenmiştir (98). Ülkemizde yapılan Bayman ve arkadaşlarının sigara içen bireylerin değerlendirildiği çalışmasında bireylerin ev ortamında %45, iş ortamında da %70 civarında etrafında sigara içen birey olduğu bulunmuştur (99). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada

evde başka sigara içen birinin olmasının bırakmaya etkisi incelendi ve bırakanların %59,4'ünün evinde başka birinin sigara kullandığı bulundu. Bu iki çalışmada da sigarayı bırakanlar ile bırakmayanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında fark olmadığı görüldü. Benzer şekilde Solak ve ark. yaptığı çalışmada da evde sigara içilip-içilmemesi ve sigara bırakma başarısı arasında ilişki olmadığı görülmüştür (100). Ancak evde başka sigara içen birinin sigara bırakma başarısını olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (101,102). Bizim çalışmamızda sigara içenlerin %70'e yakınında etrafında sigara içen bireylerin olduğu görüldü. Verilerimize bakıldığında sigarayı bırakmayı başarabilen grupta ailede sigara içenlerin sıklığı anlamlı olarak daha düşüktü, ayrıca iş ortamı ve sosyal ortamı da dahil ederek etrafında sigara içme durumuna bakıldığında başarılı olan grupta anlamlılığa ulaşmayan bir azalma vardı. Ayrıca çalışmamızda, sigarayı bırakanlar arasında kaçak nedenleri ve tekrar başlama nedenleri arasında, etrafında sigara içilmesinin önemli bir faktör olduğunu gördük. Literatür ile benzer şekilde sigarayı bırakabilenler ve bırakamayanlar arasındaki bu oranlar bizim çalışmamızda da yüksekti. Çalışmamızda aile içindeki sigara içen bireyin varlığının anlamlı olmasa da bırakabilme durumunu olumsuz etkilediğini düşünüyoruz. Bu faktörlerin sigaraya başlama, devam etme ve tekrar başlama üzerine etkisi açık olmasına rağmen bırakanlardaki etkisini değerlendirmek için daha kapsamlı ve geniş çaplı çalışmalarda test edilmesine ihtiyaç var.

Yapılan çalışmalarda adölesan dönemde sigaraya başlama durumunun bağımlılığa dönüşme riskini arttırdığı ve bu bireylerin sigarayı daha zor bıraktıkları bulunmuştur. Özellikle bu nedenle gençler tütün endüstrisi için hedef haline gelmiştir (103). Ülkemizde yapılan PIAR çalışmasında sigara bağımlılarının en sık %39' unun 15-18 yaş grubunda başladığı (104), yine aynı şekilde 2012 yılında ülkemizde yapılan Küresel Erişkin Tütün Araştırması sonucuna göre 15 yaş altında sigaraya başlayanların oranı %16, 15-18 yaş aralığında %58 olduğu belirlenmiştir (105). DSÖ 2000-2025 sigara kullanımı sıklığı eğiliminin değerlendirildiği çalışmasında genç erişkinlerde (15-24 yaş arası) başlama oranının en yüksek olduğu ve 35-55 yaş arasında sigara kullanımının en yüksek seviyeye ulaştığı bildirilmiştir (2). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada katılımcıların sigaraya başlama yaşının ortalama 19,12

$\pm 4,62$ olduğu ve çoğunluğunun 18 yaş ve altında (%55,2) sigaraya başladığı ve sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların yaş ortalamalarının $42,45 \pm 12,82$ olduğu görüldü (106). Tetik ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların yaş ortalamasının $39,5 \pm 12,1$ olduğu görüldü (107). Kanık ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların yaş ortalaması $42,53 \pm 12,98$ idi (108). Yine ülkemizde yapılan Bayman ve arkadaşlarının çalışmasında ise başvuranların yaş ortalaması $43,6 \pm 11,6$ idi (109). Bizim çalışmamızdaki tüm bireylerin sigaraya başlama yaşı ortalaması $17,81 \pm 4,4$ ve polikliniğimize başvuranların yaş ortalaması literatür ile benzer şekilde başarılı grupta $43,7 \pm 12,7$ başarısız grupta $41,67 \pm 12,9$ idi. Verilerimiz değerlendirildiğinde gerek ülkemiz olsun gerekse dünya ortalamalarına benzer sonuçlarımız olduğunu gördük. Dünyada sigaraya başlama yaşının 11 yaşa kadar düştüğü göz önüne alındığında, şu ana kadar elde edilen veriler doğrultusunda sigara kullanımı ile mücadelede gençlerin öncelikli olarak korunmasının ne denli gerekli olduğu görülmektedir. Ne yazık ki genç yaşlarda sigaraya başlayanların çoğu aldıkları risklerin bilincinde değildir.

Sigara bırakma poliklinikleri sigara içenlere tedavi verilmesi, sigaranın bırakılmasını temin etmek ve tütün kontrolü konusunda eğitim verilmesi açısından çok önemli merkezlerdir. Bu polikliniklerden elde edilen bilgiler ışığında, hem merkezin hizmet verdiği bölgede hem de ulusal çapta tütün kontrolüne yaklaşımın ve tedavilerin belirlenmesi sağlanacaktır. Sigara bırakma polikliniklerinin 1 yıllık başarı oranı klinikten kliniğe farklı olmakla birlikte % 10'dan % 43,2'ye kadar değişiklik göstermektedir (94). Ülkemizde yapılan Tetik ve arkadaşlarının çalışmasında 1 yıllık sigara bırakma başarılarının % 23,8 olduğu bildirilmiştir (107). Uzaslan ve arkadaşları sigara bırakma polikliniğinin 5 yıllık sonuçlarını bildirdikleri çalışmalarında 296 olgunun 1 yıllık başarı oranının %40 olduğu bildirilmiş ve bu yüksek oranın nedeninin hekimle bire bir görüşme yapılmış olması ve olguların sahip oldukları sağlık sorunları nedeniyle motive olmalarından dolayı olabileceği şeklinde bildirilmiştir (110). Salepçi ve arkadaşlarının çalışmasında 79 hastaya davranış eğitimi ve motivasyon desteği, 24 hastaya farmakolojik tedavi uygulanmış ve sigara

bırakma başarı oranını 6. ayda %48,5, 1. yılda %41,2 olarak bildirildi (111). Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 1 yıllık tedavi ile başarı oranı % 33,6, tedavisiz başarı oranı % 10,9 olarak bulunmuştur (112). Bizim çalışmamızdaki başarı oranımız ise 6. ayda %43,7 idi, buna karşı anketler uygulandığı sırada hala sigara kullanmayan bireylere baktığımızda bu oranın %28,7'lere gerilediğini gördük. Literatür ile karşılaştırıldığında oranımız beklenen bir değer olarak yorumlanabilir. Farklı uzlaş raporlarında da yakın takip, profesyonel destek ve farmakolojik tedavi kombinasyonunun başarı oranlarını artırdığı vurgulanmıştır.

