



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR
HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**TEKRARLAYAN SİGARA BIRAKMA GİRİŞİMİ OLAN
HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Nur Seda UYSAL
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Haziran, 2022

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR
HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

TEKRARLAYAN SİĞARA BIRAKMA GİRİŞİMİ OLAN
HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Nur Seda UYSAL
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU

İSTANBUL
Haziran, 2022

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Nur Seda UYSAL'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "TEKRARLAYAN SİĞARA BIRAKMA GİRİŞİMİ OLAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU

.....

Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

.....

Doç. Dr. Memet Taşkın EĞİCİ

.....

Tez Savunma Tarihi: 01/06/2022

Yazar Bildirimi

“TEKRARLAYAN SİĞARA BIRAKMA GİRİŞİMİ OLAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Nur Seda UYSAL;

- 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 içersine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Haziran, 2022

İmza:

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Herhangi bir firma desteği veya sponsorluğu ile kongreye katılmadım.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanlar; Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Nur Seda UYSAL



Asistanlık dönemimde klinik bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocam T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a;

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

Asistanlık sürecimin ilk gününden itibaren yanımda olan değerli arkadaşım Dr. Ayşe GÜLEK'e ve tüm asistan hekim arkadaşlarıma;

Hayatım boyunca her zaman ve her yerde yanımda olan, güvenini ve desteğini hep hissettiğim annem Nuran TUNÇYÜREKLİ, babam Sedat TUNÇYÜREKLİ'ye ve sevgili kardeşlerim Belinay TUNÇYÜREKLİ ve Beren Naz TUNÇYÜREKLİ'ye;

En iyi arkadaşım, yol arkadaşım, sevgili eşim Muhammet UYSAL'a;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nur Seda UYSAL

Özet

TEKRARLAYAN SİĞARA BIRAKMA GİRİŞİMİ OLAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada tekrarlayan sigara bırakma girişimi nedeni ile sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların tekrar sigaraya başlama nedenleri ve sigarayı bırakma süresini etkileyen faktörler araştırılacaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 20.10.2021-20.04.2022 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden 18 - 65 yaş ve tekrarlayan sigara bırakma girişimi olan 400 hasta dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik özelliklerini, sigara içme durumlarını ve sigara içme alışkanlıklarını sorgulayan bir anket formu ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) uygulanmıştır. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sigara içme davranış ve tutumları, sigara bırakma durumları, bırakma yöntemi ve süresi, sigaraya tekrar başlama nedenlerine dair veriler elde edilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen toplam 400 hastanın 178'i (%44,5) kadın, 222'si (%55,5) erkektir. Yaş ortalamaları 38,22±10,86 yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %57,2'si evlidir. Eğitim düzeyi %46,8 üniversite mezunu olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %72'si çalışmaktadır. Sigaraya başlama yaşı ortalama 18,32±4,61 yıldır. Sigara içme süreleri ise ortalama 19,84±11,07 yıldır. Yaş gruplarına göre yapılan analiz sonuçlarına göre 18-25 ve 26-35 yaş grubundaki kişilerin diğer yaş gruplarındaki kişilere göre sigarayı bırakma süreleri anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Evli kişilerin bekar olanlara göre daha uzun süre sigarayı bırakabildikleri anlaşılmıştır ($p=0,004$). Cinsiyet, eğitim durumu, meslek grupları, gelir düzeyi, sigaraya başlama nedenleri, sigarayı bırakmak isteme nedenleri, bırakma sürecinde hata yapma durumu, şu an içilen sigara miktarı açısından sigarayı bırakma süresi farklı bulunmamıştır. Şu anda yaşadığı evde kendisinden başka sigara içen birey olanların olmayanlara göre daha kısa süre sigarayı bırakabildikleri tespit

edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,030$). Yaşadığı evde ortak yaşam alanında sigara içilen hastalar evde sigara içilmeyenlere göre daha kısa süre sigarayı bırakabilmişlerdir ($p=0,014$). Sigaraya başlama yaşı, çocukken yaşadığı evde sigara içilen bireylerde içilmeyenlere göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,001$). Bırakma denemesinde sinirlilik ($p=0,003$), baş ağrısı ($p=0,002$), aşırı sigara içme isteği ($p<0,001$) yaşayanlar yaşamayanlara göre daha kısa süre sigarayı bırakabilmiştir. İştah/kilo artışı olanlar olmayanlara göre daha uzun süre sigarayı bırakabilmişlerdir ($p=0,001$). Sigarayı bırakma sürecinde profesyonel destek alanların sigarayı bırakma süresi almayanlara göre anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur ($p=0,006$). Vareniklin ya da bupropiyon kullananlarda nikotin bandı kullananlara göre sigarayı bırakma süresi anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur ($p<0,001$). İlaç tedavisini uygun doz ve sürede kullananların sigarayı bırakma süresi kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur ($p<0,001$). Depresyon puanı ile sigara bırakma süresi arasında ters yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,143$; $p=0,004$), anksiyete puanı ile sigara bırakma süresi arasında ters yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,118$; $p=0,019$), stres puanı ile sigara bırakma süresi arasında ters yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,170$; $p=0,001$) tespit edilmiştir.

Sonuç: Sigara kullanımı, tüm toplumu ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur. Sigara bırakma durumu ise uzun ve zorlu bir süreçtir. Hekimler tarafından polikliniğe başvuran hastalara sigara içme durumunun sorulması önemlidir. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sigarayı bırakmadan önce değerlendirilmesi, sigara içme alışkanlıklarının sorgulanması, sosyal çevresinin sigara içme durumunun sorgulanması, uygun tedavinin önerilmesi, tedavi süresinin ve yan etkilerinin anlatılması oldukça önemlidir. Ayrıca, hastalara sigara bırakma sürecinde karşılaşılabilecekleri güçlükler ve bu güçlüklerle baş etme yollarının anlatılması hastaların sigarayı bırakma süresi ve sigara bırakma durumunun kalıcılığı açısından büyük öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, relaps, relaps süresi, nüks, sigara bırakma, bırakma süresi

Abstract

EVALUATION OF PATIENTS WHO HAVE FAILED AT LEAST ONE SMOKING CESSATION ATTEMPT

Introduction and Objective: In this study, the reasons for re-starting smoking in patients who applied to the smoking cessation outpatient clinic due to repeated attempts to quit smoking, and the factors affecting the duration of smoking cessation will be investigated.

Materials and Methods: Our study included 400 patients between the ages of 18 and 65 who applied to T.R. Ministry of Health Göztepe Prof. Dr. YALÇIN City Hospital Smoking Cessation Polyclinic between 20.10.2021 and 20.04.2022 and accepted to participate in the study. A questionnaire form questioning the sociodemographic characteristics, smoking status and smoking habits of the patients and the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) were applied. Data on smoking behaviors and attitudes, smoking cessation status, quitting method and duration, and reasons for resuming smoking were obtained from patients who applied to the Smoking Cessation Clinic. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc 1989, 2010 software.

