



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN DANIŞANLARIN KISA MESAJ
VEYA EĞİTİCİ-UYARICI VİDEOLARLA
DESTEKLENMESİNİN TEDAVİ
BAŞARILARINA ETKİSİ**

Dr. Muhammed Ali AYDIN

UZMANLIK TEZİ

**Şubat 2024
İSTANBUL**



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN DANIŞANLARIN KISA MESAJ
VEYA EĞİTİCİ-UYARICI VİDEOLARLA
DESTEKLENMESİNİN TEDAVİ
BAŞARILARINA ETKİSİ**

Dr. Muhammed Ali AYDIN

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Şubat 2024
İSTANBUL**

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde asistan hekim olan Dr. Muhammed Ali AYDIN'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu “SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN DANIŞANLARIN KISA MESAJ VEYA EĞİTİCİ-UYARICI VİDEOLARLA DESTEKLENMESİNİN TEDAVİ BAŞARILARINA ETKİSİ” başlıklı uzmanlık tezi başarılı kabul edilmiştir.

İMZA

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Üyeler

Prof. Dr. Mehmet SARGIN
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Doç. Dr. Kağan GÜNGÖR
(Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Tarih: 07/02/2024

YAZAR BİLDİRİMİ

“SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN DANIŞANLARIN KISA MESAJ VEYA EĞİTİCİ-UYARICI VİDEOLARLA DESTEKLENMESİNİN TEDAVİ BAŞARILARINA ETKİSİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Muhammed Ali AYDIN;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Şubat, 2024

BİLGİLENDİRME

“SİĞARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN DANIŞANLARIN KISA MESAJ VEYA EĞİTİCİ-UYARICI VİDEOLARLA DESTEKLENMESİNİN TEDAVİ BAŞARILARINA ETKİSİ” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopyalanmadığını, bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU’nun katkıda bulunduğunu, bu çalışmanın daha önce herhangi bir yerde yayınlanmadığını, bu tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı davranışının olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar dahilinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgilere ve çıkarımlara kaynak gösterdiğimi, bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim olmadığını, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığını, bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederim.

Dr. Muhammed Ali AYDIN

TEŞEKKÜR

Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda eğitimim süresince katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma;

Asistanlık dönemimde klinik bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocam İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a;

Uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU'ya;

Asistanlık sürecimin verimli ve keyifli geçmesini sağlayan başta Dr. Ömer Faruk YILDIRIM ve Dr. Hasan Özcan DEMİR olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma;

Bu günlere gelmemde en büyük paya sahip, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli annem Funda AYDIN ve kıymetli babam Mustafa AYDIN ile doğduğu günden beri beni sevindiren sevgili kardeşim Burcu Sena AYDIN'a;

Özellikle tez yazım sürecimde desteğini esirgemeyen başta Ali ESMERLİ olmak üzere, Esmerli ailesinin tüm bireylerine;

Uzmanlık eğitimim süresince beni her zaman sevgi ve şefkatiyle destekleyen değerli eşim, can yoldaşım Refika AYDIN'a;

İsmi sayamadığım, hayatıma dokunan tüm güzel insanlara;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Muhammed Ali AYDIN

İÇİNDEKİLER

YAZAR BİLDİRİMİ.....	iii
BİLGİLENDİRME.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. TÜTÜN HAKKINDA TEMEL BİLGİLER	2
2.2. TÜTÜNÜN TARİHÇESİ.....	2
2.3. TÜTÜN KULLANIMININ EPİDEMİYOLOJİSİ	3
2.3.1. Türkiye’de tütün kullanımı ile ilgili veriler.....	3
2.3.2. Tütün kullanımı ile ilgili veriler	3
2.3.3. Tütün kullanmayı bırakma ile ilgili veriler	3
2.4. SİĞARANIN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ.....	3
2.4.1. Sigaranın ağız ve diş sağlığı üzerine etkileri.....	4
2.4.2. Sigara ve kanser ilişkisi.....	4
2.4.3. Sigara ve kardiyovasküler hastalıklar	5
2.4.4. Sigara ve solunum yolu hastalıkları	5
2.5. DÜNYA’DA VE TÜRKİYE’DE TÜTÜN KONTROL POLİTİKALARI	5
2.6. ERİŞKİNLERDE SİĞARA BIRAKTIRMA YÖNETİMİ	6
2.6.1. Sigara bıraktırma yönetiminde hekimin rolü ve 5A yaklaşımı	6
2.6.2. Bırakma zorluğu	7
2.6.3. Nüksetme.....	7
2.6.4. Tedavi.....	8
2.6.5. Tedavi takibinin planlaması	9
3. GEREÇ ve YÖNTEM	11
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	11
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	11

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM.....	11
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ.....	11
3.5. ARAŞTIRMADA DIŞLAMA KRİTERLERİ	11
3.6. VERİ TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	12
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	13
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	13
4. BULGULAR.....	14
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
KAYNAKLAR	37
EKLER	
EK 1: SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ İLK BAŞVURU FORMU	
EK 2: FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ (FTND)	
EK 3: ÇALIŞMA SONU DEĞERLENDİRME FORMU	
EK 4: SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN DANIŞANLARIN KISA MESAJ VEYA EĞİTİCİ - UYARICI VİDEOLARLA DESTEKLENMESİNİN TEDAVİ BAŞARILARINA ETKİSİ	
EK 5: GÖNDERİLECEK VİDEOLARIN İNTERNET ADRESLERİ	
EK 6: GÖNDERİLECEK MESAJLARIN METİNLERİ	
EK 7: ETİK KURUL ONAY FORMU	
EK 8: İNTİHAL RAPORU	

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
FCTC	: Framework Convention on Tobacco Control
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
HDL	: High Density Lipoprotein
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
Maks	: Maksimum
Min	: Minimum
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
Ort	: Ortalama
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Ss	: Standart Sapma

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları.	14
Tablo 4.2. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları.	15
Tablo 4.3. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları.	16
Tablo 4.4. Gruplara göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması.	17
Tablo 4.5. Gruplara göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması.	18
Tablo 4.6. Gruplara göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması.	19
Tablo 4.7. Sigara bırakma üzerine etkili risk faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmeleri (n=67).	21
Tablo 4.8. Deney grubunda sigara bırakma üzerine etkili risk faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmeleri (n=31).	24
Tablo 4.9. Kontrol grubunda sigara bırakma üzerine etkili risk faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmeleri (n=36).	27
Tablo 4.10. Sigara bırakma başarısının değişkenlere göre karşılaştırılması.	29

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Gruplarda medeni durumların dağılımı.	18
Şekil 4.2. Gruplarda sigarayı bırakmayı deneme durumlarının dağılımı.....	19
Şekil 4.3.. Gruplarda fagerström nikotin bağımlılık testi puan sınıflarının dağılımı.	20



ÖZET

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN DANIŞANLARIN KISA MESAJ VEYA EĞİTİCİ-UYARICI VİDEOLARLA DESTEKLENMESİNİN TEDAVİ BAŞARILARINA ETKİSİ

Tütün ürünleri ve özellikle Sigara; dünyada yılda 8 milyondan fazla kişiyi ölüme sürükleyen bağımlılık yapıcı maddelerdir. Bugün hiç sigara içmediği halde Sigara dumanına maruz kalma sonucu oluşan rahatsızlıklar nedeniyle ölenlerle birlikte bu sayı daha da artmaktadır. Tehlikenin farkında olan sigara kullanıcılarının çoğu, sigara bağımlılığından kurtulmak istemektedir. Bu noktada, danışmanlık hizmetleri ve ilaç tedavisi, sigara bırakma şansını iki katından fazla artırabilir. Dünyadaki toplam nüfusun üçte birini oluşturan 32 farklı ülkede, sigara bağımlılarının bu bağımlılıktan kurtulmalarına yönelik ulusal kapsamlı sigara bıraktırma hizmetleri sunulmaktadır. Bu çalışma, sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların motive edici içerikli kısa mesaj ve eğitici-uyarıcı videolarla desteklenmesinin tedaviye uyum ve başarılarına etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Araştırma deneysel bir çalışma olup, randomize-kontrollü bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışmanın evrenini Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde sigara bıraktırma polikliniklerine başvuran bireyler oluşturmuştur. Çalışmada veri toplamak amacıyla “Sigara Bıraktırma Polikliniği İlk Başvuru Formu” ve “Çalışma Sonu Değerlendirme Formu” olmak üzere iki farklı anket formu kullanıldı. Anket formları oluşturulurken literatürden yararlanıldı. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 26 (*Statistical Package for the Social Sciences*) programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test ve Box Plot grafiklerden yararlanıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel iki grup değerlendirmelerinde Student t-test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki gruba göre değerlendirmelerinde Mann Whitney-U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare test, Fisher’s Exact test ve Fisher Freeman Halton test kullanıldı. Sigara bırakma başarısı üzerine etki eden risk faktörlerini belirlemek üzere

Lojistik regresyon analizi yapıldı. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Katılımcıların sigara başlama yaşları 10 ile 53 yaş arasında değişmekte olup; ortalaması $19,42\pm6,4$ yaştır. Katılımcıların sigara içme süreleri 3 ile 55 yıl arasında değişmekte olup; ortalaması $22,25\pm12,54$ yıldır. Katılımcıların günde içtikleri sigaralar 5 ile 60 adet arasında değişmekte olup; ortalaması $22,25\pm12,54$ yıldır. Katılımcıların %76,9’u ($n=70$) daha önce sigarayı bırakmayı denedikleri görülmüştür. Fagerström nikotin bağımlılık testi puanında çok yüksek bağımlı olanlar referans alındığında çok az bağımlı olanların sigara bırakma başarısı 10.485 kat fazladır. Yaş arttıkça sigara bırakma başarısı 0,926 kat azaltmaktadır. Sigara bırakma başarısına göre katılımcıların grupları, medeni durumları, daha önce sigara bırakmayı deneme oranları ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan skalası, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışmanın sonuçlarına göre bir aylık müdahale sürecinde, kısa mesaj vasıtasıyla motivasyonel mesajlar ve eğitici-uyarıcı videolar gönderilmesinin sigara bıraktırma tedavisine uyum açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür. Gelecekte daha büyük örneklem grubu ve daha uzun süreli takibi içeren farmakoterapi harici müdahale çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Sigara Bırakma Tedavisi, Kısa mesaj müdahalesi, eğitici-uyarıcı video, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

ABSTRACT

CLIENTS WHO APPLY TO THE SMOKING CESSATION POLICY CLINIC SHOULD SEND A TEXT MESSAGE OR SUPPORTING IT WITH EDUCATIONAL-WARNING VIDEOS EFFECT ON TREATMENT SUCCESS

Tobacco products and especially cigarettes; They are addictive substances that lead to the death of more than 8 million people a year in the world. Today, this number is increasing with the number of people dying due to diseases caused by exposure to cigarette smoke, even though they have never smoked. Most smokers who are aware of the danger want to get rid of cigarette addiction. At this point, counseling services and medication can more than double the chances of quitting smoking. In 32 different countries, which constitute one-third of the world's total population, national comprehensive smoking cessation services are offered to smokers to help them get rid of this addiction. This study aims to evaluate the effect of supporting patients applying to the smoking cessation clinic with motivational text messages and educational-stimulating videos on their compliance and success with treatment.

The research is an experimental study and was designed as a randomized-controlled study. The population of the study was prepared by Göztepe Prof. Dr. It consisted of individuals who applied to smoking cessation clinics at Süleyman Yalçın City Hospital. Two different survey forms were used to collect data in the study: "Smoking Cessation Polyclinic Initial Application Form" and "End-of-Study Evaluation Form". Literature was used while creating the survey forms. While evaluating the findings obtained in the study, SPSS 26 (Statistical Package for the Social Sciences) program was used for statistical analysis. Shapiro Wilks test and Box Plot graphics were used to evaluate the suitability of the data for normal distribution. Student's t-test was used for quantitative evaluations of two normally distributed groups. Mann Whitney-U test was used to evaluate variables that did not show normal distribution according to two groups. Chi-Square test, Fisher's Exact test and Fisher Freeman Halton test were used to compare qualitative data. Logistic regression analysis was

performed to determine the risk factors affecting smoking cessation success. The results were evaluated at the 95% confidence interval and the significance level was $p < 0.05$.

The age at which the participants started smoking ranged from 10 to 53 years old; The average age is 19.42 ± 6.4 years. The smoking duration of the participants varies between 3 and 55 years; The average is 22.25 ± 12.54 years. The cigarettes smoked by the participants per day ranged from 5 to 60; The average is 22.25 ± 12.54 years. It was observed that 76.9% ($n=70$) of the participants had tried to quit smoking before. When those with very high Fagerström nicotine addiction test scores are taken as a reference, the success of quitting smoking is 10.485 times higher for those who are less addicted. As age increases, success in quitting smoking decreases by 0.926 times. According to the success of quitting smoking, the groups of the participants, their marital status, the rate of trying to quit smoking before and the Fagerström Nicotine Dependency Test score scale do not show a statistically significant difference ($p > 0.05$).

According to the results of the study, it was observed that sending motivational messages and educational-stimulating videos via text message did not make a significant difference in terms of compliance with smoking cessation treatment during the one-month intervention period. In the future, there is a need to conduct intervention studies other than pharmacotherapy that include a larger sample group and longer follow-up.

Keywords: Smoking, Smoking Cessation Treatment, Text message intervention, educational-stimulatory video, Fagerström Nicotine Dependency Test

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tütün ürünleri ve özellikle Sigara; dünyada yılda 8 milyondan fazla kişiyi ölüme sürükleyen bağımlılık yapıcı maddelerdir. Bugün hiç sigara içmediği halde Sigara dumanına maruz kalma sonucu oluşan rahatsızlıklar nedeniyle ölenlerle birlikte bu sayı daha da artmaktadır.

Tütün kullanımının sağlık üzerindeki etkileri çeşitli hastalıklara ve ölümlere neden olmaktadır. Kalp ve damar hastalıkları, akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi ciddi sağlık sorunları tütün kullanımıyla ilişkilidir. Sindirim sistemi hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, nöro-psikiyatrik sorunlar gibi çeşitli sağlık sorunları da tütün kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Tütün bağımlılığıyla mücadele, sağlıklı bir toplum için önemli bir hedef olarak ele alınmalıdır (1).

Tehlikenin farkında olan sigara kullanıcılarının çoğu, sigara bağımlılığından kurtulmak istemektedir. Bu noktada, danışmanlık hizmetleri ve ilaç tedavisi, sigara bırakma şansını iki katından fazla artırabilir. Dünyadaki toplam nüfusun üçte birini oluşturan 32 farklı ülkede, sigara bağımlılarının bu bağımlılıktan kurtulmalarına yönelik ulusal kapsamlı sigara bıraktırma hizmetleri sunulmaktadır (2).