Sigara içme sıklığı konusunda ülkeler, bölgeler ve toplum grupları arasında çeşitli farklılıklar vardır. Genel olarak, sigara içme sıklığının gelişmiş ülkelerde azaldığı, gelişmekte olan ülkelerde ise artmaya devam ettiği bilinmektedir (2). Eğitim seviyesi yükseldikçe insanların daha bilinçli hareket etmeleri ve sağlık durumları konusunda daha hassas davrandıkları görülmüştür. Yapılan çalışmalar, özellikle gelişmiş ülkelerde eğitim seviyesi yükseldikçe diğer zararlı maddelerle birlikte sigara kullanımının düştüğünü göstermektedir (103). ABD'nde üniversite eğitimi alanların değerlendirildiği çalışmada %58,9'unun sigarayı hiç denememişken, daha az eğitim almış grupta bu oranın %43,3 olduğu bildirilmiştir (113). Sayın ve arkadaşlarının çalışmasında sigara bırakma polikliniğine başvuranların %53,1'inin üniversite mezunu, %25,7'sinin lise mezunu olduğu görüldü (114). Bulat ve arkadaşlarının çalışmasında ise üniversite mezunu oranı %51,6 idi (115). Bizim çalışma grubumuzda ise grupların eğitim dağılımını çoğunlukla başarılı grupta %60 ve başarısız grupta %56 ile ortaokul ve lise mezunu bireyler oluşturmaktaydı. Üniversite mezunu oranlarımız ise %28'di. Bu sonuçların çalışma tasarımından dolayı, grupların belirlenmesindeki önceliklerden dolayı ya da çalışmaların yürütüldüğü merkezlerin sosyo-demografik özelliklerindeki farklılıklardan dolayı olabileceğini düşünüyoruz. Ancak bu farklılıklara rağmen diğer çalışmalarda ve bizim çalışmamızda eğitim seviyesi ile sigara bırakma arasında anlamlı bir ilişki izlenmedi.

Sigara tüketimi ile alkol tüketimi arasındaki ilişki çevresel faktörler arasında değerlendirilebilecek bir özelliktir. İki ürünün de bağımlılık yapması ve benzer

ortamlarda tüketilmesinin önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Çalışmalarda sigara tüketimini arttıran bir faktör olarak bulunsa da, sigara içen bireylerin çoğunluğunun alkol tüketmediği bilinmektedir (116,117). Bizim çalışmamızda da Altın ve Gören' in çalışmaları (116,117) ile benzer şekilde sigara içenlerin %75'inin alkol tüketmediğini belirledik. Raherison ve arkadaşlarının 300 hastanın 2 yıl boyunca takip edildiği çalışmasında sigara bırakma başarısı ile alkol tüketimin arasında negatif bir ilişki olduğu gösterildi (118). Onların bulgularını destekleyecek şekilde, bizim çalışmamızda da alkol tüketiminin azalmasının sigara bırakması için bağımsız bir ön gördürücü olduğunu belirledik. Her ne kadar çalışmamızın tasarımı nedeniyle alkol tüketiminin sigara tüketimi üzerine etkisini net olarak gösterememiş olsak da bu durumun etkili olduğunu gösteren birçok kanıt vardır. Sigara tüketimine etkisi olabileceği fazlasıyla düşünülen diğer değişkenlerden olan medeni durum ve çocuk sahibi olma birçok çalışmada irdelenmiştir. Çalışmaların çoğunluğunda sigara içenlerin büyük kısmının evli ve çocuğu olduğu gösterilmiştir (106,115–117,119). Medeni durumun sigara bırakmadaki etkisi ise halen tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda etkisinin olmadığı bulunmuşken (116,119), Heffner ve arkadaşlarının çalışması ile birlikte birkaç farklı çalışmada evli olmanın sigara bırakma başarısını artırdığı gösterilmiştir (120–122). Bizim çalışmamızda ise medeni durum ve çocuğu olma durumunun sigarayı bırakma üzerine bir etkisi görülmedi. Bu durumu sigara tüketimi ve sigara bırakma girişimlerine çok fazla etki eden değişkenin olmasına bağlıyoruz. Etki eden faktörlerin çok olması nedeniyle büyük çaplı araştırmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Sigara tüketim miktarının artması ile bağımlılığın artması arasındaki ilişki çalışmalarda gösterilmiştir (123). Altın ve arkadaşlarının çalışmasında günlük içilen sigara miktarı $24,0 \pm 11,39$ (117), Gören ve arkadaşlarının çalışmasında günlük içilen sigara miktarının %55'i 10-20 adet arasında olduğu (116), Sürmeli ve arkadaşlarının çalışmasında ise en sık tüketim miktarının %53,3 ile 10-20 adet arasında olduğu bulunmuştur. Kanık ve arkadaşlarının çalışmasında ise günlük ortalama içilen sigara sayısı erkeklerde 24.66 ± 11.28 adet ve kadınlarda 23.15 ± 11.68 adet ve toplamda 24.03 ± 12.05 adet olduğu tespit edildi (108). Çalışmamızda ise bu miktar kadınlarda $18,4 \pm 8,9$, erkeklerde ise $23,5 \pm 10,7$ idi ve bu değerlerin

literatür ile benzer olduğu izlendi. Ayrıca çalışmamıza dâhil edilen başarılı grupta günlük kullanılan sigara adedi 11 (12) ve başarısız grupta günlük kullanılan sigara adedi 20 (10) idi ve bu farklılık anlamlıydı ($p<0,001$) Daha önce yapılan çalışmalarda günlük sigara tüketim miktarının sigara bırakabilme üzerine etkisi olduğu bulunmuştur (124). Ayrıca çalışmamız sonuçları ile benzer olarak, geniş sayıda olgunun değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışmada günlük tüketilen sigara miktarı ortalama 24 adet idi ve günlük tüketilen miktarın sigara bırakmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir (118).

Çalışmamızda sigara bırakmayı denemenin ve daha önceki bırakma süresinin sigara bırakanlarda anlamlı olarak daha fazla olduğunu belirledik. Bu faktörlerin kişinin sigara bırakma iradesiyle ilişkili olabileceğini düşünüyoruz. Sürmeli ve arkadaşlarının çalışmasında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların %73,3'ünün bırakmayı daha önce denediği (97), Bulat ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oranın %83,1 (115), Bayman ve arkadaşlarının çalışmasında ise %80,5 olduğu belirlendi. Bayman ve arkadaşlarının çalışmasında bizim sonuçlarımız ile benzer şekilde 2 ve daha fazla sayıda denemesi bulunanların sigarayı bırakmada daha başarılı oldukları belirlendi ($p=0,017$) (109). Yurt dışında yapılan bir çalışmada bırakma deneme sayısının 1 yıllık sigara bırakma başarısında etkili olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada en az 2 kez sigarayı bırakmayı deneyenlerin diğerlerine göre 1,32 kat başarılı oldukları gösterilmiştir (125). Bizim çalışmamızda deneme sayıları bakımından 2 grup arasında anlamlı bir farklılık yokken, daha önce sigara bırakma denemesinin varlığı başarılı grupta anlamlı olarak yüksekti. Yani kısaca daha önce sigara bırakmayı denemiş olmak başarıda etkiliyken, deneme sayısının başarıya anlamlı bir etkisinin olmadığı görüldü. Ayrıca önceden sigara bırakma denemesi ile beraber lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre sigara bırakmada başarı açısından bağımsız öngördürücüler olarak belirlediğimiz, FNBT skoru, tedavi süresi ve alkol tüketimi gibi değişkenlerin her ne kadar olasılık oranları yüksek olmasa da sigarayı bırakmada etki bakımından klinik pratikte uyumlu olduğunu düşünüyoruz.