Results: A total of 400 participants, 44.5% female and 55.5% male, were included in our study. The mean age was 38.22 ± 10.86 years. Among the participants, 57.2% were married. Education level was determined as 46.8% university graduates. 72% of the participants are working in a job. The mean age of starting to smoke is 18.32 ± 4.61 years. The mean duration of smoking was 19.84 ± 11.07 years. The duration of smoking cessation was found to be significantly lower in the 18-25 and 26-35 age groups than in the other age groups ($p < 0,001$). It has been found that married people can quit smoking longer than those who are single ($p = 0,004$). The duration of smoking cessation was not different in terms of gender, education level, occupational groups, income level, reasons for starting smoking, reasons for wanting to quit smoking, making mistakes in the quitting process, and the amount of cigarettes currently smoked. It was determined that people who smoke other than themselves in their current home can quit smoking for a shorter time than those who do not, and this difference was found to be statistically significant ($p = 0,030$). Patients who smoked in the common

living area were able to quit smoking for a shorter time than those who did not smoke at home ($p=0,014$). The age of onset of smoking is lower for those living in a house where people smoked as a child compared to houses without smoking ($p<0.001$). Those with irritability ($p=0.003$), headache ($p=0.002$), and an excessive desire to smoke ($p<0.001$) quit smoking for a shorter time than those without these symptoms. Those with increased appetite/weight were able to quit smoking longer than those without these symptoms ($p=0,001$). The duration of smoking cessation was found to be significantly longer in those who received professional support than those who did not ($p=0.006$). The duration of smoking cessation was found to be significantly longer in varenicline or bupropion users than in nicotine patch users ($p<0.001$). The duration of smoking cessation was found to be significantly longer in those who used the drug in sufficient dose and duration than those who did not use the drug ($p<0.001$). There was a weak inverse relationship between depression score and duration of smoking cessation ($p=0,004$), a weak inverse relationship between anxiety score and duration of smoking cessation ($p=0,019$), and a weak inverse relationship between stress score and duration of smoking cessation ($p=0,001$).

Conclusion: Smoking is a public health problem that concerns the whole society. Smoking cessation is a long and difficult process. It is important for physicians to ask patients who apply to the outpatient clinic about their smoking status. It is very important to evaluate the patients who applied to the smoking cessation outpatient clinic before quitting smoking, to question their smoking habits, to question the smoking status of their social environment, to recommend the appropriate treatment, to explain the treatment duration and side effects. In addition, talking to the patients about the difficulties they may encounter during the smoking cessation process and the ways to cope with these difficulties is of great importance in terms of the duration of smoking cessation and the permanence of the smoking cessation status.

Key Words: Cigarette, relapse, time to relapse, smoking abstinence, smoking cessation, cessation time

İçindekiler

Tablo Listesi	xi
Şekil Listesi	xii
Kısaltmalar	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ	4
2.1.1 Tütün ve Tütün Ürünü Nedir	4
2.1.2 Tütün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi	4
2.1.3 Tütün Epidemiyolojisi	7
2.2 SİGARANIN İÇERİĞİ	8
2.3 TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNÜ KULLANIMININ SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ	9
2.3.1 Tütünün Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkisi	10
2.3.2 Tütünün Solunum Sistemi Üzerine Etkisi	10
2.3.3 Tütünün Kansere Üzerine Etkisi	11
2.3.4 Tütünün Gastrointestinal Sistem Üzerine Etkisi	12
2.3.5 Tütünün Kas-İskelet Sistemi Üzerine Etkisi	12
2.3.6 Tütünün Üreme Sistemi Üzerine Etkisi	13
2.3.7 Tütünün Nörolojik-Psikiyatrik Sistem Üzerine Etkisi	13
2.3.8 Tütünün Diğer Sağlık Sorunlarına Etkisi	13
2.4 NİKOTİN BAĞIMLILIĞI	14
2.5 TÜTÜN KULLANIM BOZUKLUĞU	15
2.6 TÜTÜN KONTROLÜ	16
2.6.1 Türkiye’de Tütün Kontrolü	16
2.7 SİGARA BIRAKMA YÖNTEMLERİ	19
2.7.1 Bilişsel ve Davranışçı Yöntemler	19
2.7.2 Farmakolojik Tedavi	21
2.7.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)	21
2.7.2.2 Bupropion	22
2.7.2.3 Vareniklin	23
2.7.3 Sigarayla Bırakma Tedavisinde Kanıta Dayalı Olmayan Yöntemler	23
2.7.3.1 Hipnoterapi	23
2.7.3.2 Akupunktur	24
2.7.3.3 Biorezonans	25
2.8 SİGARA BIRAKMA BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	25
2.9 RELAPS VE LAPS	27

3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1 ÇALIŞMA	33
3.1.1 Veri Toplanması	34
3.2 TANIMLAR	34
3.3 ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ VE ÖLÇÜTLERİ	35
3.3.1 Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Değişken ve Ölçütler	35
3.3.2 Sigara Kullanımına İlişkin Değişken ve Ölçütler	36
3.3.3 Diğer Değişkenler ve Ölçütler	36
3.4 VERİ ANALİZİ.....	36
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	63
5.1 TARTIŞMA.....	63
5.2 ÇALIŞMANIN KISITLILIĞI.....	72
5.3 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
Kaynaklar	74
ANKET ONAM FORMU VE ANKETLER	86
EK A. Etik Kurul Onay Formu	90

Tablo Listesi

2.1:	Sigarada Bulunan Kimyasal Maddeler	8
2.2:	Sigaraya Bağlı Ölümcül Hastalıklar	10
4.1:	Sosyodemografik özellikler	38
4.2:	Anne ve baba eğitim düzeyi.....	39
4.3:	Kronik hastalıklar ve ilaç kullanım özellikleri	40
4.4:	Sigara başlama durumu ile ilgili özellikler	41
4.5:	Aile ve sosyal çevre ile ilgili özellikler.....	42
4.6:	Sigara içmeyi tetikleyen durumlar	43
4.7:	Sigarayı bırakmak isteme nedenleri ve denemeleri ile ilgili özellikler	45
4.8:	Sigarayı bırakma sürecindeki davranışlar.....	46
4.9:	Sigara bırakma sürecinde profesyonel destek alma durumu ile ilgili özellikler.....	47
4.10:	Depresyon,Anksiyete ve Stres Ölçeği-21’de alınan puanlar ve ölçek kategorileri	48
4.11:	Sosyodemografik özelliklere göre sigarayı bırakma süresi	50
4.12:	Sigaraya başlama durumu ile ilgili özelliklere göre sigarayı bırakma süresi	52
4.13:	Aile ve sosyal çevre ile ilgili özelliklere göre sigarayı bırakma süresi	53
4.14:	Sigarayı bırakmak isteme nedenlerine göre sigarayı bırakma süresi	54
4.15:	Sigarayı bırakma denemeleri ve karşılaşılan güçlüklerle göre sigarayı bırakma süresi	55
4.16:	Sigara bırakma sürecinde profesyonel destek alma durumları ile ilgili özelliklere göre sigarayı bırakma süresi	56
4.17:	Depresyon,Anksiyete ve Stres Ölçeği-21 Kategorilerine Göre Sigarayı Bırakma Süresi	57
4.18:	Sigara bırakma süresinin diğer bağımsız değişkenlerle korelasyon analizi.....	57
4.19:	Cinsiyete göre sigaraya tekrar başlama nedenleri	59
4.20:	Kronik hastalık ile ilgili özelliklerin doktor önerisi ile sigarayı bırakmak isteme durumuna göre analizi	60
4.21:	Şu an içilen sigara miktarı ile toplam içilen sigara miktarı arasındaki ilişki.....	60
4.22:	Çocukken evde sigara içilmesi ve ebeveyn eğitim düzeyi ile sigaraya başlama yaşı arasındaki ilişki.....	61