Aynı zamanda, küresel ekonomiye her yıl 1,4 trilyon Amerika Birleşik Devletleri(ABD) dolarına mal olan bu bağımlılıkla mücadele etmede günümüz dünyasında sıkça kullanılan iletişim araçları da kullanılabilir. İletişim araçlarının kullanımının hastaların tedaviye uyumunu artırabileceği öngörülmektedir. İran'da 2016 yılında yayınlanan bir sistemik derleme, kronik hastalıklar nedeniyle takip edilen hastalarda kısa mesaj yoluyla yapılan hatırlatmaların tedaviye uyumu artırdığını gösteren çalışmalara işaret etmektedir (3).

Bu çalışma, sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların motive edici içerikli kısa mesaj ve eğitici-uyarıcı videolarla desteklenmesinin tedaviye uyum ve başarılarına etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN HAKKINDA TEMEL BİLGİLER

Tütün(nicotiana), taksonomide Patlıcangiller (solanacea) ailesine mensup olan bir bitki cinsidir. Nicotiana cinsinin en çok bilinen ve yaygın olarak kullanılan türleri Nicotiana Tabacum ve Nicotiana Rustica'dır (4). Başta Sigara olmak üzere tütün ürünlerinde bu iki tür kullanılmaktadır.

Keyif veren ve Güçlü şekilde bağımlılık oluşturan bir madde olan Nikotin, tütünü diğer bitkilerden ayırmaktadır (5).

2.2. TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

Tütün bitkisinin Amerika kıtasında M.Ö. 6000'de ilk kez tarımının yapıldığına dair tarih öncesine uzanan bilgiler bulunmaktadır (6, 7). Jean Nicot'un 1559'da Fransız Kraliçesi'ne tütünün sağlık faydalarını anlatması, tütünün erken dönemde sağlık amaçlı kullanımına örnek teşkil etmektedir (6). Avrupa ve Akdeniz ülkeleri, Amerika kıtasındaki sömürgelerinde tütün ticaretini teşvik ederek gelir elde etmişlerdir. Tütün kullanımı, tarih boyunca çeşitlenmiş ve endüstrileşmiştir (8). İstanbul'a tütünün gelişi, Osmanlı İmparatorluğu'nda tütün üretiminin artmasına neden olmuş, ancak zamanla dini ve siyasi anlaşmazlıklara yol açmıştır (9). Osmanlı'da tütün politikaları değişmiş, vergiler eklenmiş ve 1862'de tütün tekel olarak işletilmeye başlanmıştır (7). Kırım Savaşı ve II. Dünya Savaşı dönemlerinde tütün ve sigaranın önemi artmış, özellikle savaş sonrasında sigara endüstrisinin gelişimine zemin hazırlanmıştır (8). Osmanlı döneminden günümüze tütün üretiminde dalgalı bir seyir yaşanmış, devlet tekeli sona ermiş ve uluslararası şirketlerin pazara girişi teşvik edilmiştir. Ancak, sağlık bilinci arttıkça tütün tüketiminde azalma gözlemlenmiştir (10).

2.3. TÜTÜN KULLANIMININ EPİDEMİYOLOJİSİ

2.3.1. Türkiye’de tütün kullanımı ile ilgili veriler

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 raporda sunulan veriler, aşağıda belirtilen alt başlıklar altında detaylı bir şekilde açıklanmıştır (11).

2.3.2. Tütün kullanımı ile ilgili veriler

2017 itibarıyla Türkiye’de tütün kullanım oranı %31,5 olarak kaydedilmiştir. (Erkekler %43,4; Kadınlar %19,7). Kişilerin günlük ortalama sigara tüketimi 15,5 adet olarak kaydedilmiştir. (Erkekler 16,8; Kadınlar 12,7). Günlük tütün ürünü kullanan bireylerin, tütün ürünü içmeye başlama yaşı ortalama 18,1 yıldır (Erkekler 17,2 yaş; Kadınlar 20,2 yaş) (11).

2.3.3. Tütün kullanmayı bırakma ile ilgili veriler

Son 12 ay içinde tütün içmeyi bırakma çabasında olan tütün kullanıcılarının oranı %27,4’tür. (Erkekler %29,4; Kadınlar %23,0). Halen tütün kullanan bireyler arasında, son 12 ay içinde doktor veya sağlık profesyoneli tarafından tütün içmeyi bırakmaları konusunda öneri alanların oranı %22,3’tür (Erkekler %21,2; Kadınlar %24,7) (11).

2.4. SİGARANIN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Tütün, dünya çapında yayılması yaklaşık bir yüzyıl süren bir süreç yaşamış olabilir ancak modern iletişim sayesinde tütün kullanımının tehlikeleri çok daha hızlı bir şekilde yayıldı. 1930’ların sonları ve 1940’ların başlarında Almanya’da yürütülen ve Wynder ve Graham ile Doll ve Hill’in 1950’deki yayınlarına kadar uzanan bir dizi çalışma, tütün kullanımının insanlarda ölüm ve hastalığa neden olduğunu bilimsel olarak belgeleyerek bu konuda açık bir dönüm noktasını işaret etti (12-14).

Ardından, 1962 ve 1964’te ortaya çıkan iki önemli belge; İngiltere’deki Kraliyet Hekimler Koleji Raporu ve ABD’deki Halk Sağlığı Hizmeti Genel Cerrahi Danışma Komitesi Raporu, tütün kullanımı ile hastalıklar arasındaki nedensel ilişkiyi kesin olarak belgeledi. Tütün endüstrisinin dışında neredeyse herkes tarafından kabul gören bu belgeler, tütün kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini net bir şekilde ortaya koymuştur (15, 16).

2.4.1. Sigaranın ağız ve diş sağlığı üzerine etkileri

Sigara içenlerde periodontal hastalık sık aralıklarla ve şiddetli bir şekilde gelişir. Nikotin, tütün ürünlerinin yaygın bileşeni olup yumuşak dokuları tahriş eder ve tükürükte düşük seviyede bulunur (17).

Nikotin, sempatik sinir sistemini aktive ederek ağız kuruluşuna neden olur (18).

Sigara, periferik kandaki lökositlerin işlevini azaltarak periodontal dokulara sistemik etki yapar. Ayrıca, sigara içenlerde immünoglobulin G2 seviyelerinde azalma görülür (19).

Nikotin, kan akımını değiştirerek gingival sıvı akışını etkiler ve periodontal dokuların kronik hipoksiye uğramasına neden olabilir (20).

Sigara içindeki karsinogenler ve nikotin periodontal dokularda ağır metal birikimine neden olabilir (21).

Diyabetle birlikte sigara içimi, periodontal hastalığın klinik belirtilerinde artışa yol açar (22).

Sigara içenlerde, periodontal tedavi sonrasında görülen doku adaptasyonu ve iyileşme, içmeyenlere göre daha zayıf olabilir. Bu nedenle, sigara içimi, periodontal tedavi başarısını olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktördür (20).

2.4.2. Sigara ve kanser ilişkisi

Sigara içimi ile kanser arasındaki ilişki geçtiğimiz yüzyılın ortalarında ortaya çıkmış ve akciğer kanseri başta olmak üzere birçok kanser türünde de aynı ilişkinin olduğu belirlenmiştir. İlk gözlemler, akciğer kanserine yakalanan hastaların büyük çoğunluğunun sigara içenler olduğunu göstermiş, yapılan bilimsel çalışmalarda bu ilişki doğrulanmıştır. Yapılan uzun vadeli izlemlerde, sigara içenlerde akciğer kanseri riskinin sigara içmeyenlere göre önemli ölçüde arttığı tespit edilmiştir. Özellikle günlük içilen sigara miktarın artması, akciğer kanseri nedeniyle ölüm riskini daha da artırmaktadır (14).

Sigara içmenin kanserle ilişkisi, öncelikle akciğer kanseriyle bağlantılı olarak bilinse de sonraki araştırmalar sigara içenlerde bir dizi kanser türünün görülme sıklığının arttığını göstermiştir. Bu kanserler arasında gırtlak, ağız boşluğu-yutak, mide, barsak, kan, pankreas, mesane, meme, rahim gibi çeşitli organlarda kanserler bulunmaktadır. Sigara dumanında bulunan kanser yapıcı kimyasal maddelerin, vücutta doğrudan temas ettiği organlarda kanser oluşturduğu bilinmektedir. Tütün kullanımına bağlı kanser türleri arasında en belirgin olanı akciğer kanseridir ve bu kanserin yüzde 85-90'ı tütün kullanımına bağlıdır. Gırtlak kanseri, ağız boşluğu-yutak kanserleri, dudak kanseri, yemek borusu kanseri, mide kanseri, kalın

barsak kanseri, pankreas kanseri, meme kanseri, mesane ve böbrek kanserleri, serviks kanseri, lösemi, yumurtalık kanseri gibi kanser türlerinde de sigara içmenin etkisi vardır. Sigara dumanında bulunan kimyasal maddeler, kan yoluyla organlara ulaşarak çeşitli kanser türlerinin oluşumuna neden olabilmektedir (16).

2.4.3. Sigara ve kardiyovasküler hastalıklar

Sigara içmek, kardiyovasküler hastalıkların (KVH) önemli bir nedenidir. ABD'de sigara kullanımı, KVH'den kaynaklanan ölümlerin %33'ünü ve 35 yaşından büyük bireylerde iskemik kalp hastalığından kaynaklanan ölümlerin %20'sini oluşturmuştur (23).

Sigara içmek aynı zamanda glikoz intoleransı ve serum yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol (HDLc) seviyesini düşmesi gibi diğer kardiyovasküler risk faktörlerini etkileyerek KVH riskini artırır. Ancak yapılan çalışmalara göre, sigara içmeye bağlı risk, sigara içenlerle içmeyenler arasındaki diğer risk faktörlerindeki farklılıklar düzeltilse bile devam etmektedir (24).

Sigara içmenin hastalığa sebep olma mekanizmaları arasında damar lümeninin daralmasıyla aterosklerotik değişikliklerin gelişimi ve akut tromboz riskini artıran hiperkoagulabilite durumunun gelişmesi bulunmaktadır (25). Ayrıca, birçok kanıt, sigaranın aterosklerotik plak oluşumuna katkıda bulunduğunu göstermektedir (26).

2.4.4. Sigara ve solunum yolu hastalıkları

Sigara dumanı, içerdiği zararlı maddelerle solunum yollarındaki hücrelere doğrudan zarar verir ve enfeksiyonlara karşı hassasiyeti artırır. Sigara kullanan bireylerde, bronşit, pnömoni gibi solunum yolu hastalıkları daha sık görülür. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOAH) temel nedenlerinden biri ise sigara kullanımıdır. KOAH'a bağlı ölümlerin büyük çoğunluğu sigaraya bağlanmaktadır. Ayrıca, sigara dumanının astım hastalarının nöbet geçirme sıklığını artırdığı bilinmektedir (27).

2.5. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE TÜTÜN KONTROL POLİTİKALARI

Tütün, 20. yüzyılın başlarından itibaren hem ekonomik bir nimet hem de sağlık açısından ciddi bir tehdit olarak değerlendirilen karmaşık bir madde olmuştur. Bilimsel araştırmaların tütünün sağlık üzerindeki gerçek etkilerini ortaya koymasıyla birlikte, tütün kontrol politikaları dünya genelinde şekillenmiştir (28, 29).

Endüstrileşmiş ülkelerde başarıyla uygulanan tütün kontrol çabalarına rağmen düşük ve orta gelirli ülkelerde tütün kullanımı hâlâ endişe verici seviyelerde devam etmektedir (28, 29)

Küresel düzeyde etkili bir çerçeve oluşturan Dünya Sağlık Örgütü'nün Etkili Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (FCTC) gibi kaynaklar, düşük gelirli ülkelerin tütünle mücadelede stratejik adımlar atmasına yardımcı olmaktadır (30).

Türkiye’de tütün kontrol politikaları tarihsel olarak devlet kontrolünden özel sektör etkisine evrilmiş ve 1996'da kabul edilen kapsamlı yasayla çeşitli önlemleri içermiştir. Ancak, tütün endüstrisinin etkisi ve sağlık sorunlarına karşı devam eden mücadele, tütün kontrolü konusundaki çabaların devamını gerektirmektedir. (31).

2.6. ERİŞKİNLERDE SİGARA BIRAKTIRMA YÖNETİMİ

2.6.1. Sigara bıraktırma yönetiminde hekimin rolü ve 5A yaklaşımı

Hekimin dahil olması, hastanın sigarayı başarıyla bıraktırma olasılığını artırır. Amaç, düzenli olarak tütün ürünleri kullanan bireyleri tanımlamak ve onlara bırakmalarına yardımcı olacak kanıta dayalı destek sunmaktır.

5A Yaklaşımı — Hekimin rolü, tüm hastaların sigara içme durumunu belgelemek ve tütün kullanan bireylere tütün kullanımını bırakmaları konusunda net tavsiyelerde bulunmak, onları farmakolojik ve davranışsal tedavi seçenekleriyle buluşturmak ve gelecekteki ziyaretlerde takip sağlamaktır. Sigarayı bırakma girişiminde bulunmaya hazır olmayan bireyler için hekim motivasyonel görüşmeler yapabilir ve hastanın sigara kullanmayı bırakmaya hazır olmadan önce farmakoterapiyi başlatma gibi zararı en aza indirme stratejileri uygulayabilir. Bu stratejinin bileşenlerine rehberlik eden beş adımlı bir tedavi çerçevesi bu stratejinin unsurlarına rehberlik eder (32-37).

- 1) Tütün Kullanımı ve Maruziyeti Hakkında Bilgi Alın (Ask)
- 2) Sigarayı Bırakmayı Tavsiye Edin (Advise)
- 3) Bırakmaya Hazır Olup Olmadığını Değerlendirin (Assess)
- 4) Sigara Bırakmaya Hazır Olanlara Yardım Edin (Assist)
- 5) Kontrol Randevusu Düzenleyin (Arrange)

Sigara içmeyi bırakan hastaların her görüşmede, özellikle de çoğu nüksün yaşandığı ilk üç ayda, nüks önleme ele alınmalıdır. Takip ziyaretlerinde hastayı tebrik etmek, devam eden sigara içmeme hâli konusunda cesaretlendirmek, karşılaşılan sorunları belirlemek, ilaç kullanımını değerlendirmek ve ek destek kaynakları hakkında bilgilendirmek önemlidir.