FNBT hem sigara bırakma tedavisinin düzenlenmesinde hem de hastaların prognozu konusunda önemli katkılar sağlamaktadır. Çalışmamızda nikotin bağımlılığı düzeyini belirlemek için en sık kullanılan FNBT skoru kullanılmıştır. Birçok çalışmada FNBT skorlarının sigara bağımlılığı düzeyini ölçmede ve tedaviye yanıtı değerlendirmede etkili olduğu belirtilmiştir (126,127). Ayrıca FNBT puanı daha yüksek olan sigara içen bireylerin sigarayı bırakma olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur (128,129). Sayın ve arkadaşlarının çalışmasında anlamlı düzeyde olmasa da FNBT düzeyi sigarayı bırakanlarda daha düşüktü (114). Temel ve arkadaşlarının çalışmasında da nikotin bağımlılık skoru ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, ancak bu çalışmada FNBT skorunda 1 puanlık artışın sigara bırakmayı 3,2 kat zorlaştırdığı bulunmuştur (130). Gorecka ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük FNBT skoru olanların sigara bırakmada başarılı oldukları bulunmuştur (124). Bizim çalışmamızda sigara bırakanların FNBT ortanca değeri 5’di ve sigarayı bırakamayan gruba göre anlamlı olarak daha düşüktü. Lojistik regresyon analizinde de 1 puanlık artış ile bırakamama yönünde anlamlı bir ön gördürücü olduğunu belirledik ($p=0,019$).

Sigarayı bırakma tedavisinde bilişsel davranış tedavisi (BDT) ile birlikte verilen motivasyon ve farmakoterapi yararı gösterilmiş iki yaklaşımdır. En iyi sonuçlar iki tedavi yönteminin birlikte kullanılmasıyla elde edilmektedir (130). Sigarayı bırakma tedavi kılavuzlarında sigara bağımlılığında NRT’lerin ve farmakolojik tedavilerin etkinliğinin oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir (65). Pıçakçıefe ve arkadaşlarının Muğla’da gerçekleştirdikleri çalışmalarında polikliniğe başvuranlara en çok vareniklin, ikinci sırada ise bupropion tedavisi uygulanmıştır. Ve bu çalışmada sigara bırakma tedavisi rehberine göre sigara bırakma sıklığı, plasebo kullananlara göre vareniklin kullananlarda 3,1, bupropion kullananlarda 2 kat daha fazla bulunmuştur (131). Literatüre bakıldığında vareniklin daha sık sigara bırakma tedavisinin uygulandığı çalışmaların olduğu görülmektedir (132–134). Ancak, NRT’nin diğer tedavi seçeneklerine göre daha sık uygulandığı çalışmalar da bulunmaktadır. Yaşar ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %27,4’si BDT, %56’sı BDT+NRT, %9,5’u BDT+bupropion, %2,5’i BDT+vareniklin, %4,6’sı

BDT+bupropion+NRT tedavisini kullandı. Sadece davranışsal eğitim alanların %15,2'si, buna ek olarak NRT kullananların %43,7'si, bupropion kullananların %52,2'si, vareniklin kullananların %66,7'si, bupropion ve NRT kullananların %45,5'i sigarayı bırakabilmişlerdi (124). Bizim çalışmamıza bakıldığında sigarayı bırakabilen grubun yarısından çoğu BDT+vareniklin tedavisinden fayda görmüştür, çok az bir kısmı ise BDT+vareniklin+NRT tedavisi almasına karşı en yüksek etkinliğe de bu kombine tedavinin sahip olduğu görüldü. Dolayısıyla vareniklinin kombine edildiği tedavilerin sigara bıraktırmada daha başarılı olduğunu tespit ettik. Özellikle yapılan birkaç çalışmada vareniklinin; bupropion ve NRT'den daha etkili olduğu gösterilmiştir (135,136). Altı çalışmanın dâhil edildiği bir metaanalizde vareniklin ile plasebo karşılaştırılmış ve 6 aylık sigaradan uzak durma risk oranı vareniklin alan grupta 2,34 kat daha yüksek olduğu bulundu. Aynı metaanalizde vareniklin ile bupropion karşılaştırılmasında vareniklinin bir yıllık sigaradan uzak durma bakımından bupropiondan üstün olduğu saptanmıştır (114). Tedavi planlamaları her ne kadar birçok faktöre (özellikle ilaca ulaşılabilirlik ve yan etki) bağlı olsa da mümkün olduğu kadar bireyselleştirilmiş ve vareniklin tedavisinin dâhil olduğu kombine tedavinin tercih edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Sigara bırakma ile gelişen iştah artışı ve kilo alma sigara kullanımını bırakmada halen ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmalar sigara kullananların yaklaşık %50'sinin sigarayı bıraktıktan sonra kilo alma korkusu yaşadığını göstermektedir (137). Bizim çalışmamızda da kilo alma sigara bırakılmasının olumsuz yanlarında en sık karşılaşılan faktördü. Bırakma sürecinde genellikle kişiler en sık yoksunluk belirtilerinden, kilo almaktan dolayı korku ve çekinmeleri olabilir. Bu durumların çözülmesi bırakma sürecinin daha rahat geçmesini sağlayacaktır. Yoksunluk belirtileri için uygun farmakoterapi, kilo alımının engellenmesi için bırakmadan öncekinden 1/3 az gıda tüketilmesi ya da egzersiz önerisi, iştah artışının kalorisiz gıdalarla giderilmesi, günlük yürüyüşlerin düzenli yapılması ve su içerek iştahın baskılanması bu problemlerin çözümüne yardımcı olacaktır (138).

Sigara bırakmada bir diğer önemli sorun ilaç yan etkileri, bireyin tedavisinin yarım kalması ve tedavinin başarısızlığındaki en önde gelen negatif faktörlerden biri olarak göze çarpmakta. Çalışmamızda ilaçlara bağlı görülen en sık yan etki bulantı-kusma ve depresif semptomların varlığıydı. Çalışmamızda yan etki nedeniyle ilacın kesilmesi oranı başarısız grupta başarılı gruba nazaran anlamlı olarak daha yüksekti. Yan etki profiline bakıldığında; en sık yan etkiye bupropion grubunda, en sık yan etki nedeniyle ilaç kesilmesi durumuna ise vareniklinde rastladık, NRT grubunda ise bu oranlar diğer tedavilere nispeten oldukça düşüktü. Tetik ve arkadaşlarının çalışmasında en sık görülen yan etki psikiyatrik (depresif) belirtiler ve ikinci sıklıkla bulantı olduğu bildirildi (50). Sayın ve arkadaşlarının çalışmasında ise vareniklin kullanan hastaların %17.3'ünde bulantı, %22.7'sinde baş ağrısı, %28'inde uyku bozukluğu; bupropion kullananların %12'sinde ağız kuruması, %14'ünde uykusuzluk; NRT kullananlarda en sık %13.5'inde lokal cilt reaksiyonları geliştiği bildirildi (114). Hurt ve arkadaşlarının çalışmasında bupropion (300mg/gün) kullanan olguların %12'si (139) ve bir başka çalışmada ise bupropionla birlikte nikotin bandı kullananların %11,4'ü tedaviyi yarım bırakmıştır (140). Kullanılan farmakolojik tedavilere göre farklı çalışma gruplarında birçok yan etki olabilmektedir. Bu oranlar çalışmamız verileri ile benzerlik göstermekle birlikte, çalışma kohortlarının farklı olması nedeniyle farklılıklar görüldü.