Şekil Listesi

4.1:	Sigaraya başlama yaşı histogramı.....	41
4.2:	Sigara içmeyi tetikleyen durumlar	43
4.3:	Sigarayı bırakmak isteme nedenleri	44
4.4:	Depresyon, anksiyete ve stres ölçeği-21 kategorileri.....	49
4.5:	Yaş gruplarına göre sigarayı bırakma süresi	51
4.6:	Medeni hale göre sigarayı bırakma süresi	51
4.7:	Sigara bırakma süresinin ölçek puanları ile korelasyon grafiği	58
4.8:	Çocukken yaşanan evde sigara içen birey varlığına göre sigara başlama yaşı.....	62

DASÖ-21	Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği-21
DSM-V.....	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	U.S Food and Drug Administration
KHAK.....	Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
KHDAK	Küçük Hücreli Olmayan Akciğer Kanseri
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MAO	Monoamin Oksidaz
MSS.....	Merkezi Sinir Sistemi
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SS.....	Standart sapma
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

GİRİŞ ve AMAÇ

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı tüm dünyada önlenabilir en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2020 verilerine göre yılda 8 milyondan fazla kişi sigara veya sigara kullanımına bağlı nedenlerden hayatını kaybetmektedir (1). Dünya çapında 1,2 milyar kişinin sigara tükettiği bildirilmektedir. 2030 yılında ise Dünya çapında 2 milyar kişinin sigara tüketeceği tahmin edilmektedir (2).

Sigara kullanımının insan sağlığı üzerinde önemli ve ölümcül etkileri olmakla birlikte, çevre ve ekonomi üzerinde de olumsuz etkileri mevcuttur (3). Sigara kullanımı, direkt ölümle sonlanmayan yaklaşık elli kadar kronik hastalık ve yirmiye yakın ölümcül hastalıkla ilişkili bulunmuştur. Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve periferik aterosklerozun ana nedenidir. Sigara kullanımı kronik akciğer hastalıklarının yüzde sekseninden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin ise üçte birinden sorumlu bulunmuştur (4). Sigara dumanından pasif olarak etkilenen kişilerde de kanser, kalp hastalıkları ve felç sebebiyle ölüm oranı arttığı konusunda edinilen bilgiler giderek artmaktadır. Sigara izmaritlerinin çevreye atılması hem çevre kirliliğine hem de yangınlara sebep olmaktadır. Sigara kullanımı, kişilerin ekonomik harcamalarını arttırmakla birlikte sigaranın neden olduğu sağlık sorunlarının tanı/tedavi maliyetinde artışa ve hastanede yatis süresinin uzamasına neden olarak oldukça ciddi ekonomik zararlara da neden olmaktadır (3).

Her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamulü kullanan 15 yaş ve üzerindeki bireylerin son 12 ay içerisinde tütün ve tütün mamulü kullanmayı bırakmaya teşebbüs eden kadınların oranı 2008 yılında %40,8 iken, 2012 yılında %44,9'a yükselmiştir. Aynı oran erkekler için sırasıyla

%40,5 ve %41,8'dir. Kadınlar tütün ve tütün mamulünü bırakmayı daha fazla denemektedir (5).

Sigara bırakma tedavisinde kullanılan farmakolojik tedavide üç grup ilaç bulunmaktadır: NRT (Nikotin replasman tedavisi), bupropion ve vareniklin (6). Kendi kendine sigarayı bırakmayı deneyen hastaların üçte biri ya da yarısı ilk birkaç günde, %50-60'ı ilk iki hafta içerisinde sigara içmeye tekrar başlamaktadır (7). Sigara bırakma tedavisinde en iyi sonuçlar davranış tedavisi ile motivasyonel destek tedavisi ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarının her ikisinin birlikte kullanılması ile elde edilmiştir (8). Davranışsal-bilişsel destek ve ilaç tedavisi kullanılan hastalarda bile sigara bırakma gününden sonraki ilk dört haftada bırakma oranı %37 olarak bulunmuştur (9).

Sigara bırakma başarısını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır: niyet, motivasyon, kararlılık, geçmişteki sigara bırakma deneyimleri, sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi vb.), nikotin bağımlılık seviyesi, depresyon-anksiyete-stres gibi psikolojik durumlar, komorbiditeler, yoksunluk semptomları, iştah ve kilo artışı, genetik özellikler (6).

Sigarayı bırakma sürecinde sadece bir adet sigara içilmesi veya birkaç nefes sigara içilmesine kayma (slip), birkaç gün en az bir tane sigara içilmesine hata (laps), sigara içiminin başlangıç düzeyine geri dönmesine ise nüks (relaps) adı verilir. Erken görülen nükslerin (ilk hafta içinde görülenlerin) en sık nedenlerini; yoksunluk semptomları ve aşırı sigara içme isteği oluşturmaktadır (6).

Nüks ihtimali ilk haftalarda daha yüksektir ancak uzun süre sigarayı bırakmış kişilerde de nüks görülebilmektedir. Nüksün en güvenilir öngörücülerden biri, tek bir sigara içiminin yaşanmasıdır. Çünkü hata deneyimi olan kişilerin yaklaşık %95'i nükse doğru ilerleme gösterecektir (10). Hatanın, nükse dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen, kişinin hatasına karşı gösterdiği bilişsel tepkileridir (11).

Nüks tedavi edilirken öncelikle nüks nedenleri tespit edilmeli ve bu nedenlere yönelik bilişsel yöntemler kullanılmalıdır (12). Sigara bırakma tedavisinde kullanılan her üç ilaç da (NRT, bupropion ve vareniklin) hem

sigara bırakma tedavisinin başlangıcında hem bırakma süresinde nükslerin önlenmesinde hem de nüks tedavisinde kullanılmaktadır. Nüks durumlarında tedavinin seçimi, kombine edilmesi ve süresi, hastanın tedaviden en iyi yarar göreceği şekilde planlanmalıdır (6).

Bu nedenle nüksün önlenmesinde en önemli konu; hastaları bu süreçte yaşayabilecekleri fiziksel ve psikolojik sorunlar hakkında önceden bilgilendirmek ve bırakma sürecinde bu durumlarla başa çıkma yeteneği kazandırılmasıdır. Asıl önemli olan bu süreçte “yaşam tarzı değişikliği”nin oluşturulmasıdır.

Özetle: Nüks birçok faktörle ortaya çıkan, hem önlenmesi hem de ortaya çıktıktan sonra yeniden tedavi edilmesi açısından henüz tam olarak aydınlatılamamış bir konu olmaya devam etmektedir (10).

Araştırmamızın amacı sigara bırakma polikliniğine başvuran tekrarlayan sigara bırakma girişimi olan hastaların sigara kullanımı ile ilgili sosyodemografik özelliklerinin, farmakolojik tedavi kullanma durumlarının, sigaraya tekrar başlama nedenlerinin, depresyon anksiyete ve stres ölçeklerinin değerlendirilmesi ve bu veriler ışığında önlenbilir ya da değiştirilebilir olan relaps nedenlerinin aydınlatılmasına katkı sağlamaktır.