Yeni yan etkileri ve sigara içme durumunu değerlendirmek amacıyla üç ayda bir ve bir yıl sonra takip planlanmalı ve gerekirse daha sık yapılmalıdır. Sigarayı bırakma konusunda başarılı hastaların birkaç yıl boyunca yüksek nüks riski altında olduğu göz önüne alındığında, takip ziyaretleri birkaç yıl boyunca devam etmelidir. İdeal olarak, farmakoterapi en az üç ay boyunca devam etmeli ve hastalar nüks yaşamayacaklarına emin olana kadar sürdürülmelidir. Başarılı bir şekilde sigarayı bırakmış bireylerde, 12 haftada tedavi sonlandırılmasına rağmen, ekstra 12 hafta veya daha uzun süre devam ederek nüks önlenabilir. Bununla birlikte, farmakoterapinin uzun süreli kullanımının spesifik davranışsal müdahalelerle nüksü önlemede etkili olup olmadığı konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır. 2019'da yapılan bir sistematik inceleme, nüksü önlemek için yapılan 81 çalışmayı değerlendirmiş ve belirli davranışsal müdahalelerin kullanımını destekleyecek yeterli kanıt olmadığını belirtmiştir (38).

2.6.2. Bırakma zorluğu

Eğer hasta sigarayı bırakma tarihinde bırakmak konusunda başarılı olamazsa, hekim sorunları çözmek, bir sonraki deneme için çözümler bulmak ve gerektiğinde farmakoterapiyi yeniden düzenlemek, davranışsal müdahaleleri güçlendirmek gibi adımlar atabilir. İlk basamak farmakoterapisinde başarısız olanlar ikinci basamak farmakoterapiden fayda sağlayabilir. Hekim, hastanın bırakma deneyimini, özellikle bırakma tarihinden sonraki ilk sigara içilen durumları incelemelidir. Hastanın neden başarısız olduğunu anlamak, özellikle nikotin yoksunluğu belirtileriyle başa çıkma becerisi kazandırılması açısından önemlidir. Hastanın nikotine yüksek bağımlılığı, düşük özgüven veya az sosyal destek, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar gibi faktörleri ele almak önemlidir. İlaçların doğru kullanılmaması veya nikotin ürünlerinin yanlış kullanılması gibi konular önceden ele alınmalıdır. Bu konular çözüldükten sonra bir sonraki bırakma tarihi belirlenebilir. Hastaların bırakma tarihine uymamaları motivasyon eksikliğine neden olabilir. Ancak hekim hastanın sigara içmekten kaçındığı zamanlar gibi küçük olumlu adımlara dikkat çekerek, hastaların bunu kısmi bir başarı olarak değerlendirmelerine yardımcı olabilir (39).

2.6.3. Nüksetme

Sigara içiminin nüksetmesini takiben hastalar, gelişmiş davranışsal danışmanlık, farmakoterapi veya her ikisiyle birlikte sigarayı bırakmak için yeni bir girişimde bulunmaya teşvik edilmelidir. Nükseden hastalar genellikle yetersiz davranışsal destek almış, güçlü yoksunluk semptomları göstermiş, kilo alma veya motivasyon eksikliğine neden olan depresyon semptomları göstermiş olabilirler (32).

Hastalara, sigara içenlerin çoğunun kalıcı olarak bırakmadan önce birden fazla sigara bırakma denemesine ihtiyaç duyduğu hatırlatılmalıdır (38).

Nikotine aşırı derecede bağımlı olan veya birden fazla başarısız girişimde bulunmuş bir sigara içicisi için yüz yüze yapılan sigara bıraktırma odaklı davranışsal danışmanlık desteği tavsiye edilir. Farmakoterapi kullanımında, daha önce etkili olan ilaçlar tekrar önerilirken, başarısızlık durumunda farklı bir farmakoterapi seçilir ve bu davranışsal destekle birleştirilir (40).

Sigarayı bırakmaya hazır olmayan hastalar için motivasyonel görüşme, duyguları, inançları ve değerleri keşfederek mevcut davranışları ile geniş hedefler arasındaki uyumsuzluğu ele alabilir. Ayrıca, farmakoterapi kullanarak sigarayı azaltma isteği gösteren hastalara destek sağlanabilir. Motivasyonel görüşme teknikleri, değişim için içsel motivasyon oluşturmayı ve kararsızlığı gidermeyi amaçlar. "5 R" modeli ise sigarayı bırakmak istemeyen hastalar için kullanışlı olabilir, bu modelde hastaların uygunluk, riskler, ödülleri, engeller ve tekrarlama konularıyla ilgili düşünceleri teşvik edilir (32).

Sigara içme nedenlerinin yeniden değerlendirilmesi ve sigaranın zararları hakkında bilgi verilmesi de motivasyonel görüşme sürecini destekleyen stratejiler arasında yer alır. Motivasyonel görüşmenin etkililiği konusunda ise henüz belirsizlik bulunmaktadır (41).

2.6.4. Tedavi

Sigara içen her bireye sigarayı bırakması önerilmelidir (42). Sigarayı bırakma isteği değerlendirildikten sonra, bırakmaya hazır olanlara davranışsal destek ve farmakolojik tedavinin kombinasyonu önerilir, bu yaklaşım daha yüksek bırakma oranları sağlar (43). Sigarayı bırakmayı düşünen ancak henüz hazır olmayan bireylere, tütün kullanımını tamamen bırakmaya hazır olana kadar beklemek yerine, farmakoterapiye başlama seçeneğinin sunulması önerilir (44).

Başlangıç tedavisi seçimi- Sigara bıraktırma için birinci basamak farmakoterapiler nikotin replasman tedavisi (NRT), vareniklin ve bupropionu içerir. Bu tedaviler nikotin yoksunluğu semptomlarını azaltmayı ve böylece sigara kullanmayı bırakmayı kolaylaştırmayı amaçlamaktadır (45). Genel popülasyon için, tedaviler arasındaki seçim, komorbiditeleri veya belirli ilaçlara karşı kontrendikasyonları olan hastalar için istisnalar dışında, büyük ölçüde hasta tercihine dayanmaktadır (46).

Vareniklin veya NRT kombinasyonu- Hem vareniklin hem de NRT kombinasyonu benzer şekilde etkili görüldüğünden, ilk basamak farmakolojik tedavi olarak genellikle vareniklin veya iki nikotin replasman ürünü kombinasyonu (bir bant ile sakız veya pastil gibi

kısa etkili bir form) ile tedavi önerilir. Bunlar arasındaki seçim, klinik karar verme sürecinden sonra hastanın tercihine bağlıdır (47).

NRT Kombinasyonu- Nikotin bandı (NRT'nin uzun etkili bir formu) ve hastanın seçtiği kısa etkili bir NRT formundan (yani nikotin sakızı veya pastil) oluşur. Bant, 24 saat boyunca yoksunluk semptomlarının giderilmesini sağlar. Kısa etkili nikotin ürünü, sigara içme isteği ataklarını veya diğer yoksunluk semptomlarını kontrol etmek için gerektiğinde eklenir. NRT kombinasyonu, daha etkili olduğu için tek tip NRT'ye tercih edilir. Bununla birlikte, bazı hastalar maliyet, yan etki profilleri ve hasta tercihine bağlı olarak tek tip NRT'yi tercih edebilir (43).

Vareniklin- Çalışmalar vareniklin ve NRT kombinasyonunun benzer etkinliğe sahip olduğunu göstermektedir. Vareniklin; bupropion ve tek ajan NRT dahil olmak üzere sigara bırakma için diğer farmakoterapilerden üstün görünmektedir (47).

Vareniklin ve nikotin bandı ile kombinasyon tedavisi- Vareniklin ve nikotin bandının kombine edilmesi de başlangıç tedavisinin bir seçeneğidir, çünkü bu tek başına varenikline kıyasla sigara yoksunluğunu artırabilir. Bu kombinasyon genellikle bir tedavi kullanmasına rağmen sigara içmeye devam eden, özellikle motivasyonu yüksek ve potansiyel yan etki riskini tolere etmeye istekli bireylere önerilir (44, 48).

Bupropion- Bupropion, vareniklin veya NRT kombinasyonundan daha az etkili görünmektedir (49). Bununla birlikte, daha önceki bir bırakma girişiminde kısa süreli başarı elde etmiş, eşlik eden depresyonu olan veya bırakma sonrası kilo alımını en aza indirmek isteyen kişiler için makul bir seçimdir (43, 50). Bupropion, nöbet geçirme öyküsü veya nöbetlere yatkınlığı olan hastalarda kontraendikedir (51).

2.6.5. Tedavi takibinin planlaması

İlk ajanın kullanımına rağmen 4 ila 6 hafta içinde cevap alınamıyorsa, farklı bir ilaca geçilmelidir. İlk ilaca kısmi yanıt veren hastalar için, doz artırma, kısa etkili nikotin replasman terapisi eklenmesi veya kombinasyon farmakoterapisi gibi seçenekler değerlendirilmelidir. Kombinasyon tedavisi, genellikle monoterapidenden daha etkili olabilir, ancak daha fazla yan etkiye ve maliyete neden olabilir. Vareniklin ve nikotin yaması kombinasyonu, sadece vareniklin kullanımına göre daha yüksek sigara bırakma oranlarına yol açabilir, ancak daha fazla yan etkiye neden olabilir. Vareniklin ve bupropion kombinasyonu, vareniklin kullanımına göre daha etkili olabilir. Bupropion ve nikotin replasman terapisi kombinasyonu, nikotin replasman terapisi tek başına kullanıldığında daha yüksek bırakma oranlarına işaret edebilir (52).

Genel olarak, sigara bıraktırma farmakoterapisi en az üç ay süreyle verilir, ancak hastanın tepkisi ve tercihi daha uzun tedavi sürelerini belirleyebilir (53).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma deneysel bir çalışma olup, randomize-kontrollü bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Çalışma, Ekim 2023 - Ocak 2024 tarihlerinde Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Çalışma Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nde sigara bıraktırma polikliniklerinde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde sigara bıraktırma polikliniklerine başvuran bireyler oluşturmuştur.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ

- 18 yaş üzerinde olmak
- Aktif sigara içicisi olmak
- Sigara Bıraktırma için Farmakolojik Tedavi başlanacak olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Okur-yazar olmak
- Kendisine ait Akıllı Cep Telefonu kullanıyor olmak
- Gönderilen kısa mesaj veya videolara erişebilecek olmak

3.5. ARAŞTIRMADA DIŞLAMA KRİTERLERİ

- 18 yaş altı kişiler
- Çalışmaya dahil olmayı reddeden bireyler
- Kendisine ait Cep Telefonu kullanıyor olmamak
- Gönderilen kısa mesaj veya videolara erişemeyecek olmak

3.6. VERİ TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma için gönüllüler Ekim 2023'te kabul edilmeye başlandı. Kasım 2023'te yeterli sayıya ulaşılması neticesinde çalışmaya gönüllü dahil edilmesi durduruldu. Hastalar Exel aracılığıyla iki gruba randomize edildi. Rutinde poliklinik kontrolleri devam etti. Kasım 2023'ten Aralık 2023'e kadar kısa mesaj aracılığıyla bir grup gönüllüye 1 ay boyunca haftanın 4 günü motivasyon içerikli mesaj, haftanın iki günü ise eğitici-uyarıcı içerikli video linkleri gönderildi. Aralık 2023'te 1 aylık süreç tamamlandı ve Ocak 2024'e kadar gönüllülere verdikleri cep telefonu numarası aracılığıyla ulaşılarak çalışma sonu değerlendirmesi yapıldı. Ocak 2024 itibariyle veri toplanması sona erdi. Çalışmaya katılan bireylere proje hakkında detaylı bilgi verildi ve gönüllü katılımları için onaylarını içeren bir onam formu sunuldu. Araştırma sürecinde, İyi Klinik Uygulama Rehberi ve Helsinki Bildirgesi'ndeki prensiplere tam uygunluk gösterildi. Katılımcılar, tamamen gönüllü bir temelde çalışmaya katıldılar ve çalışma kriterlerine uymayan bireyler çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmada veri toplamak amacıyla "Sigara Bıraktırma Polikliniği İlk Başvuru Formu" ve "Çalışma Sonu Değerlendirme Formu" olmak üzere iki farklı anket formu kullanıldı. Anket formları oluşturulurken literatürden yararlanıldı. Oluşturulan anket formlarından "Sigara Bıraktırma Polikliniği İlk Başvuru Formu" tüm Katılımcılar tarafından sigara bıraktırma polikliniği ziyareti esnasında bizzat dolduruldu. "Çalışma Sonu Değerlendirme Formu" ise araştırmacı tarafından gönüllülerin verdikleri cep telefon numaraları aranarak yapılan görüşmelerle dolduruldu.

"Sigara Bıraktırma Polikliniği İlk Başvuru Formu" 4 bölümden ve 20 sorudan oluşmaktadır. Formda Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde Aile Hekimliği ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı sigara bıraktırma polikliniklerine başvuran bireylerin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 6 adet, bireylerin kronik hastalıklarını ve sigara kullanım öyküsünü sorgulayan 7 adet, farmakoterapiyle ilgili 1 adet soru ve bireylerin sigara bağımlılık düzeylerini ölçen, 6 sorudan oluşan Fagerström nikotin bağımlılık testi bulunmaktadır.

"Çalışma Sonu Değerlendirme Formu" ise Sigara bırakma durumu ile ilgili 2 adet, farmakoterapiyle ilgili 4 adet toplam 6 adet sorudan oluşmaktadır.

Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT): İlk kez 1978'de Fagerström, Fagerström Tolerans Testini önermiştir. Bu test 1991'de Heatherton ve ark. tarafından yeniden ele alınmış ve FBNT ortaya çıkmıştır. Testin Türkçe geçerliliği Uysal ve ark. tarafından

yapılmış ve orta derecede güvenilir bulunmuştur ve dikkat edilmesi gereken sorulara dikkat değinilmiştir (54).

Çalışmada Fagerström nikotin bağımlılık testi, çalışmaya dahil edilen gönüllülerin nikotin bağımlılığını ölçmek amacıyla kullanıldı. FNBT 6 sorudan oluşmaktadır, sorulara verilen cevapların her biri bir puana karşılık gelmektedir. Test sonucunda en yüksek 10, en düşük 0 puan alınmaktadır. 0-2 puan: Çok az bağımlı; 3-4 puan: Az bağımlı; 5 puan: Orta derecede bağımlı; 6-7 puan: Yüksek bağımlı; 8-10 puan: Çok yüksek bağımlı olarak değerlendirilmektedir.

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 26 (*Statistical Package for the Social Sciences*) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test ve Box Plot grafiklerden yararlanıldı.

Normal dağılım gösteren niceliksel iki grup değerlendirmelerinde Student t-test kullanıldı.

Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki gruba göre değerlendirmelerinde Mann Whitney-U test kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare test, Fisher's Exact test ve Fisher Freeman Halton test kullanıldı.

Sigara bırakma başarısı üzerine etki eden risk faktörlerini belirlemek üzere Lojistik regresyon analizi yapıldı.

Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Bu tez çalışmasının yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 11.10.2023 tarih ve 2023/0640 sayılı karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma Ekim 2023- Ocak 2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde %51,1'i (n=47) kadın, %48,9'u (n=45) erkek olmak üzere toplam 92 katılımcıyla yapılmıştır. Katılımcıların yaşları 18 ile 68 arasında değişmekte olup; ortalaması $43,01 \pm 13,40$ 'tır.

Tablo 4.1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları.

		n (%)
Cinsiyet	Kadın	47 (51,1)
	Erkek	45 (48,9)
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	43,01±13,40
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	45 (18-68)
Medeni Durum	Evli	56 (65,9)
	Bekar	29 (34,1)
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	0 (0)
	İlköğretim	20 (22,0)
	Lise	40 (44,0)
	≥Yüksekokul	31 (34,0)
Çalışma Durumu	Evet	41 (45,1)
	Hayır	50 (54,9)
Gelir Düzeyi	0-12000 ₺	41 (46,6)
	12000-20000 ₺	16 (18,2)
	20000-30000 ₺	16 (18,2)
	30000 ₺ ve üzeri	15 (17)
Grup	Deney Grubu	46 (50,0)
	Kontrol Grubu	46 (50,0)

Araştırmaya katılanların %65,9'unun (n=59) evli, %34,1'inin (n=29) bekar oldukları görülmüştür.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; %22'sinin (n=20) ilköğretim, %44'ünün (n=40) lise, %34'ünün (n=31) yüksekokul ve üzeri olduğu görülmüştür.

Katılımcıların %45,1'inin (n=41) çalıştıkları görülmüştür.

Araştırmaya katılan olguların gelir düzeyleri incelendiğinde; %46,6'sının (n=41) 0-12000 TL arasında, %18,2'sinin (n=16) 12000-20000 TL arasında, %18,2'sinin (n=16) 20000-30000 TL arasında, %17'si (n=15) 30000TL ve üzeri aldıkları görülmüştür.

Katılımcıların %50'si (n=46) deney, %50'si (n=46) kontrol grubundadır.

Tablo 4.2. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları.

		n (%)
Sigara başlama yaşı	<i>Ort±Ss</i>	19,42±6,47
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	18 (10-53)
Sigara içme süresi (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	22,25±12,54
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	20 (3-55)
İçilen sigara adeti (günde)	<i>Ort±Ss</i>	23,96±11,74
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	20 (5-60)
Alkol kullanımı	Yok	63 (69,2)
	Var	28 (30,8)
Madde kullanımı	Yok	91 (100)
	Var	0 (0)
Daha önce sigara kullanmayı bırakmayı denemiş mi?	Evet	70 (76,9)
	Hayır	21 (23,1)

Katılımcıların sigara başlama yaşları 10 ile 53 yaş arasında değişmekte olup; ortalaması 19,42±6,4 yaşdır.

Katılımcıların sigara içme süreleri 3 ile 55 yıl arasında değişmekte olup; ortalaması 22,25±12,54 yıldır.

Katılımcıların günde içtikleri sigaralar 5 ile 60 adet arasında değişmekte olup; ortalaması 22,25±12,54 yıldır.

Araştırmaya katılanların %30,8'inin (n=28) alkol kullandıkları görülmüştür.

Katılımcıların %76,9'u (n=70) daha önce sigarayı bırakmayı denedikleri görülmüştür.

Tablo 4.3. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları.

		n (%)
Fagerström Nikotin Bağımlılık testi puan skalası	0-2: Çok az bağımlılık	13 (14,1)
	3-4: Az bağımlılık	13 (14,1)
	5: Orta derecede bağımlılık	10 (10,9)
	6-7: Yüksek bağımlılık	28 (30,4)
	8-10: Çok yüksek bağımlılık	28 (30,4)
Başlanan Tedavi	Bupropion	37 (40,2)
	Nikotin Replasman Tedavisi	15 (16,3)
	Bupropion + Nikotin Replasman Tedavisi	40 (43,5)
Sigarayı Bıraktı mı? (n=67)	Evet	26 (38,8)
	Hayır	41 (61,2)
Sigarayı bırakanlar için; tedavinin hangi günü bıraktı	<i>Ort±Ss</i>	11,41±15,17
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	10 (0-60)
Hangi tedavi önerildi? (n=67)	Bupropion	30 (44,8)
	Nikotin Replasman Tedavisi	9 (13,4)
	Bupropion + Nikotin Replasman Tedavisi	23 (34,3)
	Önerilmedi	5 (7,5)
Hangi tedaviyi kullandınız? (n=67)	Bupropion	37 (55,2)
	Nikotin Replasman Tedavisi	6 (9)
	Bupropion + Nikotin Replasman Tedavisi	8 (11,9)
	Kullanmadım	16 (23,9)
İlaç tedavisi süresi (n=67)	<i>Ort±Ss</i>	18,52±18,28
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	11 (0-60)
Düzenli kullanım	Evet	43 (64,2)
	Hayır	8 (11,9)
	Hiç kullanmamış	16 (23,9)

Araştırmaya katılanların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan skalası incelendiğinde; %14,1'inin (n=13) çok az bağımlılık, %14,1'inin (n=13) az bağımlılık, %10,9'unun (n=10) orta derecede bağımlılık, %30,4'ünün (n=28) yüksek bağımlılık %30,4'ünün (n=28) çok yüksek bağımlılık olduğu görülmüştür.

Katılımcılara başlanan tedaviler incelendiğinde; %40,2'sinin (n=37) bupropion, %16,3'ünün (n=15) nikotin replasman tedavisi, %43,5'inin (n=40) bupropion+ nikotin replasman tedavisi aldıkları görülmüştür.

Katılımcıların %38,8'i (n=26) sigarayı bıraktıkları görülmüştür. Tedavinin ortalama 11,41±15,17 gününde bıraktıkları görülmüştür.

Katılımcılara önerilen tedaviler incelendiğinde; %44,8'inin (n=30) bupropion, %9'unun (n=6) nikotin replasman tedavisi, %11,9'unun (n=8) bupropion+ nikotin replasman tedavisi önerildiği görülmüştür.

Araştırmaya katılanların ilaçları kullanma süreleri 0 ile 60 gün arasında değişmekte olup; ortalaması 18,52±18,28 gündür.

Katılımcıların %64,2'sini (n=43) ilaçları düzenli kullandıkları görülmüştür.

Tablo 4.4. Gruplara göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması.

		Deney Grubu (n=46)	Kontrol Grubu (n=46)	p
Cinsiyet	Kadın	27 (58,7)	20 (43,5)	^a 0,211
	Erkek	19 (41,3)	26 (56,5)	
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	39,95±12,44	45,87±13,77	^b 0,059
Medeni Durum	Evli	22 (52,4)	34 (79,1)	^c 0,010*
	Bekar	20 (47,6)	9 (20,9)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	0 (0)	0 (0)	^a 0,176
	Lise	7 (15,6)	13 (28,3)	
	≥Yüksekokul	19 (42,2)	21 (45,7)	
Çalışma Durumu	Evet	19 (42,2)	12 (26,1)	^a 0,908
	Hayır	20 (44,4)	21 (45,7)	
Gelir Düzeyi	0-12000 ₺	25 (55,6)	25 (54,3)	^a 0,806
	12000-20000 ₺	20 (44,4)	21 (48,8)	
	20000-30000 ₺	8 (17,8)	8 (18,6)	
	30000 ₺ ve üzeri	10 (22,2)	6 (14)	

^aPearson Chi- Square Test

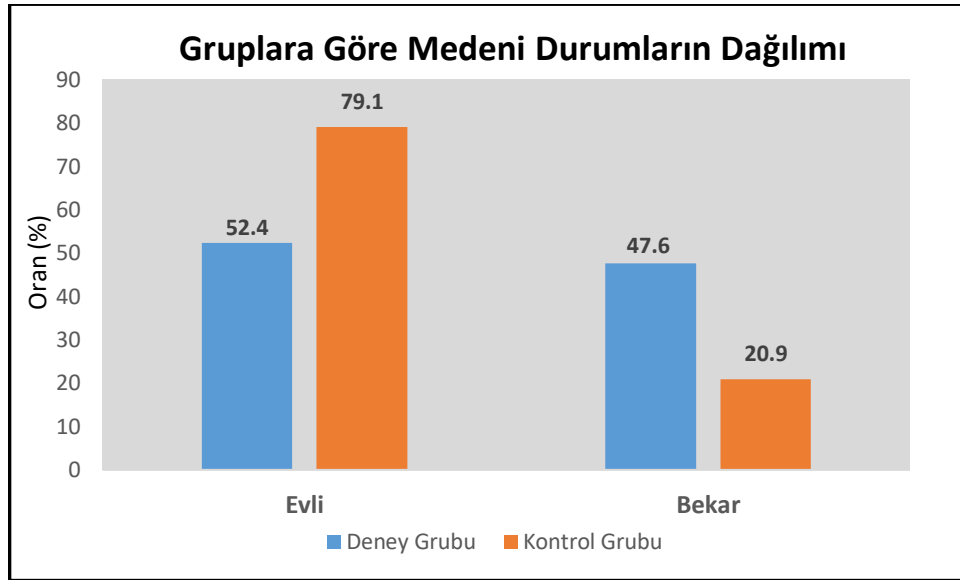
^bStudent-t Test

^cFisher Exact Test

*p<0,05

Gruplara göre katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, çalışma durumları, gelir düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Kontrol grubundaki olguların evli olma oranları deney grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır (p=0,010; p<0,05).



Şekil 4.1. Gruplarda medeni durumların dağılımı.

Tablo 4.5. Gruplara göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması.

		Deney Grubu (n=46)	Kontrol Grubu (n=46)	<i>p</i>
Sigara başlama yaşı	<i>Ort±Ss</i>	18,43±6,03	20,41±6,81	^b 0,144
Sigara içme süresi (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	19,87±11,17	24,63±13,47	^b 0,068
İçilen sigara adeti (günde)	<i>Ort±Ss</i>	24,56±12,8	23,37±10,70	^b 0,632
Alkol kullanımı	Yok	30 (65,2)	33 (73,3)	^a 0,402
	Var	16 (34,8)	12 (26,7)	
Daha önce sigara kullanmayı bırakmayı denemiş mi?	Evet	29 (64,4)	41 (89,1)	^a 0,005**
	Hayır	16 (35,6)	5 (10,9)	

^aPearson Chi- Square Test

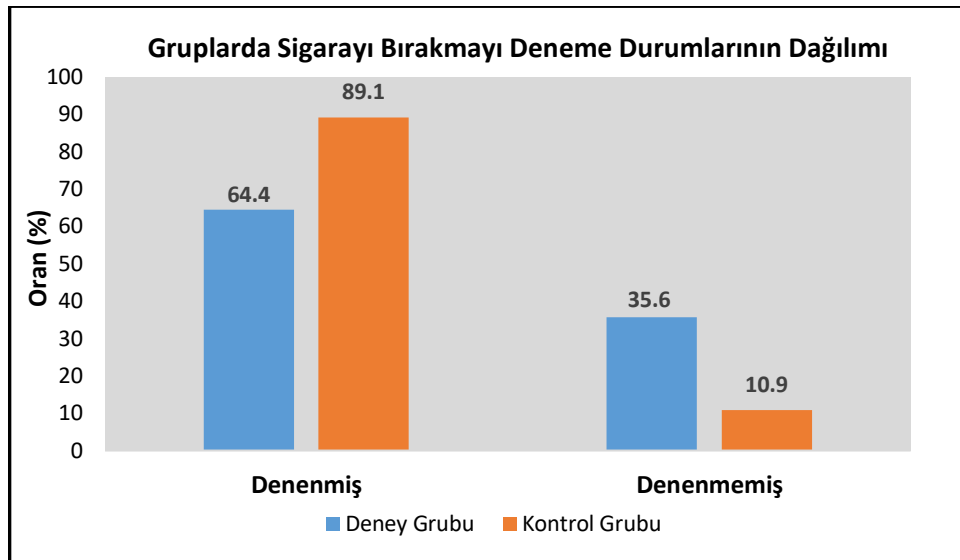
^bStudent-t Test

^cFisher Exact Test

***p*<0,01

Gruplara göre katılımcıların sigara başlama yaşları, sigara içme süreleri, içilen sigara miktarı, alkol kullanımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Kontrol grubundaki katılımcıların daha önce sigarayı bırakmayı denemiş olma oranları deney grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır (*p*=0,005; *p*<0,01).



Şekil 4.2. Gruplarda sigarayı bırakmayı deneme durumlarının dağılımı.

Tablo 4.6. Gruplara göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması.

		Deney Grubu (n=46)	Kontrol Grubu (n=46)	p
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan skalası	0-2: Çok az bağımlılık	6 (13,0)	7 (15,2)	0,001**
	3-4: Az bağımlılık	0 (0)	13 (28,3)	
	5: Orta derecede bağımlılık	8 (17,4)	2 (4,3)	
	6-7: Yüksek bağımlılık	15 (32,6)	13 (28,3)	
	8-10: Çok yüksek bağımlılık	17 (37,0)	11 (23,9)	
Başlanan Tedavi	Bupropion	17 (37,0)	20 (43,5)	0,173
	Nikotin Replasman Tedavisi	5 (10,9)	10 (21,7)	
	Bupropion + Nikotin Replasman Tedavisi	24 (52,2)	16 (34,8)	
Sigarayı Bıraktı mı? (n=67)	Evet	12 (38,7)	14 (38,9)	0,988
	Hayır	19 (61,3)	22 (61,1)	
Sigarayı bırakanlar için; tedavinin hangi günü bıraktı	Medyan (Min-Maks)	11 (0-60)	2,5 (0-14)	^e 0,110
Hangi tedavi önerildi? (n=67)	Bupropion	12 (38,7)	18 (50,0)	^d 0,184
	Nikotin Replasman Tedavisi	2 (6,5)	7 (19,4)	
	Bupropion + Nikotin Replasman Tedavisi	14 (45,2)	9 (25,0)	
	Önerilmedi	3 (9,7)	2 (5,6)	
Hangi tedaviyi kullandınız? (n=67)	Bupropion	21 (67,7)	16 (44,4)	^d 0,058
	Nikotin Replasman Tedavisi	0 (0)	6 (16,7)	
	Bupropion + Nikotin Replasman Tedavisi	4 (12,9)	4 (11,1)	
	Kullanmadım	6 (19,4)	10 (27,8)	

Tablo 4.6 (devam). Gruplara göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması.