Çalışmada belirlenen kaçak nedenleri ve tekrar başlama nedenleri arasında en sık etkili olan faktörün stres olduğunu belirledik. Stres bilindiği üzere tütün kullanımı gibi çağımızın en önemli problemlerinden birisidir. Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde yapılan ve tıp öğrencilerinin değerlendirildiği çalışmada stresin sigaraya başlamada ve kaçak nedenleri arasında en önemli faktör olduğu bulunmuştur (141). Temel ve arkadaşlarının çalışmasında sigara bırakmada karşılaşılan en önemli güçlükler ise sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu, aşırı sigara içme isteği gibi nikotin yoksunluk sendromuna bağlı bulgular olduğu bulundu (130). Yine ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer bulgular en sık karşılaşılan zorluklardandı (124,142). Altın ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara bırakmada karşılaşılan en önemli güçlüğü sigara içme isteği olduğu bulundu (117). Bu faktörlerin benzer şekilde çalışmamızda da etkili olduğunu belirledik. Çalışmamızda ayrıca bırakmanın olumlu

tarafllarına bakıldığında en sık nefes almada rahatlamanın olması, daha sağlıklı ve enerjijik hissetme ve ekonomik faydalarının olduğu görüldü. Sigara bırakmanın olumsuz taraflarına bakıldığında ise katılımcıların çoğunluğunun her hangi bir kötü yanı olmadığı yönünde beyanı ve ikinci olarak kilo almanın belirtildiği görüldü. Çalışma verilerimizin birçok açıdan değerlendirilmesi ile hem bölgesel anlamda hem de ulusal anlamda sigara ile savaşta tüm hekimlere yol gösterici olabileceğini düşünüyöruz.



6. SONUÇLAR

Tütün bağımlılığı günümüzde önlenebilir ölümlerin en önde gelen nedeni olan salgın bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalığın önlenmesinde hekimlerin her aşamada aktif rol alması önemlidir. Özellikle bu hastalık ile mücadelede özelleşmiş bölümler olan sigara bırakma polikliniklerinin önemi gittikçe artmaktadır. Bu polikliniklerde uygulanan tedavilerin başarı oranlarını belirgin olarak yükselttiği gösterilmiştir. Son yıllarda sigara bırakma konusunda toplumda artan bir eğilim ve bilinç oluşmasına rağmen, maalesef yeterli seviyede değildir. Sigara bağımlılığı karmaşık bir durum olmakla beraber sigara bırakma başarısını etkileyen birçok faktör belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da başarılı olan ve olmayan grupları etkileyen birçok faktör olduğu bulundu. Çalışmamızın temel sonuçları aşağıda bildirildi.

1. Çalışmamıza Ocak 2018 - Aralık 2019 tarihleri arasında 1430 hastanın başvurduğu görüldü. Çalışmaya alınan 427 hastanın başlangıç sigara bırakma özellikleri; 141 hasta (%33) sigarayı bırakmayı hiç denememiş, 286 hasta (%67) bırakma girişimi olan bireylerden oluşmaktaydı. Bırakma girişimi olan hastalardan 202 (%47,3) hasta başarılı (≥ 6 ay üzeri bırakmış) idi. Sigarayı 6 aydan fazla bırakabilen 202 kişinin içinde, tekrar başlayan 80 (%39,6) kişi ve halen içmeyen 122 (%60,4) kişinin olduğunu belirledik.
2. Sigara bırakma polikliniğine başvuran ve çalışmamıza dâhil edilen hastaların çoğunluğunu (başarılı %63,4, başarısız %66,7) erkeklerin oluşturduğu belirlendi.
3. Çalışma gruplarımızın çoğunluğunun öğrenim durumu ilkokul (başarılı %37,1, başarısız %32,4) mezunuydu ve bunu lise (başarılı %23,8, başarısız %24) mezunları izliyordu. Bu bireylerin çoğunluğu ise alkol içmiyordu (başarılı %78,7, başarısız %72).
4. Medeni durumlarına bakıldığında iki grubun çoğunluğu evliydi (başarılı %77,2, başarısız %73,8) ve çoğunluğunun çocuk sahibi olduğu belirlendi. Bu değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu.
5. Grupların sigaraya başlama yaş ortalamaları (başarılı $17,91 \pm 4,60$, başarısız $17,71 \pm 4,37$) idi ve ailede sigara içimi başarısız grupta daha yüksekti (başarılı

%45,5, başarısız %56). Günlük sigara tüketimi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardı ve başarılı grupta bu oran belirgin olarak düşüktü ($p<0,001$). Daha önce sigarayı bırakma denemesinin varlığı başarılı grupta yüksek (başarılı %90,6, başarısız %81,8) olmasına karşın geçmişte sigara bırakmayı deneme sayısının başarıya etkisi açısından bizim çalışmamızda anlamlılık saptanmadı.

6. Değerlendirdiğimiz Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testinin başarısız grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirledik (başarılı 5 (3), başarısız 6 (2)). Bu da fiziksel bağımlılığın rolünün bağımlılıkla mücadelede önemini bir kez daha göstermiştir.
7. Çalışma grubumuz hastalarının tedavi oranları açısından başarılı grupta Vareniklin + NRT + BDT terapisi alanlar açısından farklılık vardı (başarılı %5, başarısız %0,5). Diğer tedavi seçeneklerinde izlenen farklılık anlamlı değildi. Tedavi opsiyonları ülkeler ve bölgesel birçok nedenden dolayı farklılık göstermekle birlikte, farmakolojik tedavinin dahil edildiği kombinasyon tedavisinin daha başarılı olacağını düşünüyoruz.
8. Katılımcılarda görülen yan etki sıklığı benzer olmasına rağmen yan etki nedeniyle medikal tedavinin sonlandırılması başarısız grupta daha yüksekti (başarılı %28,8, başarısız %66,7). Yan etki görülme sıklığına bakıldığında vareniklin grubunda %31, bupropion grubunda %40 ve NRT grubunda %15 olduğu, ve yan etki nedeniyle ilaç tedavisi bırakma oranı vareniklin grubunda %16,6, bupropion grubunda %14,8 ve NRT grubunda %9 olduğu görüldü.
9. Çalışmamızda, başarılı grupta başarısız gruba göre ek hastalık görülme sıklığı yüksek bulunmuştur (başarılı %17,8, başarısız %6,2). Bu durumun nedeninin sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinden ilk grubun daha fazla muzdarip olması ve bu grubun bırakma iradelerinin sağlık endişesiyle daha yüksek olmasından dolayı olabileceğini düşünüyoruz.
10. Katılımcılarda sigarayı bırakmanın olumlu taraflarının en sık nefes almada iyileşme, enerjik hissetme ve kötü kokmama olduğunu, sigarayı bırakmanın olumsuz taraflarında ise en sık 'herhangi bir olumsuz tarafın olmadığı' görüşü ve kilo alma durumunun olduğu öğrenildi. Sigara içme ile baş etme metotlarına bakıldığında en sık yiyecek tüketme ile daha sonra ise zihin motivasyonu ve ortam değişikliği ile baş edildiğini bulduk. Son olarak günümüzün en önemli

problemlerinden birisi olan stres faktörünün hem kaçak nedenlerinde hem de tekrar başlama nedenleri arasında en sık olduğu görüldü. Bu durumu arkadaş ortamı ve sadece bağımlılıktan kaynaklanan sigara içme isteğinin olması gibi faktörlerin takip ettiğini belirledik.