Böylece sigara bırakma süresinin artması ve sigara bırakma durumunun kalıcılığının sağlanması için gerekli olan konular aydınlatılmaya çalışılmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1 TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ

2.1.1 Tütün ve Tütün Ürünü Nedir

Tütün bitkisi, solanaceae (patlıcangiller) familyasından gelen nicotiana cinsi içerisinde yer almaktadır ve 65 türü vardır. Nicotiana tabacum ve Nicotiana rustica, en yaygın olan türleridir. Dünyada yetiştirilen tütünün %90'ını Nicotiana tabacum oluşturur (13). Bitkinin en değerli ve en çok yararlanılan kısmı yapraklarıdır. Tütün yaprağının kimyasal yapısında bulunan organik azotlu olan madde ise “nikotin”dir (14).

Tütün ürünleri ise genetik olarak değiştirilsin ya da değiştirilmesin tütün yaprağının tamamen veya kısmen ham madde olarak kullanılmasıyla elde edilen içe çekme, çiğneme, emme ve buruna çekme gibi birçok farklı kullanımı olan maddelere denir (13). Başlıca sigara, nargile, pipo, puro, nikotin preparatları ve çiğnemelik tütün olmak üzere birçok farklı şekilde kullanılmaktadır (15). Ayrıca kağıt, kolonya, esans üretimi için de kullanılmaktadır (16).

2.1.2 Tütün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün bitkisinin ilk olarak milattan önce 6000 yıllarında Amerika kıtasında yetiştirilmeye başlandığı bilinmektedir. Yerliler tütün yapraklarını kurutup sararak veya ufalayarak, çiğneyerek, deriye sürerek ve lavman şeklinde kullanmışlardır. 1492’de Kristof Kolomb Amerika kıtasına ulaştığında tütün bitkisi Amerika kıtasında yaygın olarak tüketilmekteydi (17).

15. yüzyılın sonunda Amerika’nın keşfi ile ilk olarak İspanya ve Portekiz, daha sonra diğer Avrupa ülkelerinde kullanılmaya başlanmıştır. Dönemin

birçok bilim adamı tütünün hastalıkları iyileştirdiğini düşünerek hem tütün yetiştirmişler hem de kendileri tütün kullanmışlardır. Bilim adamlarının bu yaklaşımı Avrupa’da tütünün yaygınlaşmasında büyük rol oynamıştır aynı zamanda zararları konusunda inandırıcılıklarının kaybolmasına neden olmuştur (18).

Orta Amerika’da halk arasında keyif verici olarak yaygınlaşan tütün, Amerika’ya uğrayan gemicileri de müptelası yapmıştır. Gemicisi Rodrigo de Jerez, Amerika’dan İspanya’ya dönerken beraberinde getirdiği tütün yapraklarını içerken ağzından çıkan dumanlar yüzünden “büyü yapıyor” diye şikâyet edilmiş, tütünü ilk kez kınayan ve “şeytan otu” adını veren engizisyon mahkemesi üyeleri tarafından “şeytana tapıyor” denilerek yargılanmıştır. 7 yıl hapis yatan Jerez ilk tiryaki olarak kaydedilmiştir (19).

1559 yılında Portekiz’de Fransız elçisi olan Jean Nicot, öksürük, astım, baş ağrısı, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiğinden bahsederek Fransız Kraliçesine tütün tohumu sunmuş, bu sebepten tütüne “Kraliçe otu” ya da “Sefir otu” denilmiştir. Fransa’dan diğer Avrupa ülkelerine yayılan tütün bitkisine, Jean Nicot’a ithafen “nicotiana”, 1828 yılında tütün bitkisinden elde edilen alkoloit maddeye ise “nicotin” adı verilmiştir (19).

Tütünün ilk kullanım şekli, kurutulmuş yaprakların ufalanarak bir boru ucunda yakılması ve borunun diğer ucundan çıkan dumanın çekilmesi şeklinde olmuştur. Daha sonra ilkel puro ve pipo tarzında tüketilmiştir. 18. yüzyılda Orta ve Güney Amerika’da, ufalanmış tütünler yine bir tütün yaprağına “cigar” veya kâğıda “papelitos” sarılarak içilmiştir. Papelitos adı verilen sigaralar ise Brezilya’da oldukça rağbet görmüştür. Avrupa’da sigara şeklinde tütün içme ilk defa İspanya’da, daha sonra da Fransa’da gerçekleşmiştir. 1844 yılında Fransa’da ilk sigaralar yapılmış ve aynı yıl İtalya’da yapılan kâğıt purolar büyük ilgi görmüştür (20).

1880 yılında Amerika’da James A. Bonsack, ilk sigara yapım makinesinin patentini almış, üretimin makineleşmesiyle birlikte yeni bir sanayi kolu doğmuştur (21). 1913 yılında RJ Reynolds’un Camel markası ile modern anlamda sigara tüm dünyaya duyurulmuştur (22). Amerika’nın keşfinden yüz yıl sonra tütün bitkisi Avrupa’nın tamamına, Uzak Doğu, İç Asya,

Sibirya, Hindistan ve Afrika'ya kadar yayılmıştır ve ticareti yapılan bir ürün haline gelmiştir (18).

Osmanlı topraklarına ise tütün 17. yüzyılın ilk yarısında İngiliz, Venedik ve İspanyol denizciler tarafından getirilmiştir. Yıllar içerisinde Osmanlı topraklarında ilk kez Makedonya, Yenice ve Kırcalı'de tütün yetiştirilmeye başlanmıştır (18).

1634 yılında IV. Murat, Cibali'de çıkan yangını bahane ederek kahvehaneleri yıktırması ve tütün yasağı getirmiştir. IV. Murat'ın ölümünden (1640) sonra tekrar serbestleşmeye başlayan tütün kullanımı, tütün tiryakisi Şeyhülislam Bahaî Efendi'nin yayınladığı fetva sonucu IV. Mehmet tarafından 1646 yılında serbest bırakılmış ve tütün üretimi Anadolu'ya yayılmıştır (23).

1874 yılında tütün kıyma imalathaneleri kurulmuş ve sigara yapımı devlet tekelinde olmuştur. İlk sigara fabrikası ise İstanbul'da Cibali semtinde kurulmuştur. Cumhuriyet döneminde tütün tekeli kurulmuştur, 1938 senesinde de sigara fabrikaları tamamen devlet tarafından kurulup geliştirilen bir sanayi halini almıştır. Bu kapsamda birçok şehirde sigara fabrikaları açılmıştır, 1986 yılından çıkarılan yasa ile sigara devlet tekelinden çıkarılarak üretim ve pazarlaması serbest piyasa ekonomisine uygun hale getirilmiştir (24).