		Deney Grubu (n=46)	Kontrol Grubu (n=46)	p
İlaç tedavisi süresi (n=67)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	15 (0-60)	10 (0-60)	^c 0,135
	Evet	19 (61,3)	24 (66,7)	^d 0,222
Düzenli kullanım	Hayır	6 (19,4)	2 (5,6)	
	Hiç kullanmamış	6 (19,4)	10 (27,8)	

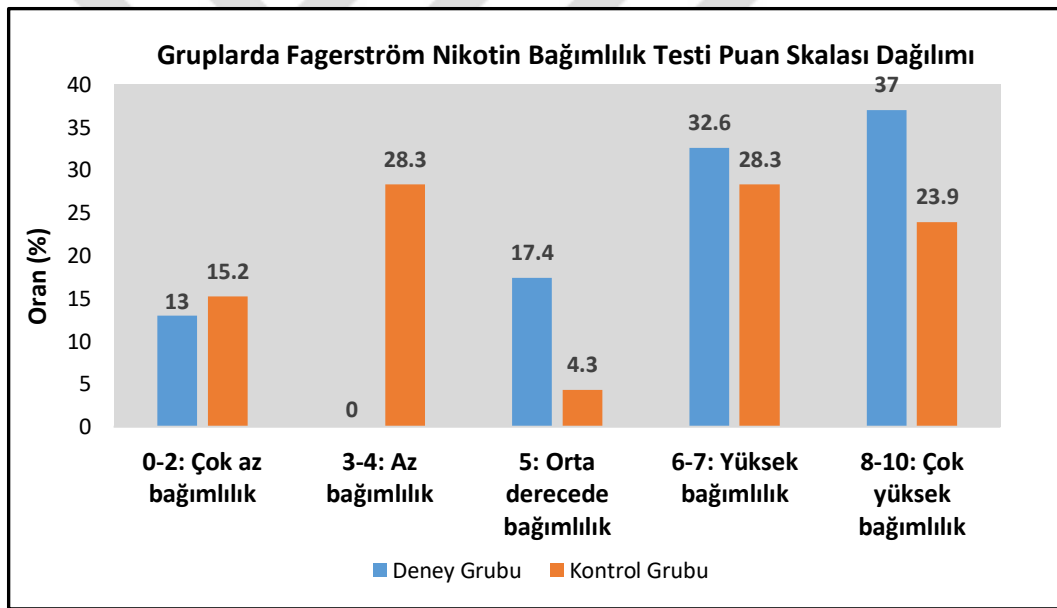
^aPearson Chi- Square Test

^dFisher Freeman Halton Test

^eMann Whitney-U Test

^{**}p<0,01

Gruplara göre katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Kontrol grubundakilerin az bağımlı olma oranı deney grubundakilerden daha fazlayken; orta derecede bağımlı olma oranı daha azdır.



Şekil 4.3..Gruplarda fagerström nikotin bağımlılık testi puan sınıflarının dağılımı.

Gruplara göre katılımcıların başladıkları tedaviler, sigarayı bırakma durumu, tedavinin kaçınıcı gününde sigarayı bıraktıkları, önerilen tedaviler, kullanılan tedaviler, tedaviyi kullanım süreleri ve düzenli kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 4.7. Sigara bırakma üzerine etkili risk faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmeleri (n=67).

	Sigara bırakma		Univariable		Multivariable	
	Evet	Hayır	HR (95% CI)	p	HR (95% CI)	p
Cinsiyet						
Kadın	11 (42,3)	21 (51,2)	1,432(0,532-3,854)	0,477		
Erkek	15 (57,7)	20 (48,8)				
Yaş	39,84±13,57	46,10±13,02	0,965 (0,928-1,003)	0,073		
Medeni durum						
Evli	14 (56,0)	25 (64,1)				
Bekar	11 (44,0)	14 (35,9)	1,403(0,503-3,912)	0,517		
Eğitim durumu						
İlköğretim	7 (26,9)	10 (25,0)		0,543		
Lise	9 (34,6)	19 (47,5)	0,677 (0,194-2,361)	0,540		
Yüksekokul ve üzeri	10 (38,5)	11 (27,5)	1,299 (0,357-4,722)	0,691		
Çalışma durumu						
Evet	14 (53,8)	16 (40,0)				
Hayır	12 (46,2)	24 (60,0)	1,750 (0,646-4,744)	0,271		
Gelir düzeyi						
0-12000 ₺	12 (48,0)	22 (56,4)		0,357		
12000-20000 ₺	3 (12,0)	6 (15,4)	1,273 (0,277-5,845)	0,757		
20000-30000 ₺	7 (28,0)	4 (10,3)	1,167 (0,168-8,090)	0,876		
30000 ₺ ve üzeri	3 (12,0)	7 (17,9)	4,083 (0,657-25,382)	0,131		
Sigaraya başlama yaşı	18,58±3,45	19,29±6,15	0,973 (0,883-1,073)	0,585		
Kaç yıldır sigara kullandığı	20,62±12,5	24,83±13,48	0,975 (0,938-1,014)	0,203		
Günde kaç tane sigara içtiği	22,12±8,53	24,58±12,52	0,979 (0,934-1,026)	0,979		

Tablo 4.7 (devam). Sigara bırakma üzerine etkili risk faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmeleri (n=67).

	Sigara bırakma		Univariable		Multivariable	
	Evet	Hayır	HR (95% CI)	p	HR (95% CI)	p
Alkol kullanımı						
Yok	15 (60,0)	31 (75,6)				
Var	10 (40,0)	10 (24,4)	0,484 (0,166-1-413)	0,184		
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme						
Evet	21 (80,8)	31 (75,6)				
Hayır	5 (19,2)	10 (24,4)	1,355 (0,405-4,534)	0,622		
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan skalası						
Çok az bağımlılık	5 (19,2)	4 (9,8)	4,375 (0,782-24,468)	0,093	10,485 (1,307-120,236)	0,042*
Az bağımlılık	6 (23,1)	4 (9,8)	5,250 (0,975-28,278)	0,054	16,890 (1,651-200,560)	0,018*
Orta derecede bağımlılık	2 (7,7)	4 (9,8)	1,750 (0,230-13,308)	0,589	6,930 (0,722-61,432)	0,147
Yüksek bağımlılık	9 (34,6)	15 (36,6)	2,100 (0,526-8,387)	0,294	5,292 (0,682-31,981)	0,112
Çok yüksek bağımlılık	4 (15,4)	14 (34,1)		0,302		0,189
Kullanılan tedavi						
Bupropion	14 (53,8)	23 (56,1)		0,346		0,112
Nikotin Replasman Tedavisi	3 (11,5)	3 (7,3)	1,826 (0,492-6,783)	0,368	2,604 (0,290-23,390)	0,568
Bupropion + Nikotin Replasman Tedavisi	5 (19,2)	3 (7,3)	3,000 (0,423-21,297)	0,272	1,106 (0,014-0,773)	0,685
Kullanmadım	4 (15,4)	12 (29,3)	5,000 (0,806-31,002)	0,084	2,697 (0,562-12,942)	0,105
Tedavi süresi	22,50±19,01	16±17,57	1,020 (0,992-1,048)	0,159		
Düzenli kullanma durumu						
Evet	21 (80,8)	22 (53,7)		0,087		
Hayır	1 (3,8)	7 (17,1)	2,864 (0,796-10,298)	0,107		
Hiç kullanmamış	4 (15,4)	12 (29,3)	0,429 (0,040-4,637)	0,486		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Multivariate değerlendirmelerde Univariatte anlamlılığa yakın olan değişkenlerken yaş, alkol kullanımı, Fagerström nikotin bağımlılık testi puanı, tedavi süresi modele alınmıştır. Çalışmaya alınan değişkenler Backward Lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada; sigara bırakma başarısı üzerine etkisi olan risk faktörlerinden Fagerström nikotin bağımlılık testi puanının anlamlı bir model oluşturduğu g r lmektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). Modelin açıklayıcılık katsayısı %65,3'tür. Fagerström nikotin bağımlılık testi puanında çok yüksek bağımlı olanlar referans alındığında çok az bağımlı olanların sigara bırakma başarısı 10.485 kat (%95 CI: 1,307-120,236) fazladır. Çok yüksek bağımlı olanlar referans alındığında az bağımlı olanların sigara bırakma başarısı 16,890 kat (%95 CI: 1,651-200,560) fazladır.



Tablo 4.8. Deney grubunda sigara bırakma üzerine etkili risk faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmeleri (n=31).

Deney grubu	Sigara bırakma		Univariable		Multivariable	
	Evet	Hayır	HR (95% CI)	p	HR (95% CI)	p
Cinsiyet						
Kadın	5 (41,7)	12 (63,2)				
Erkek	7 (58,3)	7 (36,8)	2,400(0,547-10,527)	0,246		
Yaş	34,58±15,07	43,88±10,96	0,944 (0,887-1,005)	0,071	0,926 (0,860-0,997)	0,041*
Medeni durum						
Evli	4 (36,4)	7 (38,9)				
Bekar	7 (63,6)	11 (61,1)	1,114 (0,236-5,255)	0,892		
Eğitim durumu						
İlköğretim	2 (16,7)	3 (16,7)		0,886		
Lise	5 (41,7)	9 (50,0)	0,800(0,093-6,848)	0,839		
Yüksekokul ve üzeri	5 (41,7)	6 (33,3)	0,667(0,133-3,347)	0,622		
Çalışma durumu						
Evet	5 (41,7)	7 (38,9)				
Hayır	7 (58,3)	11 (61,1)	0,891 (0,201-3,946)	0,879		
Gelir düzeyi						
0-12000 ₺	6 (50,0)	10 (55,6)		0,512		
12000-20000 ₺	1 (8,3)	2 (11,1)	0,000 (0,000- -)	0,999		
20000-30000 ₺	5 (41,7)	2 (11,1)	0,000 (0,000- -)	0,999		
30000 ₺ ve üzeri	0 (0,0)	4 (22,2)	0,000 (0,000- -)	0,999		
Sigaraya başlama yaşı	17,00±3,30	19,58±7,19	0,911 (0,772-1,075)	0,210		
Kaç yıldır sigara kullandığı	16,00±11,78	21,58±12,03	0,959 (0,899-1,024)	0,210		
Günde kaç tane sigara içtiği	23,08±7,43	24,89±16,44	0,989 (0,935-1,047)	0,714		

Tablo 4.8 (devam). Deney grubunda sigara bırakma üzerine etkili risk faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmeleri (n=31).

Deney grubu	Sigara bırakma		Univariable		Multivariable	
	Evet	Hayır	HR (95% CI)	p	HR (95% CI)	p
Alkol kullanımı						
Yok	7 (58,3)	13 (68,4)				
Var	5 (41,7)	6 (31,6)	0,646 (0,144-2,899)	0,568		
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme						
Evet	9 (75,0)	11 (57,9)				
Hayır	3 (25,0)	8 (42,1)	2,182 (0,444-10,728)	0,337		
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan skalası						
Çok az bağımlılık	2 (16,7)	2 (10,5)		0,770		
Az bağımlılık	1 (8,3)	3 (15,8)	0,333 (0,017-6,654)	0,472		
Orta derecede bağımlılık	6 (50,0)	7 (36,8)	0,857 (0,091-8,075)	0,893		
Yüksek bağımlılık	3 (25,0)	7 (36,8)	0,429 (0,040-4,637)	0,486		
Kullanılan tedavi						
Bupropion	8 (66,7)	13 (68,4)		0,232		
Bupropion + Nikotin Replasman Tedavisi	3 (25,0)	1 (5,3)	3,077 (0,302-31,330)	0,342		
Kullanmadım	1 (8,3)	5 (26,3)	15,000(0,663-339,548)	0,089		
Tedavi süresi	26,17±19,3	19,58±20,96	1,017 (0,980-1,054)	0,375		
Düzenli kullanma durumu						
Evet	10 (83,3)	9 (47,4)		0,163		0,112
Hayır	1 (8,3)	5 (26,3)	5,556 (0,541-57,000)	0,149		0,078
Hiç kullanmamış	1 (8,3)	5 (26,3)	1,000 (0,048-20,829)	1,000	9,612 (1,188-77,789)	0,065

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Multivariate değerlendirmelerde; Univariatte anlamlılığa yakın olan değişkenlerken yaş, kullanılan tedavi, düzenli kullanma durumu modele alınmıştır. Çalışmaya alınan değişkenler Backward Lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada; sigara bırakma başarısı üzerine etkisi olan risk faktörlerinden yaşın anlamlı bir model oluşturduğu grlmektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). Modelin açıklayıcılık katsayısı %52,4'tür. Yaş arttıkça sigara bırakma başarısı 0,926 kat (%95 CI: 0,860 – 0,997) azaltmaktadır.



Tablo 4.9. Kontrol grubunda sigara bırakma üzerine etkili risk faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmeleri (n=36).

Kontrol grubu	Sigara bırakma		Univariable		Multivariable	
	Evete	Hayır	HR (95% CI)	p	HR (95% CI)	p
Cinsiyet						
Kadın	6 (42,9)	9 (40,9)				
Erkek	8 (57,1)	13 (59,1)	0,932 (0,238-3,587)	0,908		
Yaş	44,69±10,36	47,82±14,43	0,981 (0,930-1,035)	0,488		
Medeni durum						
Evli	10 (71,4)	18 (85,7)				
Bekar	4 (28,6)	3 (14,3)	0,000 (0,000- -)	1,000		
Eğitim durumu						
İlköğretim	5 (35,7)	7 (31,8)		0,559		
Lise	4 (28,6)	10 (45,5)	0,560 (0,110-2,862)	0,486		
≥Yüksekokul	5 (35,7)	5 (22,7)	1,400 (0,259-7,582)	0,696		
Çalışma durumu						
Evete	9 (64,3)	9 (40,9)				
Hayır	5 (35,7)	13 (59,1)	2,600 (0,651-10,384)	0,176		
Gelir düzeyi						
0-12000 ₺	6 (46,2)	12 (57,1)		0,845		
12000-20000 ₺	2 (15,4)	4 (19,0)	0,500 (0,077-3,265)	0,469		
20000-30000 ₺	2 (15,4)	2 (9,5)	0,500 (0,049-5,154)	0,560		
30000 ₺ ve üzeri	3 (23,1)	3 (14,3)	1,000 (0,080-12,557)	1,000		
Sigaraya başlama yaşı	19,93±3,08	19,05±5,24	1,046 (0,898-1,219)	0,561		
Kaç yıldır sigara kullandığı	24,57±12,11	27,64±14,30	0,982 (0,933-1,035)	0,499		
Günde kaç tane sigara içtiği	21,29±9,58	24,32±8,49	0,960 (0,886-1,041)	0,320		

Tablo 4.9 (devam). Kontrol grubunda sigara bırakma üzerine etkili risk faktörlerinin univariate ve multivariate değerlendirmeleri (n=36).