Sigara kaynaklı ölümler tüm dünyada ve ülkemizde etkisini halen sürdürmektedir. Bu durumun önlenabilir olması nedeniyle toplum sağlığı açısından çok önemli olduğu bilinmektedir. Ne yazık ki özellikle gençlik çağlarında başlayan bu bağımlılığın önlenmesi için halen yeteri kadar önlemler alınabilmiş değildir. Çalışmamızın bölgemiz halkının sigara içme durumu hakkında önemli bilgiler sunduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKÇA

1. Cengiz ÖZGE, Zeynep Ayfer AYTEMUR, Nazmi BİLİR HB, Gamze ÇAN, Osman ELBEK, Nur ENGİNDENİZ, Umut KARASU, Oğuz KILINÇ, Osman ÖRSEL, Funda ÖZTUNA PPB, Leyla SAĞLAM, Esra UZASLAN, İlhan YARGIÇ ZY. Türk toraks derneği Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Ankara; 2014.
2. Alison Commar, Vinayak Prasad ET d’Espaignet. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(11):e442.
4. Chan M. Report on the Global Tobacco Epidemic - MPOWER. WHO. : [Internet]. Geneva; 2008. Available from: http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html
5. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks Derg. 2006;7(1):51–64.
6. Bilir N. Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde? Turk Toraks Dergisi/Turkish Thorac J. 2009;10(1).
7. Araştırması KYT. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. TC Sağlık Bakanl Yayın. 2012;(948).
8. Bakanlığ S. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023). Ankara, Sağlık Bakanl. 2018;
9. Sesli M, Yeğenoğlu ED. Tobacco in the Historical Process. Sci Ecol Eng Res Glob World. 2018;146.
10. Bilir N. Dünyada ve Türkiye’de tütün kullanımı epidemiyolojisi. Tütün ve

- Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, S Akçay, O Elbek). 2011;21–3.
11. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology*. 2003;8(3):286–90.
 12. Seydioğulları M. Dünya’da ve türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. In: Tütün ve Tütün Kontrolü. Ankara; 2009.
 13. ÇAKIT MO, ARSLAN İ. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. *Türkiye Klin Aile Hekim Konular*. 2016;7(5):1–4.
 14. Czart C. Taxing tobacco: the impact of tobacco taxes on cigarette smoking and other tobacco use. *Regul Tob*. 2001;39.
 15. ŞAHİN G, TAŞLIGİL N. TÜRKİYE’DE TÜTÜN (*Nicotiana tabacum* L.) YETİŞTİRİCİLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE COĞRAFİ DAĞILIMI
Le Developpement Historique et la Dispersion Geographique de la Cultivation de Tabac en Turquie. *Doğu Coğrafya Derg*. 18(30).
 16. Genç M, Ansiklopedisi TD V. 2. “Tekel” Adının Menşei.
 17. American Lung Association. What’s In a Cigarette? [Internet]. 2020.
Available from: <https://www.lung.org/quit-smoking/smoking-facts/whats-in-a-cigarette>
 18. DİLEKTAŞLI AG. Tütün Dumanının İçeriği ve Farmakokinetiği. *Türkiye Klin Göğüs Hast Konular*. 2012;5(2):6–10.
 19. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. *World*. 2002;58(44):1–20.
 20. Malaiyandi V, Sellers EM, Tyndale RF. Implications of CYP2A6 genetic variation for smoking behaviors and nicotine dependence. *Clin Pharmacol Ther*. 2005;77(3):145–58.
 21. Clarke PB. Nicotine dependence--mechanisms and therapeutic strategies. In: *Biochemical Society symposium*. 1993. p. 83.
 22. Lee EW, D’Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. *Arch Intern Med*. 1993;153(1):34–48.

23. Kayaalp SO. Medical pharmacology, in terms of rational treatment (Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji), Ankara: Hacettepe-Tas Ltd. Sti; 1998.
24. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2019. [Internet]. Geneva; 2017. Available from: http://www.who.int/tobacco/global_report/en/, accessed 25 October 2019
25. Mackay J, Eriksen M, Eriksen MP. The tobacco atlas. World Health Organization; 2002.
26. Statistics S. Illness and Death. Fact Sheet No: 2. 2003.
27. Manson JE, Tosteson H, Ridker PM, Satterfield S, Hebert P, O'Connor GT, et al. The primary prevention of myocardial infarction. N Engl J Med. 1992;326(21):1406–16.
28. Ridker PM. Risk factors for atherosclerotic disease. Hear Dis a Textb Cardiovasc Med. 2001;
29. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet (London, England). 2017 May;389(10082):1885–906.
30. SARAÇOĞLU S, ÖZTÜRK F. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları ve Tütün Tüketimi Üzerine Bir Değerlendirme. Polit Ekon Kuram. 4(1):20–44.
31. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırma Raporu. 1988.
32. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de tütün kontrolü politikaları. World Heal Organ Report Available from URL <http://www.euro.who.int/document/E.2010;93038>.
33. Cengiz ÖZGE, Zeynep Ayfer AYTEMUR, Nazmi BİLİR HB, Gamze ÇAN, Osman ELBEK, Nur ENGİNDENİZ, Umut KARASU, Oğuz KILINÇ, Osman ÖRSEL, Funda ÖZTUNA PPB, Leyla SAĞLAM, Esra UZASLAN, İlhan YARGIÇ ZY. Tütün Ürünleri ve Tütün Ürünleri Kullanımı Epidemiyolojisi, SİGARA BIRAKMA TANI VE TEDAVİ UZLAŞI RAPORU. 2014.

34. Dağlı E. Tütün Endüstri Oyunları ile Nasıl Baş Edilir? “31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü” Nedeniyle Özel Sayı. :8.
35. Mutlu Eİ, Seydioğulları M. Tütün Kontrolü ve Hukuk Mücadelesi. “31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü” Nedeniyle Özel Sayı. :12.
36. Çalışkan Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım). Uşak Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2015;8(2):23–48.
37. Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation - United States, 2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009 Nov;58(44):1227–32.
38. Hasan SU. ATS statement--cigarette smoking and health. Am J Respir Crit Care Med. 1996;154(5):1579–80.
39. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. Society for Research on Nicotine and Tobacco; 2008.
40. Rijcken B, Schouten JP, Weiss ST, Meinesz AF, De Vries K, Van Der Lende R. The distribution of bronchial responsiveness to histamine in symptomatic and in asymptomatic subjects. Am Rev Respir Dis. 1989;140:615–23.
41. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. Bmj. 1994;309(6959):937–9.
42. Bernhard D, Pfister G, Huck CW, Kind M, Salvenmoser W, Bonn GK, et al. Disruption of vascular endothelial homeostasis by tobacco smoke—impact on atherosclerosis. FASEB J. 2003;17(15):2302–4.
43. Davis JW. Some acute effects of smoking on endothelial cells and platelets. In: Tobacco Smoking and Atherosclerosis. Springer; 1990. p. 107–18.
44. Shen Y, Rattan V, Sultana C, Kalra VK. Cigarette smoke condensate-induced adhesion molecule expression and transendothelial migration of monocytes. Am J Physiol Circ Physiol. 1996;270(5):H1624–33.
45. LEHR H. Adhesion- promoting effects of cigarette smoke on leukocytes and