Yıllar içinde sadece tütünün kullanım şekli değişmiştir. 18. yüzyılda enfiyeler çekilerek kullanılmış olup 19. yüzyıl puro çağı olmuştur. 20. yüzyılda sigaranın yükselişi ile birlikte çok sayıda insan tütün kullanmaya başlamıştır. 21. yüzyılda tütün kullanımına kadınların da dahil olmasıyla birlikte dünyadaki yetişkinlerin neredeyse üçte biri tütün kullanmaya başlamış, tütünün zararlı etkilerini gösteren binlerce çalışma olmasına rağmen tütün kullanımı ve tütün kullanımına bağlı ölümler artmaya devam etmiştir (25).

İlk yayından itibaren günümüze kadar geçen yaklaşık 400 yıllık süreçte sigaranın zararları ispatlanmış olmasına rağmen günümüzde milyonlarca insan sigara içmektedir. Ayrıca yetişkinlerin yaklaşık üçte biri düzenli pasif tütün dumanına maruz kalmaktadır (26).

2.1.3 Tütün Epidemiyolojisi

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı tüm dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Ayrıca en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir (1). Dünya çapında 1,2 milyar kişinin sigara tükettiği bildirilmektedir. 2030 yılında ise Dünya çapında 2 milyar kişinin sigara tüketeceği tahmin edilmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2020 verilerine göre yılda 8 milyondan fazla kişi sigara ve sigara kullanımına bağlı nedenlerden hayatını kaybetmektedir (1).

Dünya genelindeki 15 yaş üzerindeki tütün kullanan kişi sayısının yaklaşık 942 milyon erkek ve 175 milyon kadın olduğu ve bunların büyük çoğunluğunun orta ve düşük gelirli ülkeler olduğu görülmektedir. Dünyada yüzde olarak en çok sigara içilen ilk beş ülke sırasıyla Kiribati, Karadağ, Yunanistan, Doğu Timur ve Rusya'dır. Türkiye ise kırkıncı sırada yer almaktadır (27).

Türkiye'de 2012 yılında yapılan küresel yetişkin tütün araştırma sonucuna göre; Türkiye genelinde 15 yaş ve üzerindeki bireylerin 2008 yılında %31,3'ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27'ye düşmüştür. Tütün ve tütün mamulü kullananların oranı erkeklerde %47,9'dan %41,4'e, kadınlarda ise %15,2den %13,1'e düşmüştür. Tütün ve tütün mamulü kullanımı erkeklerde çok daha fazla azalmıştır. Tütün mamulü kullanımı en çok 25-34 ve 35-44 yaş grubunda yaygındır. Halen her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamulü kullanan 15 yaş ve üzerindeki bireylerin son 12 ay içerisinde tütün ve tütün mamulü kullanmayı bırakmaya teşebbüs eden kadınların oranı 2008 yılında %40,8 iken, 2012 yılında %44,9'a yükselmiştir. Aynı oran erkekler için sırasıyla %40,5 ve %41,8'dir. Kadınların tütün ve tütün mamulünü bırakmayı daha fazla denemektedir (5).

2016 yılında yayınlanan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması verilerine göre; Ülkemizde 15 yaş üzerindeki yetişkinlerde tütün kullanma sıklığı %31,6 olup halen tütün kullanım sıklığı erkeklerde %44,1, kadınlarda ise %19,2 dir. Günde içilen ortalama sigara sayısı 18'dir. 15-34 yaş arasındaki tütün kullananların %15'i her gün kullanıma 15 yaş altında başlamışlardır.

sigaraya kullanmaya 18 yaş ve altında başlayan yüzdesi 57,5'dir. Ortalama başlama yaşı 17'dir (28).

2.2 SİGARANIN İÇERİĞİ

Sigara dumanı, bazıları farmakolojik olarak aktif olan antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik özellik gösteren 4.000'den fazla madde içerir (4).

Tablo 2.1: Sigarada Bulunan Kimyasal Maddeler (29)

Partikül fazı	Başlıca etki	Gaz fazı	Başlıca etki
Tar (katran)	Mutajenik/karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza-bağımlı uyarıcı	Nitrojen oksitler	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
Fenol	İrritan, Mutajenik/karsinojenik	Hidroksiyanik asit	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
Kresol	İrritan, Mutajenik/karsinojenik	Akrolein	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
beta-naftilamin	Mutajenik/karsinojenik	Amonyak	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
benzopiren	Mutajenik/karsinojenik	Nitrozaminler	Mutajenik/karsinojenik
Katekol	Mutajenik/karsinojenik	Hidrazin	Mutajenik/karsinojenik
İndol	Tümör hızlanması	Vinil kloride	Mutajenik/karsinojenik
Karbazol	Tümör hızlanması		

Tütünün yanması sonucu iki tür duman oluşmaktadır:

- Yanma bölgesinden çevreye yayılan yan akım (çevresel sigara dumanının yaklaşık %85'i)
- Sigara içen kişi tarafından solunan ana akım
 1. Gaz fazı: Dumanın %95'ini oluşturan kısımdır.
 2. Partiküler maddeler: Dumanın %5'ini oluşturur ve yaklaşık 4000 çeşit bileşen bulunduran kısım buraya dahildir. Partiküler

maddelerden nem ve nikotin ayrıldıktan sonra geride kalan madde katrandır. Katran, karsinojenik olan aromatik hidrokarbonlar içerir.

Filtreler partiküler maddeleri büyük oranda süzerler. Bu nedenle yan akım sigara dumanında karsinojen partiküler madde konsantrasyonu daha fazla bulunmaktadır. Çevresel sigara dumanı hava ile reaksiyona girerek değişik bileşikler, radikaller oluşturabilir. Bu nedenle sigara içilen ortamlarda çalışanlar daha fazla risk altındadır (30).

2.3 TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNÜ KULLANIMININ SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Tütün ürünleri kullanımı dünyada en önemli önlenebilir mortalite ve morbidite nedenidir. Bu tütün ürünleri kullanımının başında ise sigara kullanımı gelmektedir (31).

Sigara içen kişiler, içmeyenlere göre daha sık hasta olmakta, hastalıklarını daha şiddetli geçirmekte, hastalıklarının iyileşme süreleri daha uzun zaman almaktadır. Hastanede yatış oranları daha yüksek ve yatış süreleri daha uzun dolayısıyla tedavi maliyetleri de daha yüksek olmaktadır. Hastalıkların seyrindeki bu olumsuzluk, işe geri dönüş sürelerinin artmasına ve bununla birlikte genel yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (32).

Sigara direkt ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. Bunlardan bazıları; diş eti hastalıkları, kas zedelenmesi, kalp spazmı (20 kez artan risk), boyun ağrısı, sırt ağrısı, nistagmus, burger hastalığı, duodenal ülser, osteoporoz, katarakt, osteoartrit, penis ereksiyon bozukluğu, kolon polipleri, periferik damar hastalığı, crohn hastalığı, pnömoni, depresyon, psöriasis (2 kat artan risk), diabetes mellitus (Tip 2), cilt kırıklığı (2 kat artan risk), işitme kaybı, mide ülseri, romatizma, ağır içicilerde impotans (2 kat artan risk), tendon zedelenmesi, optik sinir hastalığı (16 kat artan risk), tütün körlüğü, eklem bağ zedelenmesi, maküler dejenerasyon (görme noktası zedelenmesi- 2 kat artan risk), tüberküloz vb (4).

Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun (damar hastalığı) ana nedenidir. Kalp-damar ve

beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindendir. Sigara 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir (Tablo 2.2). Sigara kullanımı kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin ise üçte birinden sorumlu bulunmuştur (4).

Tablo 2.2: Sigaraya Bağlı Ölümcül Hastalıklar (4)

Kanser	Kalp ve Dolaşım	Diğerleri
Akciğer	Koroner kalp hastalığı	KOAH
Ağız ve nefes borusu	Aort anevrizması	Pnömoni
Yemek borusu	Kalp kası dejenerasyonu	Mide ve Duodenal ülser
Mesane,böbrek	Ateroskleroz	
Mide,Pankreas	Serebrovasküler hast.	
Primeri Bilinmeyen tm.		
Lösemi		

2.3.1 Tütünün Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkisi

Kardiyovasküler hastalıklar mortalitenin en önde gelen nedenidir. Bu hastalıklar üzerinde ise etkisi net bir şekilde gösterilmiş olan sigara kullanımı önlenabilir bir durum olması nedeniyle oldukça önemli bir yere sahiptir. Sigara içen bireylerde koroner kalp hastalığı riski yaklaşık 2-4 kat artmaktadır. Bireyin ek komorbitelerine göre bu risk katlanarak artmaktadır. Tütün dumanının vasküler endotel hücre ve doku morfolojisini kısa bir süre içinde değiştirerek ve endotel bariyer fonksiyonu kaybına yol açarak ateroskleroz oluşumuna neden olduğu gösterilmiştir (33). Tütün kullanımı koroner kalp hastalığının diğer risk faktörleri arasında olan hipertansiyon ve hiperkolesterolemiye de neden olabilmektedir. Bu faktörlerden herhangi birinin varlığında sigara içilmesi hastalık riskini daha çok arttırmaktadır (34). Koroner arter hastalığı sebebiyle ölüm riski sigara içenlerde içmeyenlere oranla en az iki kat fazladır ve akut koroner sendroma bağlı ani kardiyak ölümlerin üçte ikisi sigara içen kişilerde görülür (35).

2.3.2 Tütünün Solunum Sistemi Üzerine Etkisi

Sigara dumanı solunum yollarında gen düzeyinde bazal hücrelerde değişiklik yaparak epitel yapıda ve fonksiyonunda değişikliklere,

peribronşiyal inflamasyona ve fibrozise, müköz bez hipertrofisine, goblet hücre sayısı artışına, vasküler intimal kalınlaşmaya ve alveoler harabiyete yol açmaktadır. Bu değişikliklerin tamamı solunum fonksiyon bozukluklarının temelini oluşturmaktadır. Sigara içimi bu nedenle KOAH için esas risk faktörüdür ve doğrudan doz yanıt ilişkisi mevcuttur (36).

Sigara kullanımı kronik obstruktif akciğer hastalığı dışında mesleki akciğer hastalıkları gelişme riskini de arttırır. Asbest, radon, arsenik, dizel egsozu, aromatik aminler ve silikaya maruz kalan sigara kullanan işçilerde içmeyenlere göre kanser gelişme riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (4).

Sigara kullanımı ayrıca interstisyel akciğer hastalığı, tüberküloz, asbestozis, idiyopatik interstisyel pnömoni, idiyopatik pulmoner fibrozis, spontan pnömotoraks gibi akciğer hastalıkları için de risk faktörüdür (37).

2.3.3 Tütünün Kanser Üzerine Etkisi

Tütün en önemli önlenabilir kanser nedeni olmakla birlikte tüm kanserlerin %30'undan sorumludur. Oral kavite, farenks, larenks ve akciğer kanserinde en önemli etyolojik ajan sigaradır. Baş-boyun bölgesinde kanserin en sık görüldüğü organ larenkstir. Larenks kanseri ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanserler arasındadır. Etyolojide en önemli etken ise sigaradır (35, 38).

Sigaranın başta akciğer kanseri olmak üzere en az 10 kanser çeşidinin etyopatogeneğinde önemli rol oynadığı görülmüştür. Bütün akciğer kanseri olgularının %90 kadarı sigaraya bağlı meydana gelmektedir (34).

1964'teki "Surgeon General" raporu ile ilk kez resmi olarak sigara içmenin akciğer kanseri ile olan ilişkisi bildirilmiştir ve daha sonra yapılan çalışmalarda sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için hem erkek, hem kadın cinsiyette başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır. Akciğer kanseri en sık görülen kanser türlerindendir ve tüm dünyada yılda 1.3 milyon ölüm ile en sık öldüren kanser türüdür. Türkiye'de yapılan en büyük veri araştırmasına göre olguların %90.4'ü erkek, %9.6'sı kadındır ayrıca %79.5'i küçük hücreli

olmayan akciğer kanseri (KHDAK), %20.5'i küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK)'dir (4).

Akciğer kanseri dışında larinks, orofarinks, özofagus, mide, kolon, pankreas, böbrek, mesane, meme ve serviks kanserinin oluşumunda da sigaranın rolü vardır. Tüm kanserlerin yaklaşık olarak üçte birinden tütün ve tütün ürünleri sorumlu tutulmaktadır (34).

2.3.4 Tütünün Gastrointestinal Sistem Üzerine Etkisi

Sigara gastrointestinal sistem üzerinde neredeyse tüm traktusu etkilemektedir. Ağız, özofagus, mide, pankreas ve kolorektal kanserler için risk faktörüdür. Amerika Birleşik Devletleri'nde son yıllarda yapılan çalışmalarda viral hepatitler dışında sigaranın da hepatoselüler karsinom açısından önemli bir risk faktörü olduğu ortaya koyulmuştur (39).

Sigara kullanımı peptik ve duodenal ülserler, Crohn hastalığı gibi inflamatuvar barsak hastalıkları için önemli ve bağımsız bir risk faktörüdür. Sigara içmeyi bırakmak bu hastalıklar için prognozu iyi yönde etkiler (40). Sigaranın inflamatuvar bağırsak hastalıkları üzerinde farklı etkileri vardır. Sigara Crohn hastalığının seyrini kötüleştirirken ülseratif kolitte koruyucu etkiye sahiptir (35). Sigara içimi ayrıca gingivit, diş çürüğü, özofajit gibi hastalıklar için de risk faktörü oluşturmaktadır (41).

2.3.5 Tütünün Kas-İskelet Sistemi Üzerine Etkisi

Sigaranın iskelet sistemi üzerine olan olumsuz etkileri en az kanser kadar önemli bir yere sahiptir. Sigaranın osteoporoz, bel ağrısı, kırık iyileşmesinin gecikmesi gibi olumsuz etkileri vardır. Sigara içen kişilerde kemik yoğunluğunun hiç içmeyenlere göre daha düşük olduğu ve kalça kırığı riskinin de daha yüksek olduğu bulunmuştur. Osteoporoz her ne kadar postmenopozal kadınlara has bir hastalık gibi düşünülse de 80 yaşın üzerindeki erkeklerde osteoporoz görülme sıklığı %1'dir. Sigara içen erkeklerde bu oranın kadınlardaki gibi arttığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Sigaranın etkisi ile osteoblast işlevi bozulduğundan kemik rezorpsiyonu normal kalırken kemik yapımı azalır ve bu da kırık olması durumunda yetersiz iyileşme yanıtını oluşturur (42).