Kontrol grubu	Sigara bırakma		Univariable		Multivariable	
	Evet	Hayır	HR (95% CI)	p	HR (95% CI)	p
Alkol kullanımı						
Yok	8 (61,5)	18 (81,8)				
Var	5 (38,5)	4 (18,2)	0,356 (0,075-1,686)	0,193		
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme						
Evet	12 (85,7)	20 (90,9)				
Hayır	2 (14,3)	2 (9,1)	0,600 (0,074-4,834)	0,631		
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan skalası						
Çok az	3 (21,4)	2 (9,1)	10,500 (0,668-165,114)	0,266	58,154 (1,401-2516,229)	0,028*
Az	6 (42,9)	4 (18,2)	10,500 (0,908-121-388)	0,094	18,463 (1,112-305,891)	0,075
Orta derecede	1 (7,1)	1 (4,5)	7,000 (0,217-226,005)	0,060	38,805 (0,610-3902,203)	0,115
Yüksek	3 (21,4)	8 (36,4)	2,625 (0,220-31,349)	0,272	3,228 (0,105-72,112)	0,364
Çok yüksek	1 (7,1)	7 (31,8)		0,446		0,205
Kullanılan tedavi						
Bupropion	6 (42,9)	10 (45,5)		0,837		
Nikotin Replasman Tedavisi	3 (21,4)	3 (13,6)	1,400 (0,259-7,582)	0,696		
Bupropion + Nikotin Replasman Tedavisi	2 (14,3)	2 (9,1)	2,333 (0,287-18,965)	0,428		
Kullanmadım	3 (21,4)	7 (31,8)	2,333 (0,216-25,245)	0,486		
Tedavi süresi	19,36±18,89	12,91±13,78	1,026 (0,983-1,071)	0,242		
Düzenli kullanma durumu						
Evet	11 (78,6)	13 (59,1)		0,698		
Hayır	0 (0)	2 (9,1)	1,974 (0,410-9,518)	0,397		
Hiç kullanmamış	3 (21,4)	7 (31,8)	0,000 (0,000- -)	1,000		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Multivariate değerlendirmelerde; Univariatte anlamlılığa yakın olan değişkenlerken çalışma durumu, alkol kullanımları, Fagerström nikotin bağımlılık testi modele alınmıştır. Çalışmaya alınan değişkenler Backward Lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada; sigara bırakma başarısı üzerine etkisi olan risk faktörlerinden Fagerström nikotin bağımlılık testi puanının anlamlı bir model oluşturduğu görölmektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). Modelin açıklayıcılık katsayısı %62,5'tir. Fagerström nikotin bağımlılık testi puanında çok yüksek bağımlı olanlar referans alındığında çok az bağımlı olanların sigara bırakma başarısı 58,154 kat (%95 CI: 1,401-2516,229) fazladır.

Tablo 4.10. Sigara bırakma başarısının değişkenlere göre karşılaştırılması.

		Sigara Bırakma		p
		Hayır (n=41)	Evet (n=26)	
Grup	Deney	19 (61,3)	12 (38,7)	0,988
	Kontrol	22 (61,1)	14 (38,9)	
Medeni durum	Evli	25 (64,1)	14 (35,9)	0,517
	Bekâr	14 (56,0)	11 (44,0)	
Daha önce sigara kullanmayı bırakmayı denemiş mi?	Evet	31 (59,6)	21 (40,4)	0,622
	Hayır	10 (66,7)	5 (33,3)	
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan skalası	çok az bağımlı	4 (44,4)	5 (55,6)	0,276
	Az bağımlı	4 (40,0)	6 (60,0)	
	Orta derece bağımlı	4 (66,7)	2 (33,3)	
	Yüksek bağımlılık	15 (62,5)	9 (37,5)	
	ok yüksek bağımlılık	14 (77,8)	4 (22,2)	

^aPearson Chi- Square Test

^aFisher Freeman Halton Test

Sigara bırakma başarısına göre katılımcıların grupları, medeni durumları, daha önce sigara bırakmayı deneme oranları ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan skalası, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 26 (*Statistical Package for the Social Sciences*) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test ve Box Plot grafiklerden yararlanıldı.

Normal dağılım gösteren niceliksel iki grup değerlendirmelerinde Student t-test kullanıldı.

Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki gruba göre değerlendirmelerinde Mann Whitney-U test kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare test, Fisher's Exact test ve Fisher Freeman Halton test kullanıldı.

Sigara bırakma başarısı üzerine etki eden risk faktörlerini belirlemek üzere Lojistik regresyon analizi yapıldı.

Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.



5. TARTIŞMA

Tele tıp uygulamaları sağlının birçok alanında uzun yıllardır kullanılmaktadır. 2002 yılında yayınlanan ve 1995-2001 yılları arasında; sigarayı bıraktırma programı, kalp sağlının ve beslenmeye dair eğitim programları, baş ağrısı ve kilo kaybı için davranışsal müdahaleler ile eczacılık hizmetleri ve destekleyici hizmetler sunmak için interneti kullanmanın etkinliğini değerlendiren bir sistematik incelemeye göre sağlının farklı alanlarında internet vasıtasıyla verilen hizmetlerin, bu hizmetlerden faydalanmayan katılımcılara oranla sağlık üzerinde olumlu yönde etkilerinin olduğu görölmüş. Ancak o dönem için daha çok araştırmaya gerek olduğu da bildirilmiş (55). Günümüz dünyasında tele tıp kullanımının yaygınlaştığın görölmektedir. Tele tıp kullanımı sigara bıraktırma tedavisine yardımcı olması açısından da gündeme gelmiştir. Biz de çalışmamızda sigara bıraktırma polikliniğine tedavi talebiyle başvuran hastalara, kısa mesaj aracılığıyla motive edici mesajların ve eğitici-uyarıcı içerikli videoların gönderiminin tedavi başarısına etkisi inceledik.

2023 yılında yayınlanan, Ayman Al-Dahshan ve ark. tarafından Ocak 2019- Haziran 2020 tarihleri arasında Katar’da birinci basamak sağlık merkezlerindeki 10 sigara bıraktırma kliniğinden herhangi birine başvuran 759 sigara kullanıcısı arasında gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmaya göre; sigara bıraktırma tedavisinin başarısının yaş faktörüyle anlamlı bir ilişkisi saptanamamıştır (56). Öte yandan ABD’de Karen Messer ve ark. tarafından 2003’teki Güncel Nüfus Araştırması Tütün Kullanımı Eki'nden yararlanılarak 31.625 kişilik ulusal temsili bir örnekleme, genç ve yaşlı yetişkinler arasında yaşa göre sigara bırakma oranlarındaki farklılıkları belirlemek için yapılan bir çalışmada genç yetişkinlerin sigarayı başarıyla bırakma oranlarının yaşlı yetişkinlere göre daha yüksek olduğu görölmüştür (57). Bizim çalışmamızda ise 2003’teki çalışmayla da uyumlu şekilde yaşın sigara bırakma başarısı üzerinde ters bir etkisi olduğu görölmüş olup yaş arttıkça sigara bırakma başarısının %8 azaldığı tespit edilmiştir. Bu durum sigara içen ileri yaştaki yetişkinlere kıyasla genç yetişkinler arasında sigara bırakmaya yönelik ilginin daha yaygın olmasıyla ve genç yetişkinlerdeki bağımlılık düzeylerinin ileri yaştakilere oranla daha düşük olmasıyla açıklanabilir.

ABD’de 369 katılımcı ve 6 aylık takiplerle yapılan, her gün düzenli olarak sigara içmeyenlerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için nikotin sakızı kullanımını içeren

randomize kontrollü bir klinik çalışmanın sonuçlarına göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden alınan puanın artmasıyla tedavi başarısızlığı doğru orantılı olarak görülmüştür (58). İzmir’de 2009-2018 yılları arasında 1570 katılımcıyla yapılan bir halk sağlığı çalışmasına göre katılımcıların bağımlılık düzeylerinin artması tedavi başarılarını düşürmektedir (59). Japonya’da yapılan sigaraya başlama yaşının nikotin bağımlılığı üzerindeki etkisini araştıran retrospektif bir kohort çalışmasına göre kişilerin sigaraya başlama yaşı düştükçe nikotin bağımlılığı seviyesi artmaktadır (60). Bizim çalışmamızda da katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık testinden aldıkları puanın artması ile sigara bıraktırma tedavilerinin başarısının azalması arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür.

Literatürdeki çalışmalar, sigara bıraktırma tedavisinde bupropionu daha önceki bir bırakma girişiminde kısa süreli başarı elde etmiş, eşlik eden depresyonu olan veya bırakma sonrası kilo alımını en aza indirmek isteyen kişiler için makul bir seçim olduğunu göstermektedir.(61, 62). Bizim çalışmamızda ise katılımcılara önerilen tedaviler incelendiğinde; 30 katılımcıya bupropion, 9 katılımcıya nikotin replasman tedavisi, 23 katılımcıya ise bupropion+ nikotin replasman tedavisi önerildiği, 5 katılımcıya ise tedavi önerilmediği görülmüştür. Katılımcıların kullandıkları tedaviler incelendiğindeyse; 37 katılımcının bupropion, 6 katılımcının nikotin replasman tedavisi, 8 katılımcının bupropion+ nikotin replasman tedavisi aldıkları görülmüştür. 16 katılımcının ise herhangi bir tedavi kullanmadığı görülmüştür. Önerilen tedavilerle kullanılan tedaviler arasında oluşan bu farklılığın, ülkemizde vareniklin tedavisinin kullanılmamasından veya hastaların yan etkiyi tolere etme potansiyellerindeki farklılıktan kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Literatür incelendiğinde, Yeni Zelenda’da 2005 yılında 1075 katılımcı ile yapılan bir çalışmada Sigara Bıraktırma tedavisi alan kişilere cep telefonu tabanlı destek müdahalesi randomize kontrollü bir çalışma olarak yapılmış ve bu müdahalenin sigara bırakma oranlarını anlamlı derecede arttırdığı görülmüştür (63). İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) pozitif hastaların takip edildiği bir poliklinikten 474 hastanın katılımıyla yapılan bir randomize kontrollü çalışmada katılımcılara yazılı materyal verilmesi ve NRT kullanımından oluşan sigara bıraktırma tedavisi ile bu tedaviye cep telefonu aracılığıyla sağlanan danışmanlık hizmeti ve yardım hattının eklenmesinin sigara bıraktırma tedavisi üzerindeki uzun vadedeki etkisine bakılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre 3 aylık bir vadede cep telefonu aracılığıyla sağlanan danışmanlık hizmeti ve yardım hattının eklenmesinin sigara bıraktırma tedavisi üzerinde sadece bıraktırma tedavisine alanlara kıyasla sigara bırakma oranını 2,41 kat arttıracak şekilde anlamlı pozitif yönde bir etkisi vardır. Ancak Uzun vade olarak 12 aylık takiplerde bu farklılık ortadan kalkmaktadır (64).

602 katılımcıyla gerçekleştirilen birinci basamak sağlık hizmetlerinde sigarayı bırakma desteğine yardımcı olarak sunulan, kişiye özel yazılı kaynaklar ile bunlara ek olarak uygulanan kısa mesaj tabanlı müdahalenin sigarayı bıraktırma oranları arasındaki farkı karşılaştıran randomize kontrollü bir başka çalışmada ise kısa vadede yapılan ek uygulamanın anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ancak 6 aylık uzun vadede kısa mesaj tabanlı müdahale uygulanan katılımcıların sigara bırakma oranlarının uygulanmayanlara kıyasla anlamlı derecede arttığı görülmüştür (65). 6 aylık takip ve kişiselleştirilmiş mesajlar aracılığıyla yapılan bu müdahalenin sonuçlarının aksine bizim çalışmamızda cep telefonlu tabanlı destek müdahalesinin sigara bırakma oranlarına anlamlı bir etkisi olmamıştır. Bunun sebebi çalışmamızın 1 aylık kısa vadeli ve kişiselleştirilmiş olmayan bir müdahale çalışması olmasından kaynaklanıyor olabilir.

2006 yılında 351 katılımcıyla tamamen video tabanlı bir web sitesi aracılığıyla yapılan 90 günlük takibi içeren bir başka çalışmada ise kişilerin sigarayı bırakma sürecinde web sitesi aracılığıyla video tabanlı kişiselleştirilmiş destek içeriğine erişimlerinin, bu desteği almayanlara oranla sigara bırakma başarılarını nasıl etkileyeceği araştırılmıştır. Çalışma sonucunda web sitesi aracılığıyla video tabanlı kişiselleştirilmiş destek içeriğine erişimin, sigara bırakma oranlarını anlamlı derece arttırdığı görülmüştür (66). Bizim çalışmamızda da sigara bıraktırma tedavisi alan bireylere izlemeleri için kısa mesaj aracılığıyla eğitici-uyarıcı içerikli video linkleri gönderilmiş ancak bu videoların da dahil olduğu kısa mesaj tabanlı destek müdahalesinin sigara bırakma oranlarını anlamlı derecede etkilemediği görülmüştür.

Üniversite öğrencileri üzerinde, internet ve kısa mesaj aracılığıyla yapılan sigara bırakma sürecine destek müdahalesini içeren 2008 yılında yapılan bir çalışmada 6 haftalık takipler sonucunda sigara içmeye devam edenlerin, sigara içme oranlarının ve bağımlılıklarının önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir (67). Yine Üniversite öğrencilerinden oluşan sigara içen ancak takip eden 4 hafta içinde sigarayı bırakmaya istekli olan 1590 katılımcı ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmanın sonuçlarına göre kısa mesaj tabanlı motivasyon içerikli destek müdahalesi uygulanan grubun sigara bırakma oranları bu müdahaleyi almayanlara oranla daha yüksekti (68). Birleşik Krallık'ta 5800 katılımcıyla randomize kontrollü şekilde yapılan bir çalışmada; sigara bıraktırma tedavisi gören katılımcılara 26 hafta boyunca tedavi sürecini destekleyici şekilde kısa mesajlar gönderilmiş ve 26 haftalık takibin sonucunda tedavi sürecini destekleyen kısa mesaj gönderiminin sigarayı bırakma oranlarını önemli ölçüde artırdığı görülmüştür (69).