- endothelial cells. *Ann N Y Acad Sci.* 1993;686(1):112–8.
46. Bilir N, Yıldız AN. ÇALIŞMA HAYATI VE SİGARA (SİGARASIZ İŞYERLERİ).
47. PİŞKİNPASA N, PİŞKİNPASA ME. POLİS HASTALARDA SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞI İLE İRRİTABL BARSAK SENDROMU İLİŞKİSİ. *Balıkesir Sağlık Bilim Derg.* 4(1):24–6.
48. Fujiwara Y, Kubo M, Kohata Y, Machida H, Okazaki H, Yamagami H, et al. Cigarette smoking and its association with overlapping gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia, or irritable bowel syndrome. *Intern Med.* 2011;50(21):2443–7.
49. Pavia D, Thomson ML, Pocock SJ. Evidence for temporary slowing of mucociliary clearance in the lung caused by tobacco smoking. *Nature.* 1971;231(5301):325–6.
50. Tetik BK, Tekinemre IG, Taş S. The effect of the COVID-19 pandemic on smoking cessation success. *J Community Health.* 2020;1–5.
51. Liu W, Tao Z-W, Wang L, Yuan M-L, Liu K, Zhou L, et al. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. *Chin Med J (Engl) [Internet].* 2020;133(9). Available from:
https://journals.lww.com/cmj/Fulltext/2020/05050/Analysis_of_factors_associated_with_disease.5.aspx
52. Cameron P, Kostin JS, Zaks JM, Wolfe JH, Tighe G, Oselett B, et al. The health of smokers' and nonsmokers' children. *J Allergy.* 1969 Jun;43(6):336–41.
53. Trichopoulos D, Kalandidi A, Sparros L, MacMahon B. Lung cancer and passive smoking. *Int J cancer.* 1981 Jan;27(1):1–4.
54. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J (Clin Res Ed) [Internet].* 1981;282(6259):183–5. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1503989&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

55. Cancer IA for R on. Evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Chemicals, industrial processes and industries associated with cancer in humans. 1982.
56. Council NR. Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects. National Academies Press; 1986.
57. Klonoff-Cohen HS, Edelstein SL, Lefkowitz ES, Srinivasan IP, Kaegi D, Chang JC, et al. The Effect of Passive Smoking and Tobacco Exposure Through Breast Milk on Sudden Infant Death Syndrome. JAMA [Internet]. 1995 Mar 8;273(10):795–8. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520340051035>
58. Karlıkaya C. TÜTÜNE BAĞLI HASTALIKLAR ve TÜTÜNÜN KONTROLÜ.
59. Bates MN, Khalakdina A, Pai M, Chang L, Lessa F, Smith KR. Risk of tuberculosis from exposure to tobacco smoke: a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2007;167(4):335–42.
60. Üneri Ö, Tural Ü, Memik NÇ. Şizofreni ve sigara içimi: Biyolojik bağlantı nerede. Turk Psikiyatr Derg. 2006;17:55–64.
61. Fagerström K. The epidemiology of smoking. Drugs. 2002;62(2):1–9.
62. Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report. JAMA J Am Med Assoc. 2000;
63. Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. Chest. 2003;123(5):1730–9.
64. Prokhorov A V, Moor CA de, Hudmon KS, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N. Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking. Nicotine Tob Res. 2001;3(2):151–5.
65. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health

- professionals: an update. *Thorax*. 2000;55(12):987–99.
66. Şahbaz S, Kılınç O. Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri. *Sted*. 2005;14(5):98–102.
67. M. Şule A, Zeynep Ayfer A, Osman E, Oğuz K, Osman Ö, Funda Ö, et al. *Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi, Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi*. Ankara; 2013.
68. Kalkhoran S, Benowitz NL, Rigotti NA. Prevention and Treatment of Tobacco Use: JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2018;72(9):1030–45. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718353610>
69. Longo DR, Johnson JC, Kruse RL, Brownson RC, Hewett JE. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control*. 2001;10(3):267–72.
70. Dale LC, Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD. Treatment of nicotine dependence. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier; 2000. p. 1311–6.
71. Rennard SI, Daughton DM. Smoking cessation. *Chest*. 2000;117(5):360S–364S.
72. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri M-A, Morris PB, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol*. 2018 Dec;72(25):3332–65.
73. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*. 2008 Aug;35(2):158–76.
74. Hausteil KO. Pharmacotherapy of nicotine dependence. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2000 Jun;38(6):273–90.
75. George TP. Nicotine and tobacco. In: *Goldman's Cecil Medicine*. Elsevier; 2020. p. 139–43.

76. Leone FT, Zhang Y, Evers-Casey S, Evins AE, Eakin MN, Fathi J, et al. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020 Jul;202(2):e5–31.
77. Koegelenberg CFN, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, et al. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014 Jul;312(2):155–61.
78. Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev*. 2009 Jan;(1):CD006219.
79. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet (London, England)*. 2016 Jun;387(10037):2507–20.
80. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation*. 2010 Jan;121(2):221–9.
81. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, Prochazka A V, Westman EC, Steele BG, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med*. 1996 Dec;335(24):1792–8.
82. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *Eur Heart J*. 2003 May;24(10):946–55.
83. Meine TJ, Patel MR, Washam JB, Pappas PA, Jollis JG. Safety and effectiveness of transdermal nicotine patch in smokers admitted with acute coronary syndromes. *Am J Cardiol*. 2005 Apr;95(8):976–8.
84. Settle ECJ. Bupropion sustained release: side effect profile. *J Clin Psychiatry*.

- 1998;59 Suppl 4:32–6.
85. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev*. 2014 Mar;2014(3):CD002294.
 86. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet (London, England)*. 2002 Jan;359(9301):114–7.
 87. Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy: ACOG Committee Opinion, Number 807. *Obstet Gynecol*. 2020 May;135(5):e221–9.
 88. Committee Opinion No. 721: Smoking Cessation During Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2017 Oct;130(4):e200–4.
 89. Le Foll B, Melihan-Cheinin P, Rostoker G, Lagrue G. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *Eur Psychiatry*. 2005;20(5–6):431–41.
 90. Scholz J, Santos PCJL, Buzo CG, Lopes NHM, Abe TMO, Gaya PV, et al. Effects of aging on the effectiveness of smoking cessation medication. *Oncotarget*. 2016;7(21):30032.
 91. Marqueta A, Nerin I, Gargallo P, Beamonte A. Gender differences in success at quitting smoking: Short-and long-term outcomes. *Adicciones*. 2017;29(1).
 92. Monso E, Campbell J, Tønnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control*. 2001;10(2):165–9.
 93. Wang TW, Asman K, Gentzke AS, Cullen KA, Holder-Hayes E, Reyes-Guzman C, et al. Tobacco product use among adults—United States, 2017. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(44):1225.
 94. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turkish J Med Sci*. 2012;42(3):515–22.
 95. Can G, Oztuna F, Topbaş M. Complaints related to smoking cessation. *Tuberk Toraks*. 2007;55(4):364–9.