2.3.6 Tütünün Üreme Sistemi Üzerine Etkisi

Kadınlarda sigara kullanımı infertiliteyi arttırmaktadır. Ayrıca sigara içen kadınlarda amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz riski (ortalama 1-2 yıl daha önce) oranları da daha yüksektir (43).

Sigara kullanımı erkeklerde sperm sayısının ve hareketinin azalmasına, sperm şekil bozukluklarına, ejakulat hacim azalmasına ve impotans gibi birçok cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır (4).

Gebelikte sigara kullanımı düşük doğum ağırlıklı bebek riskini arttırmakla birlikte infantlarda ani ölüm sendromuna yol açmaktadır. Pasif sigara maruziyeti yılda 600 binden fazla prematür ölümüne neden olmaktadır (44).

2.3.7 Tütünün Nörolojik-Psikiyatrik Sistem Üzerine Etkisi

Sigara dumanının solunmasıyla alınan nikotin saniyeler içinde santral sinir sistemine geçerek etkisini göstermeye başlar. Nikotin santral sinir sisteminde dopamin salınımını artırır, keyif ve dikkat artışına neden olur (45). Bununla birlikte nikotin bağımlılığı oluşması ve nikotinin azaltılması durumunda yoksunluk belirtileri görülmektedir (46).

Yapılan çalışmalarda, öğrenme, hafıza ve kognitif fonksiyonlarda santral nikotinik sistemlerin rolü olduğu gösterilmektedir. Bazı çalışmalarda ise nikotinin özellikle hafızanın pekiştirilmesinde etkin rolü olduğu gösterilmiş ve nikotinin alzheimer, şizofreni ve dikkat eksikliği /hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili bilişsel bozuklukların tedavisinde kullanılabileceği gösterilmiştir (47). Ancak daha sonra yapılan daha kapsamlı araştırmalarda bunun doğru olmadığı aksine alzheimer hastalarının algılama fonksiyonlarında yaşlanma ile ortaya çıkan kayıpların sigara içenlerde daha fazla olduğu bulunmuştur (34).

Serebrovasküler hastalıklar özellikle ileri yaş grubu erkek ve kadınlar için en sık ölüm nedenleri arasındadır. Sigara kullanımı serebrovasküler hastalığa zemin hazırlayan önemli bir etkidir.

2.3.8 Tütünün Diğer Sağlık Sorunlarına Etkisi

Sigaranın, yol açtığı hastalıkların tedavisi amacıyla uygulanan ilaçların etki gücünü de azalttığı bilinmektedir. Sigara dumanında bulunan bazı

maddeler karaciğer enzim sistemlerini harekete geçirir ve ilaç metabolizmalarını da olumsuz etkiler (4).

Sigara kişilerin fizyolojik yapılarını olumsuz etkiler ve yaşam kalitelerini bozan birçok sağlık sorununa da neden olur. Bunlardan bazıları uyku bozuklukları, erken menopoz, infertilite, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, gebeliğin düşükle sonlanması, ereksiyon bozukluğu, impotans, osteoporoz, diş eti sorunları, dişlerde sararma, ağız kokusu, tat ve koku duyusunun azalması, deride kırısklık ve yaşlı görünüm gibi sorunlardır. Ayrıca pek çok hastalık sigara içenlerde daha fazla görüldüğünden sigara içenlerin işe devamsızlığı daha fazladır (48).

2.4 NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Bağımlılık, bir maddeyi zararlı etkilerine ve sonuçlarına karşın beden ve ruh sağlığını; aile, sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede içgüdüsel arayış ve tekrarlayıcı bir biçimde kullanım ile karakterize bir beyin hastalığı olarak tanımlanmıştır. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), nikotin bağımlılığını kronik bir hastalık olarak kabul etmiş, nikotini ise mental ve davranışsal bozukluklara neden olan psikoaktif bir madde olarak tanımlamıştır (6, 49).

Sigara kullanımının bağımlılık oluşturmaya üzerine yapılan çalışmalarda, tütünde bulunan ve bağımlılık potansiyeli taşıyan temel psikoaktif maddenin, bir alkoloid olan “nikotin” olduğu kabul edilmektedir (50).

Nikotin, asetilkolini taklit ederek santral ve periferik sinir sistemini etkiler. Nikotin, kan beyin bariyerini geçtikten sonra sinir hücreleri arasına yerleşir ve ardından ventral tegmental alandaki nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanır. Bu bağlanma ile nucleus accumbens'teki hücrelerden dopamin salınır. Dopaminin salınması ile sigara içmenin ödül sistemi oluşur. İştahı azaltır, hafızayı güçlendirir; zevk almayı, dikkati ve sigara içme arzusunun artırır. Bağımlılığın oluşmasında bu durum etkilidir (51).

Sigara içmeyle ilgili olarak ailede sigara kullanımı, kültürel ortamda sigaranın yeri, sosyal etkinliklerde yaygın sigara kullanımı, çeşitli günlük etkinliklerin sigara ile ilişkilendirilmesi gibi çevresel ve sosyal uyaranlar sigara kullanımının sürdürülmesinde önemli rol oynar (52).

Yemek sonrası, kahve ve alkol ile birlikte ya da sigara içilen arkadaş ortamında sigara içme gibi alışkanlık tarzında da sigara içilebilmektedir (52).

Stresi azaltma, gevşeme, alışkanlık, sigarayı tutma ve ağza götürme davranışı, uzak kalındığında sigara açlığı oluşması gibi nedenlerle de sigara içme davranışı sürdürülmektedir (52).

Nikotin Yoksunluk Semptomları: Huzursuzluk, uykusuzluk ya da aşırı uyku hali, sinirli-gergin olma, aşırı tepki verme, yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, titreme, baş ağrısı, kabızlık, iştah artması, ağız kuruluğu, ağız yaraları (53).

2.5 TÜTÜN KULLANIM BOZUKLUĞU

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'e (DSM-V) göre "Tütün Kullanım Bozukluğu"; 12 aylık süre içinde aşağıda belirtilen maddelerden en az ikisinin görüldüğü, klinik açıdan kişiyi zorlayan ve işlevselliği azaltan tütün kullanımı olarak tanımlanmıştır (54).

Tütün kullanım bozukluğu için tanımlanan maddeler aşağıda belirtilmiştir:

1. Çoğu kez planlanandan daha uzun ya da daha fazla süren tütün kullanımı
2. Tütün ürününe ulaşmak, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için fazla zaman harcama
3. Tütün kullanımını kontrol etmek veya sonlandırmak için arzu ya da başarısızlıkla sonuçlanan çabaların olması
4. Tekrarlayıcı tütün kullanımının günlük işlevselliği bozması ve bireyin sorumluluklarını yerine getirememesine neden olması
5. Tütün kullanımı için çok fazla istek duyulması, kişinin kendisini zorlanmış hissetmesi
6. Bireysel ya da toplumsal hayatta problemler oluşturmalarına rağmen tütün ürünü kullanımının sürdürülmesi
7. Tütün kullanımı nedeniyle sosyal, mesleki ya da eğlence faaliyetlerinin azaltılması ya da tamamen vazgeçilmesi
8. Riskli durumlarda dahi tütün kullanılması

9. Tütün kullanımının neden olduğu ya da arttırdığı fiziksel ya da ruhsal bir problemi olmasına rağmen tütün kullanımının sürdürülmesi
10. Tolerans gelişmesi (aşağıda belirtilen maddelerden birinin olmasıyla):
 - Tütün kullanım düzeyi aynı miktarda olmasına rağmen etkisinin azalması
 - İstenen etkiye ulaşmak için tütün kullanım miktarının arttırılması
11. Yoksunluk gelişmesi (aşağıda belirtilen maddelerden birinin olmasıyla):
 - Tütün yoksunluk semptomlarının olması (Sinirlilik, öfke, kaygı, konsantrasyonda bozulma, iştah değişiklikleri, huzursuzluk, depresyon hali, uykusuzluk)
 - Yoksunluk semptomlarının sonlandırılması için tütün ürünü kullanılması (54).