Türkiye’de 151 katılımcı ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, katılımcılara 6 hafta boyunca günlük olarak sigarayı bırakmalarına yardımcı olacak becerileri kazandırmayı amaçlayan kısa mesajlar gönderilmiştir. Belirlenen sigara bırakma günü sonrası 4. hafta ve 3. ay sonundaki bırakma oranlarının kısa mesaj gönderilmeyen kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir fark oluşturmadığı gözlemlenmiştir (70). Bizim çalışmamızda ise sigara bıraktırma tedavisi gören katılımcılara motive edici kısa mesaj ve eğitici-uyarıcı video gönderiminin tedavi başarısına anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Bir başka randomize kontrollü çalışmada ise herhangi bir tedavi almayan ve sigarayı bırakmak isteyen 400’den fazla katılımcıya uzaktan dijital tabanlı destek müdahaleleri olarak iki farklı alternatifin etkinliğine bakılmıştır. Alternatif müdahalelerden biri 44 sayfalık bir metinden oluşan destek kitapçığı tek seferde verilerek yapılmıştır. Diğer alternatif ise bu kitapçıktaki metinlerin günlük belirli bir kısmını erişime açarak aşamalı şekilde katılımcıyla paylaşılmasıdır. 12 aylık uzun vadeli düzenli takipte aşamalı yapılan müdahalenin sigarayı bıraktırma konusunda daha etkili olduğu görülmüştür (71). Aynı çalışmaya benzer şekilde dijital tabanlı desteği içeren ve NRT alan hastalarla yapılan bir başka randomize kontrollü çalışmada ise aşamalı dijital tabanlı destek müdahalesinin kontrol grubuyla kıyaslandığında hem sigara bırakma oranlarını arttırdığı hem de tedaviye uyumu anlamlı derecede olumlu yönde etkilediği görülmüştür (72). Bizim çalışmamızda ise bu çalışmalardaki bulguların aksine bir ay boyunca aşamalı şekilde yapılan müdahalenin sigara bıraktırma tedavisinin başarısına anlamlı bir katkısının olmadığı görülmüştür.

Özel web tabanlı sigara bırakma müdahalelerini konu olan sistematik inceleme ve meta-analizde ise web tabanlı sigara bırakma müdahalelerinin özel olarak uyarlanması 1, 3, 6 veya 12 aylık takiplerde sigarayı bırakma oranlarının azalmasıyla ilişkili olmayabileceğini göstermektedir (73). Öte yandan İngiltere ve İrlanda’da NRT kullanan 3971 katılımcıyla yapılan randomize kontrollü bir başka çalışmada web tabanlı destek müdahalesinin kişiye özelleştirilmesinin tedavi başarısına etkisine bakılmış ve hem 6 haftalık hem 12 haftalık takipte web tabanlı destek müdahalesinin kişiye özel hale getirilmesinin tedavi başarısını anlamlı şekilde arttırdığı gözlemlenmiştir (74). Ancak bizim çalışmamızda ise uzaktan destek müdahalesinin tedavi başarısına olumlu yönde anlamlı bir etkisinin gözlenmemiş olması, destek müdahalesinin kişiye özel hale getirilmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Kısa mesaj tabanlı sigara bıraktırma tedavisi destek müdahalesini içeren 13 farklı randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği 2015 yılında yayınlanan bir meta-analizde 3 aylık takipte kısa mesaj tabanlı müdahalenin; bu müdahalenin uygulanmadığı kontrol

grubuna kıyasla sigarayı bırakma oranının %36 daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak 6 aylık takiplerde müdahale uygulanan grup ile deney grubu arasında sigarayı bırakma oranları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (75). 2016 yılında Robyn Whittaker ve ark. yaptığı bir meta analizde, sigarayı bıraktırmaya yönelik cep telefonu tabanlı müdahalelerden oluşan 12 çalışma incelenmiş ve hali hazırda tütün kontrolü politikaları olan yüksek gelirli ülkelerde, özellikle kısa mesaja dayalı sigarayı bıraktırma müdahaleleri, tek başına veya yüz yüze değerlendirmeler veyahut çevrimiçi programlarla birlikte, sigarayı bıraktırmaya yönelik önerilerde bulunmak için yararlı bir seçenek olduğunu düşündürebilecek sonuçlar çıkmıştır. Ancak kısa vadede olumlu yönde anlamlı farklılık oluşturabilen bu müdahalelerin uzun vadede de anlamlı herhangi fark oluşturabilmiş olmasına yönelik güven, katılımcıların sosyodemografik açıdan heterojenik dağılım göstermesi nedeniyle orta seviyede kalmıştır (76). Bizim çalışmamızda ise sigara bıraktırma tedavisi alan bireylere uygulanan kısa mesaj tabanlı destek müdahalesinin sigara bırakma oranlarını anlamlı derecede etkilemediği görülmüştür.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışma sonu verilerinin elde edilmesi için ulaşılabilen katılımcıların sonuç istatistiklerini etkileyebilecek şekilde örneklemden eksilmesi, örneklem sayısı konusunda kısıtlılık oluşturmuştur. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı ise takip süreleri olmuştur. Bir ay boyunca devam eden müdahale çalışmasında zaman kısıtlılığı sadece kısa vadeli sonuçlar elde etmemize sebep olmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonuçlarına göre bir aylık müdahale sürecinde, kısa mesaj vasıtasıyla motivasyonel mesajlar ve eğitici-uyarıcı videolar gönderilmesinin sigara bıraktırma tedavisine uyum açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür.

Gelecekte daha büyük örneklem grubu ve daha uzun süreli takibi içeren farmakoterapi harici müdahale çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR

1. Aslan Dilek B, Nesrin D, Oğuz K. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı. 2010;82.
2. Organization WH. World health organization Tobacco fact sheet. 2023. 2023.
3. Sarabi RE, Sadoughi F, Orak RJ, Bahaadinbeigy K. The effectiveness of mobile phone text messaging in improving medication adherence for patients with chronic diseases: a systematic review. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2016;18(5).
4. Ekren S, Vural D. Farklı kurutma yöntemlerinin İzmir tipi tütün çeşitlerinde bazı kimyasal özellikleri ile verim ve tütün kalitesine etkileri. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi. 2019(17):509-14.
5. AG D. Tütün dumanının içeriği ve farmakokinetiği. Türkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics. 2012;5(2):6-10.
6. Derneği TTG, Grubu TKÇ. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Ankara; 2014.
7. Seydioğulları M, Eksperi T. Dünya’da ve türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. 2009.
8. Okulu T. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını; 1978.
9. Yılmaz A. Türkiye’de tömbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi. Tez TAPDK, Ankara. 2006.
10. Karabacak K. Türkiye’de tütün tarımı ve coğrafi dağılışı. Coğrafi Bilimler Dergisi. 2017;15(1):27-48.
11. Üner S BM, Ergüder T. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi; 2018.
12. Proctor RN. The Nazi war on tobacco: ideology, evidence, and possible cancer consequences. Bulletin of the History of Medicine. 1997;71(3):435-88.
13. Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma: a study of six hundred and eighty-four proved cases. Journal of the American medical association. 1950;143(4):329-36.
14. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. British medical journal. 1950;2(4682):739.
15. Horn D. Smoking and health: A report of the royal college of physicians on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 1962;12(3):111-2.
16. Smoking USSGsACo. Summary of the Report of the Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service; 1964. 5-11 p.
17. Johnson GK, Poore TK, Payne JB, Organ CC. Effect of smokeless tobacco extract on human gingival keratinocyte levels of prostaglandin E2 and interleukin-1. Journal of periodontology. 1996;67(2):116-24.
18. Periodontoloji SP. Erler matbaası. İstanbul; 1981.
19. Tangada SD, Califano JV, Nakashima K, Quinn SM, Zhang JB, Gunsolley JC, et al. The effect of smoking on serum IgG2 reactive with Actinobacillus actinomycetemcomitans in early-onset periodontitis patients. Journal of periodontology. 1997;68(9):842-50.
20. Grossi SG, Skrepcinski FB, DeCaro T, Zambon JJ, Cummins D, Genco RJ. Response to periodontal therapy in diabetics and smokers. Journal of periodontology. 1996;67:1094-102.
21. Katsuragi H, Hasegawa A, Saito K. Distribution of metallothionein in cigarette smokers and non-smokers in advanced periodontitis patients. Journal of periodontology. 1997;68(10):1005-9.

22. Bridges RB, Anderson JW, Saxe SR, Gregory K, Bridges SR. Periodontal status of diabetic and non-diabetic men: Effects of smoking, glycemic control, and socioeconomic factors. *Journal of periodontology*. 1996;67(11):1185-92.
23. Control CfD, Prevention. Current cigarette smoking among adults-United States, 2011. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*. 2012;61(44).
24. General USPHSOotS, Smoking USOO. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and ...; 2004.
25. McBride PE. The health consequences of smoking: cardiovascular diseases. *Medical Clinics of North America*. 1992;76(2):333-53.
26. Strong JP, Richards ML. Cigarette smoking and atherosclerosis in autopsied men. *Atherosclerosis*. 1976;23(3):451-76.
27. Lushniak BD, Samet JM, Pechacek TF, Norman LA, Taylor PA. The Health consequences of smoking—50 years of progress: A report of the Surgeon General. 2014.
28. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Macky J. The tobacco atlas: American Cancer Society; 2009.
29. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package: World Health Organization; 2008.
30. Glynn T, Seffrin JR, Brawley OW, Grey N, Ross H. The globalization of tobacco use: 21 challenges for the 21st century. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2010;60(1):50-61.
31. Bakanlığı TS, Müdürlüğü TSHG. Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı (hekimler için). Ankara: Anıl Matbaacılık. 2010.
32. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update US Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratory care*. 2008;53(9):1217-22.
33. Boyle RG, Solberg LI, Fiore MC. Electronic medical records to increase the clinical treatment of tobacco dependence: a systematic review. *American journal of preventive medicine*. 2010;39(6):S77-S82.
34. Park ER, Gareen IF, Japuntich S, Lennes I, Hyland K, DeMello S, et al. Primary care provider-delivered smoking cessation interventions and smoking cessation among participants in the National Lung Screening Trial. *JAMA internal medicine*. 2015;175(9):1509-16.
35. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. 2013(5).
36. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*. 2021;325(3):265-79.
37. Siu AL, Force* UPST. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2015;163(8):622-34.
38. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Chubb E, Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(10).
39. Pacek LR, McClernon FJ, Bosworth HB. Adherence to Pharmacological Smoking Cessation Interventions: A Literature Review and Synthesis of Correlates and Barriers. *Nicotine & Tobacco Research*. 2017;20(10):1163-72.
40. Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, Lindson N, Freeman SC, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021(1).
41. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009;338:b1024.
42. Force UPST. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325(3):265-79.

43. 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. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;72(25):3332-65.
44. 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. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2020;202(2):e5-e31.
45. Rigotti NA. Strategies to Help a Smoker Who Is Struggling to Quit. *JAMA*. 2012;308(15):1573-80.
46. Baker TB, Piper ME, Stein JH, Smith SS, Bolt DM, Fraser DL, Fiore MC. Effects of Nicotine Patch vs Varenicline vs Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;315(4):371-9.
47. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*. 2016;387(10037):2507-20.
48. 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;312(2):155-61.
49. Hajizadeh A, Howes S, Theodoulou A, Klemperer E, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Lindson N. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023(5).
50. Hartmann-Boyce J, Theodoulou A, Farley A, Hajek P, Lycett D, Jones LL, et al. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;2021(10).
51. Wu CS, Liu HY, Tsai HJ, Liu SK. Seizure Risk Associated With Antidepressant Treatment Among Patients With Depressive Disorders: A Population-Based Case-Crossover Study. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(9):e1226-e32.
52. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med*. 2009;169(22):2148-55.
53. Murray RL, Zhang YQ, Ross S, O'Brien KK, Zhu M, Leone FT, et al. Extended Duration Treatment of Tobacco Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2022;19(8):1390-403.
54. Bozkurt N, Bozkurt AI. Assessment of the Fagerström Nicotine Dependence Test (FNDT) used in the determination of nicotine dependence and developing a new test for the nicotine dependence. *Pamukkale Medical Journal*. 2016(1):45-51.
55. Bessell TL, McDonald S, Silagy CA, Anderson JN, Hiller JE, Sansom LN. Do Internet interventions for consumers cause more harm than good? A systematic review. *Health Expectations*. 2002;5(1):28-37.
56. Al-Dahshan A, Al Muraikhi H, Musa S, Joudeh A, Al Baker W, Selim N, Bougmiza I. Prevalence and predictors of smoking cessation among smokers receiving smoking cessation intervention in primary care in Qatar: a 6-month follow-up study. *Frontiers in Public Health*. 2023;11.
57. Messer K, Trinidad DR, Al-Delaimy WK, Pierce JP. Smoking Cessation Rates in the United States: A Comparison of Young Adult and Older Smokers. *American Journal of Public Health*. 2008;98(2):317-22.
58. Shiffman S, Scholl SM, Mao J, Ferguson SG, Hedeker D, Primack B, Tindle HA. Using Nicotine Gum to Assist Nondaily Smokers in Quitting: A Randomized Clinical Trial. *Nicotine & Tobacco Research*. 2020;22(3):390-7.
59. Günay T. Sigara Bırakma Merkezine Başvuran Bireylerde Sigara Bırakma Sıklığı ve Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi [Yüksek Lisans]. İzmir: EGE ÜNİVERSİTESİ; 2021.
60. Mittal S, Komiya M, Ozaki Y, Yamakage H, Satoh-Asahara N, Wada H, et al. Impact of smoking initiation age on nicotine dependency and cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study in Japan. *European Heart Journal Open*. 2023;4(1).

61. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri MA, 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;72(25):3332-65.
62. Hartmann-Boyce J, Theodoulou A, Farley A, Hajek P, Lycett D, Jones LL, et al. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;10(10):Cd006219.
63. Rodgers A, Corbett T, Bramley D, Riddell T, Wills M, Lin R-B, Jones M. Do u smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. *Tobacco Control*. 2005;14(4):255-61.
64. Gritz ER, Danysh HE, Fletcher FE, Tami-Maury I, Fingeret MC, King RM, et al. Long-term Outcomes of a Cell Phone–Delivered Intervention for Smokers Living With HIV/AIDS. *Clinical Infectious Diseases*. 2013;57(4):608-15.
65. Naughton F, Jamison J, Boase S, Sloan M, Gilbert H, Prevost AT, et al. Randomized controlled trial to assess the short-term effectiveness of tailored web- and text-based facilitation of smoking cessation in primary care (i<scp>Q</scp>uit in <scp>P</scp>ractice). *Addiction*. 2014;109(7):1184-93.
66. Swartz LHG. A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. *Tobacco Control*. 2006;15(1):7-12.
67. Riley W, Obermayer J, Jean-Mary J. Internet and mobile phone text messaging intervention for college smokers. *J Am Coll Health*. 2008;57(2):245-8.
68. Müssener U, Bendtsen M, Karlsson N, White IR, McCambridge J, Bendtsen P. Effectiveness of Short Message Service Text-Based Smoking Cessation Intervention Among University Students: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(3):321-8.
69. Free C, Knight R, Robertson S, Whittaker R, Edwards P, Zhou W, et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *Lancet*. 2011;378(9785):49-55.
70. Ybarra M, Bağcı Bosi AT, Korchmaros J, Emri S. A text messaging-based smoking cessation program for adult smokers: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012;14(6):e172.
71. Brendryen H, Drozd F, Kraft P. A Digital Smoking Cessation Program Delivered Through Internet and Cell Phone Without Nicotine Replacement (Happy Ending): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2008;10(5):e51.
72. Brendryen H, Kraft P. Happy Ending: a randomized controlled trial of a digital multi-media smoking cessation intervention. *Addiction*. 2008;103(3):478-84.
73. Shah A, Chaiton M, Baliunas D, Schwartz R. Tailored Web-Based Smoking Interventions and Reduced Attrition: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(10):e16255.
74. Strecher VJ, Shiffman S, West R. Randomized controlled trial of a web-based computer-tailored smoking cessation program as a supplement to nicotine patch therapy. *Addiction*. 2005;100(5):682-8.
75. Spohr SA, Nandy R, Gandhiraj D, Vemulapalli A, Anne S, Walters ST. Efficacy of SMS Text Message Interventions for Smoking Cessation: A Meta-Analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015;56:1-10.
76. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016.