96. Fidan F, Ebru P, SEZER M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Derg.* 2005;6(3):27–34.
97. SÜRMEİ CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular, Göğüs hastalıkları uzmanlık tezi, Diyarbakır. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
98. Bilgic A, Florkowski WJ, Akbay C. Demand for cigarettes in Turkey: an application of count data models. *Empir Econ.* 2010;39(3):733–65.
99. Erdem BAYMAN. Atatürk eğitim ve araştırma hastanesi sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarda başarısızlığa neden olan faktörlerin belirlenmesi, Aile hekimliği uzmanlık tezi, Ankara. 2016.
100. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdiç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2006;54(1):43–50.
101. Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.* 2006;15(suppl 3):iii42–50.
102. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.* 2006;15(suppl 3):iii83–94.
103. ÇALIŞKAN Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım). *Uşak Üniversitesi Sos Bilim Derg.* 2015;8(2):23–48.
104. PİAR Sigara Alışkanlıkları Araştırması, Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu anketi. 1988.
105. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. Ankara; 2012.
106. Kıdık E. Ankara eğitim ve araştırma hastanesine başvuran hastaların 1-3 yıllık

süreçteki sigara bırakma durumları, Aile hekimliği uzmanlık tezi, Ankara. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ; 2017.

107. Kayhan Tetik B, Gedik Tekinemre I, Taş S. The Effect of the COVID-19 Pandemic on Smoking Cessation Success. J Community Health [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00880-2>
108. KANIK MK. İzmir’de sigarayı bırakma polikliniklerine başvuranlarda sigarayı ve diğer tütün ürünlerini bırakma ile ilişkili bazı özelliklerin değerlendirilmesi, Halk sağlığı uzmanlık tezi, İzmir. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ; 2018.
109. BAYMAN E. Atatürk eğitim ve Araştırma hastanesi sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarda başarısızlığa neden olan Faktörlerin belirlenmesi, Aile hekimliği uzmanlık tezi, Ankara. 2016.
110. Uzaslan EK, Ozyardimci N, Karadag M, Yuksel EG, Gozu RO, Ege E. The physician’s intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. Ann Med Sci. 2000;9(2):63–9.
111. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Derg. 2005;6(2):151–8.
112. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. Tüberküloz ve Toraks Derg. 2004;52(1):63–8.
113. Promotion NC for CDP and H. Cigarette smoking among adults—United States, 1995. MMWR. 1997;46:1217–20.
114. SAYIN E. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve bırakma yöntemlerinin etkinliği, Göğüs hastalıkları uzmanlık tezi, Ankara. UFUK ÜNİVERSİTESİ; 2013.
115. BULAT LA. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler, Aile hekimliği uzmanlık tezi, Ankara. 2016.
116. GÖREN Y. Sigara bırakma polikliniği’ne başvuran ve bir yıllık süreçte sigara bırakma tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan hastalarda relaps nedenleri, Aile

hekimliği uzmanlık tezi, Ankara. 2019.

117. ALTIN AÖ. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerin saptanması, Aile hekimliği uzmanlık tezi, İzmir. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ; 2019.
118. Raheison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med*. 2005;99(10):1303–10.
119. Kaya E, Danaci AE, Sakar A, Yorgancıoğlu A. Sigarayı bırakmada ruhsal etkenlerin etkisi*/The effect psychological factors in smoke cessation. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2005;6(4):245.
120. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio- demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction*. 2004;99(6):770–7.
121. Japuntich SJ, Leventhal AM, Piper ME, Bolt DM, Roberts LJ, Fiore MC, et al. Smoker characteristics and smoking-cessation milestones. *Am J Prev Med*. 2011;40(3):286–94.
122. Heffner JL, Lee TC, Arteaga C, Anthenelli RM. Predictors of post-treatment relapse to smoking in successful quitters: pooled data from two phase III varenicline trials. *Drug Alcohol Depend*. 2010;109(1–3):120–5.
123. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Derg*. 2000;1(1):90–5.
124. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. *Eurasian J Pulmonol*. 2014;16:99–104.
125. Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. *European Respiratory Society. Eur Respir J*. 1999;13(2):238–46.
126. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Güven SF, Şipit T, et al. Sigara bırakmada

- nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. *Solunum Hast.* 2005;16(3):112–8.
127. Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. *Drug Alcohol Depend.* 1994;34(3):211–6.
128. Ho KS, Choi BWC, Chan HCH, Ching KW. Evaluation of biological, psychosocial, and interventional predictors for success of a smoking cessation programme in Hong Kong. *Hong Kong Med J = Xianggang yi xue za zhi.* 2016 Apr;22(2):158–64.
129. Dale LC, Glover ED, Sachs DP, Schroeder DR, Offord KP, Croghan IT, et al. Bupropion for smoking cessation : predictors of successful outcome. *Chest.* 2001 May;119(5):1357–64.
130. Fiore M. Treating tobacco use and dependence. Health and Human Services Department; 2000.
131. Pıçakçıefe M, Akkaya V, Erbaş E, Doğu B. MUĞLA'DA 2015-2016 YILLARI ARASINDA SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Evaluation.* 2019;33:38.
132. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kiliç H, Er M, Hasanoglu HC, et al. Sigara Birakma Basarisini Etkileyen Faktörler/Factors Affecting the Success of Smoking Cessation. *Turk Toraks Derg.* 2013;14(3):81.
133. Mutlu P, Yıldırım BB, Açık B. Results taken from a smoking cessation clinic at a second-level state hospital. *Istanbul Med J.* 2015;16:145–8.
134. Abakay Ö, Abakay A, Tanrikulu AÇ, Şen HS, Sezgi C, Dallı A. The outcome of patients that admitted to outpatients of smoking cessation. *J Chest Dis Crit Care Med.* 2014;1:7–10.
135. Hoogendoorn M, Welsing P, Rutten-van Mölken MPMH. Cost-effectiveness of varenicline compared with bupropion, NRT, and nortriptyline for smoking cessation in the Netherlands. *Curr Med Res Opin.* 2008;24(1):51–61.
136. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al.

- Efficacy of Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking CessationA Randomized Controlled Trial. JAMA [Internet]. 2006 Jul 5;296(1):56–63. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.296.1.56>
137. Wetter DW, Cofta-Gunn L, Irvin JE, Fouladi RT, Wright K, Daza P, et al. What accounts for the association of education and smoking cessation? Prev Med (Baltim). 2005;40(4):452–60.
138. Cengiz ÖZGE, Zeynep Ayfer AYTEMUR, Nazmi BİLİR HB, Gamze ÇAN, Osman ELBEK, Nur ENGİNDENİZ, Umut KARASU, Oğuz KILINÇ, Osman ÖRSEL, Funda ÖZTUNA PPB, Leyla SAĞLAM, Esra UZASLAN, İlhan YARGIÇ ZY. Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler , SİGARA BIRAKMA TANI VE TEDAVİ UZLAŞI RAPORU. 2014.
139. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med. 1997;337(17):1195–202.
140. Ferry LH, Burchette RJ. OF BUPROPION FOR SMOKING CESSATION IN NON DEPRESSED SMOKERS. In: Journal of Addictive Diseases. HAWORTH PRESS INC 10 ALICE ST, BINGHAMTON, NY 13904-1580; 1994. p. 249.
141. Vatan İ, Ocakoğlu H, İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull. 2009;8(1).
142. Yasin A, Özlü T. Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hast Serisi. 2013;1:7–12.