EKLER

EK 1: SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ İLK BAŞVURU FORMU

 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ	SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ İLK BAŞVURU FORMU
---	--

Tarih:

Protokol No:

Telefon Numarası:

Yaş: Cinsiyet: 1) Kadın 2)Erkek Medeni Durumu: 1)Evli 2)Bekar

Eğitim Durumu: 1) Okur Yazar Değil 2)İlköğretim 3)Lise 4) Yüksekokul ve Üzeri

Çalışıyor mu? 1) Evet 2)Hayır

Gelir Düzeyi: 1) 0-12.000 ₺ 2)12.000 -20.000 ₺ 3)20.000-30.000 ₺ 4)30.000 ₺ ve üzeri

Kronik Hastalığı var mı? Var ise nedir? :

SİĞARA KULLANIM ÖYKÜSÜ

- Sigaraya Başlama Yaşı:
- Kaç yıldır sigara içiyor:.....
- Günde kaç tane sigara içiyor :.....
- Alkol Kullanımı: 1) Var 2)Yok
- Madde Kullanımı: 1) Var 2)Yok
- Daha önce sigara kullanmayı bırakmayı denemiş mi? 1) Evet 2)Hayır
- Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanı:

A)0-2: Çok az bağımlılık B)3-4: Az bağımlılık C)5: Orta derecede bağımlı

D)6-7: Yüksek bağımlılık E) 8-10: Çok yüksek bağımlılık

- Başlanan Tedavi:

A)Bupropion B) Nikotin replasman Tedavisi C) Bupropion + Nikotin replasman Tedavisi

EK 2: FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ (FTND)

 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ	FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ(FTND)
--	--

- Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?**
 - İlk 5 dakika içinde (3 puan)
 - 6-30 dakika içinde (2 puan)
 - 31-60 dakika içinde (1 puan)
 - 1 saatten sonra (0 puan)
- Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?**
 - Evet (1 puan)
 - Hayır (0 puan)
- Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?**
 - Sabah ilk içilen sigara(1 puan)
 - Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)
- Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?**
 - 31 ve daha fazla(3 puan)
 - 21-30 adet(2 puan)
 - 11-20 adet(1 puan)
 - 10 ve daha az (0 puan)
- Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?**
 - Evet (1 puan)
 - Hayır (0 puan)
- Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?**
 - Evet (1 puan)
 - Hayır (0 puan)

Puanlama; 0-2: Çok az bağımlılık 3-4: Az bağımlılık 5: Orta derecede bağımlı 6-7: Yüksek bağımlılık 8-10: Çok yüksek bağımlılık

EK 3: ÇALIŞMA SONU DEĞERLENDİRME FORMU

 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ	ÇALIŞMA SONU DEĞERLENDİRME FORMU
--	---

Protokol no:

Sigarayı Bıraktınız mı?

A)Evet B)Hayır

Sigara Bırakma Gününüz: (Tedavinin Hangi Günü):

Sigara Bırakma Polikliniğimizde size hangi tedavi önerildi?

A)Bupropion B) Nikotin replasman Tedavisi C) Bupropion + Nikotin replasman Tedavisi

Hangi tedaviyi veya tedavileri kullanıyorsunuz?

A)Bupropion B) Nikotin replasman Tedavisi C) Bupropion + Nikotin replasman Tedavisi

EK 4: SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN DANIŞANLARIN KISA MESAJ VEYA EĞİTİCİ - UYARICI VİDEOLARLA DESTEKLENMESİNİN TEDAVİ BAŞARILARINA ETKİSİ

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli danışanımız,

Hastanemiz Sigara Bıraktırma Polikliniğinde yapılmakta olan bu çalışmada, Sigara Bırakma polikliniğimize başvuran danışanlarımıza; ilk Sigara Bırakma Poliklinik başvurusunu takip eden bir ay boyunca düzenli aralıklarla kısa mesaj veya eğitici-uyarıcı içerikli videolar gönderilmesinin tedavi başarılarına etkisini belirleyerek; sigara bırakma başarısının artırılmasının amaçlanmaktadır. Çalışma başlangıcında hekiminiz tarafından kronik hastalıklarınız, sosyodemografik özelliklerinizle ilgili bilgileri içeren Sigara Bıraktırma Polikliniği İlk Başvuru Formu'ndaki anket doldurulacaktır. Tedavi başladıktan 1 ay sonra poliklinik kontrolü esnasında tedaviye uyum, yan etkiler ve sigara bırakma durumunuzla ilgili bilgileri içeren Çalışma Sonu Değerlendirme Formu doldurulacaktır.

Sigara Bıraktırma Polikliniği İlk Başvuru Formu 16 soru ve Çalışma Sonu Değerlendirme Formu 4 sorudan oluşmaktadır ve doldurulması toplamda yaklaşık 5 dk sürmektedir.

Çalışma kapsamında sadece hekiminizin hastalığınızla ilgili soracağımız bazı soruları cevaplamanız istenecektir, bunun dışında herhangi bir işlem yapılmayacaktır. Elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve danışanların kimlikleri belirtilmeyecektir. Bu ankete katılıp katılmamanız takip ve tedavinizi etkilemeyecektir. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isterseniz hekiminizin bu formu doldurmasına yardımcı olunuz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve merak ettiğim konularda doktorum tarafından aydınlatıldım. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

24 saat ulaşılabilir Dr. Muhammed Ali AYDIN-

Danışan ve/veya Yakınının Adı Soyadı: Tarih: İmzası:	Hekimin Adı Soyadı: Tarih: İmzası:
---	---

EK 5: GÖNDERİLECEK VİDEOLARIN İNTERNET ADRESLERİ

- 1) https://youtu.be/0PH6XEIIPUM_(Tütün ve Sigarayla Mücadele Kampanyası - Mehmet Nuhoglu)
- 2) <https://youtu.be/bqcq8E6rfPg> (Yeşilay Kamu Spotu - Onlar Kazanırken Biz Kaybediyoruz.)
- 3) <https://youtu.be/NUO7F0Zqmuo>(Sigara her nefeste size zarar veriyor! | Sağlık Bakanlığı)
- 4) <https://youtu.be/vCyPQlgEjfU>(Onlar Kazanırken Biz Kaybediyoruz - Sigara Gerçekleri)
- 5) <https://youtu.be/sL7pZ4LFVCg>(Yeşilay Kamu Spotu - Sigarayı Bırak Hayatı Bırakma - 1)
- 6) <https://youtu.be/2FOIY3-0p7I>(Yeşilay Kamu Spotu - Sigarayı Bırak Hayatı Bırakma - 2)
- 7) <https://youtu.be/b73cM1Vv87g>(Yeşilay Kamu Spotu - Sigarayı Bırak Hayatı Bırakma - 3)
- 8) <https://youtu.be/DsqTJ9p5kEo>(Yeşilay Kamu Spotu - Sigarayı Bırak Hayatı Bırakma - 4)



EK 6: GÖNDERİLECEK MESAJLARIN METİNLERİ

- 1) Tebrikler! Bırakmaya karar vermek en zor kısımdı; en zor kısmı geride bıraktınız!
- 2) Sigarasız ilk saatler, günler ve haftalar zor olabilir. Bırakmak bir süreçtir. Her seferinde o günü değerlendirin. Olumlu bir bakış açısı yol almanıza yardımcı olur. Kuvvetli duygularla ve stresle başa çıkmanın sigara dışında yolları vardır.
- 3) Her yıl sigaraya ne kadar para harcadığınızı hesaplayın. Bu parayla önümüzdeki yıl neler yapabileceğinizi hayal etmeye başlayabilirsiniz.
- 4) Taptaze bir nefes, Sağlıklı bir yaşam ve güzel bir görünüm için lütfen bırakmaktan vazgeçmeyin! Sigarayı bırakmanın güzel görünmek, yemeklerden lezzet alabilmek ve enerji dolu olmak gibi pek çok faydası vardır.
- 5) Sigarayı bırakmak, sigaranın vücudunuza verdiği zararı durdurmanın tek yoludur.
- 6) Olayların moralinizi bozmasına izin vermeyin. Sigarasız kalma yolculuğunuz zorlu olabilir, ancak geriye dönüp baktığınızda bıraktığınızı görmek harika olacak. Rahatlamaya çalışın. Müzik dinlemek veya yürümek gibi sizi rahatlatan bir aktivite bulun.
- 7) Kendini ödüllendirmenin yollarını bulmak, moralinizin yükselmesine yardımcı olur. Dergi veya kitap okumak ya da film izlemek gibi şeyler daha iyi hissetmenizi sağlar.
- 8) Kötü ruh halleriyle tek başınıza mücadele etmek zorunda değilsiniz. Arkadaşlarınız, aileniz ve önem verdiğiniz diğer insanlar size destek olabilir. Size yardımcı olmak için neler yapabileceklerini onlara söyleyin.
- 9) Zor olabilir ama normalde keyif aldığınız aktiviteleri tekrar yapmaya çalışarak moralinizi yükseltebilirsiniz. Normalde keyif aldığınız aktivitelerin veya etkinliklerin bir listesini çıkarın ve her gün bunlardan birini yapmaya çalışın.
- 10) Herhangi bir egzersiz size yardımcı olabilir. Yürüyüş yapmak, spor salonuna gitmek veya bir takım sporu yapmak deneyebileceğinizden bazıları.
- 11) Eğer bir anda yapamıyorsanız küçük adımlarla başlayıp zamanla daha fazla egzersiz yapmaya çalışın. Keyifsiz hissederken bunu yapmak zor olabilir, ama çaba harcıyıp başarırsanız, kazancınız büyük olacaktır.
- 12) Kendinizi meşgul etmek için bir plan yapın. Evden mümkün olduğunca çok çıkmaya çalışın.
- 13) Kriz gelince sigarasız durmak zordur. Ancak sigara içmeme süresi uzadıkça bu dürtüler azalacaktır. Eğer bir planınız varsa sigara krizleriyle savaşmak daha kolay olur. Sigara içme isteği geliştiğinde yapabileceğiniz şeylerin bir listesini yapın. Yürüyüşe çıkın, derin nefes alın ya da ne işine yarıyorsa onu yapın. Listenizi mutlaka el altında bulundurun.
- 14) Olumlu düşünün. Stres için sağlıklı çıkış yolları bulun. Bir şey sizi rahatsız ediyorsa derin nefesler alarak hızla rahatlamayı öğrenin. 10 kez yavaşça ve derin nefes alın. Krizler normalde sadece birkaç dakika sürer. Dürtü geçene kadar durun ve gevşeyin.
- 15) Sigara içmediğiniz her gün içme isteğiniz azalıyor. Başlangıçta zor olabilir ancak zamanla kolaylaşacaktır. Aşırı istek ortalama 5 dakikadan daha az sürer. En güçlü istekler bile birkaç dakika sonra kaybolacaktır. Sigara içme isteğiniz arttığında, başka bir şeye odaklanın ve kendinize neden sigarayı bıraktığınızı hatırlatın.
- 16) Çok fazla su içmek iştahınızı bastırır ve susuz kalmamanıza yardımcı olur. Ağız-Dudak alışkanlığınızı meşgul etmeye yardımcı olmak için şekersiz sakız veya kürdan kullanmayı deneyebilirsiniz.
- 17) Bırakmanın zor olduğunu biliyoruz ama güçlü kalın! Hepimizin kötü günleri olur. Moralinizi yükseltmek için her şeyi yapın ama asla sigara içmeyin. Şu ana kadar çok başarılı şekilde geldiniz. Bir sosyal ortama veya arkadaşlarınızla oturmaya gittiğinizde dikkatli olun; bütün çabanızın boşa gitmesine izin vermeyin.
- 18) Bazı kişiler, bazı yerler, bazı şeyler ve bazı durumlar bıraktıktan yıllar sonra bile sigara içme isteğinizi tetikleyebilirler. Tetikleyiciler sigara içmenize neden olan şeylerdir. Bırakalı ne kadar uzun zaman olursa olsun sizi etkileyebilir. Tetikleyicilerinizi bilerek hazır olabilir ve krizlerinizle mücadele edebilirsiniz.

EK 7: ETİK KURUL ONAY FORMU

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU				
SAYI:		Tarih: 11.10.2023		
KONU: Etik Kurulu Kararı				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Danışanların Kısa Mesaj Veya Eğitici-Uyarıcı Videolarla Desteklenmesinin Tedavi Başarılarına Etkisi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	TELEFON	216 570 91 90		
	FAKS	216 565 55 26		
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu- Dr. Muhammed Ali Aydın- Dr. Hasan Özcan Demir		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐ FAZ 2 ☐ FAZ 3 ☐ FAZ 4 ☐ Gözlemsel ilaç çalışması ☐ Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐ İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐ İlaç dışı klinik araştırma ☒ Retrospektif ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				
OLGU RAPOR FORMU				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	İLÂN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/0640	Tarih: 11.10.2023		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

EK 7 (Devam): ETİK KURUL ONAY FORMU

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU									
SAYI:					Tarih: 11.10.2023				
KONU: Etik Kurulu Kararı									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI					Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Danışanların Kısa Mesaj Veya Eğitici-Uyarıcı Videolarla Desteklenmesinin Tedavi Başarılarına Etkisi				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI					İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	İmza
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamili Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☒	H ☐	E ☐	H ☒	
Dr Öğretim Üyesi Ergül Demirçivi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Salih Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:									
*Toplantıda Bulunma									
Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi									

EK 8: İNTİHAL RAPORU

ithenticate_80269517.pdf		
ORIGINALITY REPORT		
12%		
SIMILARITY INDEX		
PRIMARY SOURCES		
1	acikbilim.yok.gov.tr Internet	204 words — 2%
2	acikerisim.aydin.edu.tr Internet	135 words — 1%
3	dergipark.org.tr Internet	83 words — 1%
4	www.istanbulsaglik.gov.tr Internet	55 words — 1%
5	www.slideshare.net Internet	52 words — 1%
6	acikerisim.gelisim.edu.tr Internet	46 words — < 1%
7	tip.medeniyet.edu.tr Internet	40 words — < 1%
8	apps.who.int Internet	38 words — < 1%
9	acikerisim.uludag.edu.tr Internet	33 words — < 1%
10	acikerisim.selcuk.edu.tr Internet	