EK-1 Beck Depresyon anketi

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Aşağıda 21 maddeden oluşan formda yazılı seçenekleri dikkatlice okuyunuz. Geçtiğimiz bir (1) hafta içindeki kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan 'bir' ifadeyi işaretleyiniz.

- 1**
- ☐0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 - ☐1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - ☐2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım.
 - ☐3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum

- 2**
- ☐0 Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.
 - ☐1 Gelecek için karamsarım.
 - ☐2 Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.
 - ☐3 Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- 3**
- ☐0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 - ☐1 Kendimi çevremdeki birçok kişiden daha başarısız hissediyorum.
 - ☐2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
 - ☐3 Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

- 4**
- ☐0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - ☐1 Her şeyden eskisi gibi hoşlanmıyorum.
 - ☐2 Artık hiçbir şey tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - ☐3 Her şeyden sıkılıyorum.

- 5**
- ☐0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 - ☐1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 - ☐2 Sağlık endişem nedeniyle başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
 - ☐3 Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

- 6**
- ☐0 Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 - ☐1 Cezalandırılabilirim diye seziyorum.
 - ☐2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
 - ☐3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7**
- ☐0 Kendimden hoşnutum
 - ☐1 Kendimden pek hoşnut değilim.
 - ☐2 Kendime kızıyorum.
 - ☐3 Kendimden nefret ediyorum.

- 8**
- ☐0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 - ☐1 Zayıf yanlarım ve hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
 - ☐2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 - ☐3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

- 9**
- ☐0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 - ☐1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor.
 - ☐2 Kendimi öldürmek isterdim
 - ☐3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

- 10**
- ☐0 İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
 - ☐1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - ☐2 Çoğu zaman ağlıyorum.
 - ☐3 Eskiden ağlayabiliyordum şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 11**
- ☐0 Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
 - ☐1 Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
 - ☐2 Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 - ☐3 Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

- 12**
- ☐0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 - ☐1 Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
 - ☐2 Şimdi hep sinirliyim.
 - ☐3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- 13**
- ☐0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
 - ☐1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
 - ☐2 Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
 - ☐3 Artık hiç karar veremiyorum.

- 14**
- ☐0 Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
 - ☐1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibime geliyor.
 - ☐2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
 - ☐3 Kendimi çok çirkin buluyorum.

- 15**
- ☐0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 - ☐1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 - ☐2 Bir şeyler yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 - ☐3 Hiçbir şey yapamıyorum.

- 16**
- ☐0 Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
 - ☐1 Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
 - ☐2 Her zamankinden bir iki saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
 - ☐3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.

- 17**
- ☐0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 - ☐1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 - ☐2 Yaptığım her şey beni yoruyor.
 - ☐3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 18**
- ☐0 İştahım her zamanki gibi.
 - ☐1 İştahım eskisi kadar iyi değil.
 - ☐2 İştahım çok azaldı.
 - ☐3 Artık hiç iştahım yok.

- 19**
- ☐0 Son zamanlarda kilo vermedim.
 - ☐1 İki kilodan fazla kilo verdim.
 - ☐2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
 - ☐3 Altı kilodan daha fazla kilo verdim

- 20**
- ☐0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 - ☐1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - ☐2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - ☐3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 21**
- ☐0 Cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim
 - ☐1 Cinsel konulara eskisinden daha az ilgiliyim.
 - ☐2 Cinsel konulara şimdi çok daha az ilgiliyim.
 - ☐3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Toplam Puan (0-63): _____

Aaron T Beck (1988) Clinical Psychology Review, Vol. 8, pp. 77-100, 1988

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2019

EK-2 Fagerström nikotin bağımlılık testi

Fagerström Testi (FTND)

Her gün genellikle kaç sigara içiyorsunuz?	10 veya daha az 11 - 20 21 - 30 31+	0 1 2 3
İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içiyorsunuz?	5 dakika içinde 6-30 dakika 30 dakika +	3 2 1
Sigara içilmeyen yerlerde sigara içmemekte zorlanıyor musunuz?	Hayır Evet	0 1
Hangi sigaradan vazgeçmekte en çok zorlanırsınız?	Sabah ilk içilen Diğer	1 0
Günün ilk saatlerinde sonraki saatlere göre daha sık sigara içiyor musunuz?	Hayır Evet	0 1
Çok hasta olduğunuzda veya günün çoğunu yatakta geçirdiğinizde sigara içer misiniz?	Hayır Evet	0 1

SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

0-2 = düşük düzeyde bağımlılık

3-7 = orta düzeyde bağımlılık

8-10 = yüksek düzeyde bağımlılık

Ek-4 Anket Formu

1) “Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Sigara Bırakma Polikliniği Tedavi Etkinliğinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmama gönüllü olarak katılmak ister misiniz?

a) evet b) hayır (anketi sonlandır)

2) Sigara bırakma polikliniğimizde size hangi tedavi yöntemi/yöntemleri uygulandı ?

a) nikotin replasman tedavisi b) bupropion c) vareniklin d) psikoterapi (6.soruya geç)

3) Tedavi sırasında herhangi bir yan etki meydana geldi mi?

a) evet b) hayır (6. Soruya geç)

4) Hangi yan etkiler meydana geldi?.....

5) Yan etki nedeniyle ilacı kullanmayı bıraktınız mı?

a) evet b) hayır

6) Tedaviye ne kadar süre devam ettiniz ?

.....

7) Sigara bırakma polikliniğimize başvurunuz sonrasında sigarayı bırakabildiniz mi ?

a) evet b) hayır (20. Soruya geç)

8) Sigarayı tedavi başladıktan ne kadar süre sonra bıraktınız ?

.....

9) Bu bırakma ne kadar sürdü ?

.....

10) Şu anda sigara içme durumunuz nedir ?

a) içmiyorum b) içiyorum (18. Soruya geç)

11) Sigara bırakma sonrasında yaşadığınız olumsuz değişiklikler nelerdir?

.....

12) Sigara bırakma sonrasında yaşadığınız olumlu değişiklikler nelerdir?

.....

13) Sigara içme isteğiniz oluyor mu?

a) evet b) hayır (15. Soruya geç)

14) Bu istekle baş etme yönteminiz nedir?

.....

15) Bu arada hiç kaçamak oldu mu ?

a) evet b) hayır (23. Soruya geç)

16) Bu kaçamağa ne sebep oldu ?

.....

17) Kaçamak ne kadar süre oldu ve bu sürede kaç tane sigara içtiniz ?

..... (23.soruya geç)

18) Şu an sigara içiyorsanız ne zaman başladınız ?

.....

19) Tekrar başlama sebebiniz nedir ?

.....

20) Günde kaç tane sigara içiyorsunuz ?

.....

21) Bu süreçte sigara bırakma polikliniğine tekrar başvurduğunuz mu ?

a) evet b) hayır

22) Tekrar sigara bırakma tedavisi amacıyla bir merkeze başvurmayı düşünür müsünüz ?

a) evet b) hayır.....

23) Yaşadığınız veya çalıştığınız ortamda yanınızda sigara içiliyor mu ?

a) evet b) hayır

24) Bu süreçte ek bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

a) evet..... b) hayır

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.