2.6 TÜTÜN KONTROLÜ

Tütün kullanımı, tütünün içerdiği çeşitli maddelerin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri nedeni ile Dünyada ve Türkiye’de en önemli ve önlenebilir halk sağlığı sorunlarından birisidir (55).

Tütün kontrolü kısaca: “Toplumun tütün ürünleri tüketimini ve tütün dumanına maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak sağlık düzeylerini yükseltmeyi amaçlayan, arz, talep ve zararı azaltma stratejileri” şeklinde tanımlanmaktadır (56).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından tütün kontrolünün küresel boyutta bir hukuksal sorun olduğu gerçeği ilk kez kabul edildikten sonra sözleşme hukukunda bir ilerleme sağlanması amacıyla 2003 yılında TKÇS (Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi) imzalanmıştır (56).

2.6.1 Türkiye’de Tütün Kontrolü

Ülkemizde tütün ürünleri kullanımı ile mücadelenin tarihsel geçmişine bakıldığında zaman; Osmanlı Devleti döneminde tütün kullanımı ile mücadele zaman zaman şiddetlense de tütün kullanılmaya devam edilmiştir. I. Ahmet döneminde şeyhülislam tütün kullanımının haram olduğu yönünde fetva yayınlamış ve sigaranın yasaklanmasını istemiştir. IV. Murat Döneminde uygulanan aşırı tedbirler bile sigara kullanımıyla mücadelede etkin sonuç

alınmasını sağlayamamıştır. Daha sonraki yıllarda, tütün ürünleri kullanımı ile mücadele uzun süre yalnızca Yeşilay Derneği'nin çabaları ile sınırlı kalmıştır (57).

26 Kasım 1996 tarih ve 22829 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” kabulü ile ilk adım atılmıştır. Bu kanunda, toplu taşıma araçlarında sigara içmenin yasaklanması, paketlerde uyarıların yer alması, 18 yaş altındaki bireylere sigara satışının yasaklanması, sigara kullanımını özendirici reklam ve teşvik kampanyalarının engellenmesi ve televizyonlarda sigaranın zararları ile ilgili yayın zorunluluğunun getirilmesi gibi konularda karar sağlanmıştır (57). Kanunun getirdiği düzenlemeler sonucunda sigara kullanımının artış hızı 1997’de %7.7’den 1998’te %2.8’e gerilemiştir (55).

TKÇS (Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi) Türkiye tarafından 2004 yılında imzalanmıştır (57).

Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında Tütün Salgını Raporu olan MPOWER paketini yayınlamıştır. MPOWER, tütün kontrolünde en etkili 6 politika ele alınmaktadır:

- (M)** Monitor tobacco use and prevention policies
(Tütün salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek)
- (P)** Protect people from tobacco smoke
(Bireyleri pasif sigara dumanının etkisinden korumak)
- (O)** Offer help to quit tobacco use
(Sigarayı bırakmak isteyen bireylere yardım etmek)
- (W)** Warn about the dangers of tobacco
(Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak)
- (E)** Enforce ban on tobacco advertising, promotion and sponsorship
(Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğunu yasaklamak)
- (R)** Raise taxes on tobacco
(Tütün vergilerini ve fiyatını arttırmak) (58).

TKÇS doğrultusunda, “Ulusal Tütün Kontrolü Komitesi” kurulmuş ve 2006 yılında Başbakanlık Genelgesi olarak yayınlanan ve 2008-2012 dönemini içine alan “Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planı” hazırlanmıştır.

2008 yılında “Bireylerin tütünün zararları ile ilgili uyarılması” konusu göz önünde bulundurulmuş; tütün tüketiminin zararları konusunda TV ve radyo kanallarında bilgilendirici yayın yapılması, tütün ürünü paketlerinde Türkçe yazılı uyarı veya mesajların bulundurulması zorunluluğu getirilmiştir (5727 Sayılı Kanun).

2011 yılı ve 28121 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak uygulamaya başlanan “Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelik” doğrultusunda yürütülen sigara bırakma polikliniği sayısı 2009 yılında 62 poliklinik iken, 2019 yılı itibariyle hizmet sunan poliklinik sayısı 532’ye ulaşmıştır.

“Yeşil Dedektör” mobil uygulaması veya “ALO 184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)” aracılığıyla Sağlık Bakanlığı ’na aktarılan “Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi ”ne geçilmiştir. 30 Eylül 2012 tarihinden itibaren 81 ili kapsar duruma getirilmiştir. “ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı” veya sigara bırakma poliklinikleri yoluyla kişiler sigaranın zararları hakkında bilgilendirilmekte ve bağımlılık seviyeleri tespit edilmeye çalışılmaktadır.

2018 tarihli ve 30616 sayılı Resmi Gazetede “Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un uygulamaya koyulmasıyla birlikte tütün ürünü paketlerinde uyarı alanının boyutu %85'e çıkarılmıştır (7151 Sayılı Kanun, 2018).

2018-2023 yılları arasında ülkemizde hazırlanmış olan “Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı” ile yapılması gerekenler detaylı bir şekilde açıklanmış ve değişik açılardan toplum sağlığının korunmasını hedefleyen bir plandır.

Türkiye, tütün kontrolü ile ilgili düzenlemelerin uygulamaya geçirilmesi sonrasında; DSÖ’nün “2013 Küresel Tütün Epidemisi Raporu”nda M-POWER stratejilerinin tümünü uygulayan ilk ülke olmuştur. “2019 Küresel Tütün Epidemisi Raporu”nda ise Brezilya ile birlikte MPOWER politika

paketi kriterlerinin tamamını yerine getiren iki ülkeden biri olduğu belirtilmektedir (59).

2.7 SİGARA BIRAKMA YÖNTEMLERİ

Sigara kullanımı dünyada önlenabilir morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Sigara içeriğinde bulunan nikotin maddesi, bağımlılık oluşmasında güçlü bir etkidir. Amerikan Psikiyatri Derneği, tütün alışkanlığını bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilere neden olan psikiyatrik bozukluk olarak tanımlamıştır. Sigara içen bir kişinin tedavi planlaması madde bağımlılığındaki gibi olmalıdır. Sigara bırakma tedavisinde en iyi sonuçlar davranış tedavisi ile motivasyonel destek tedavisi ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarının her ikisinin birlikte kullanılması ile elde edilmiştir (8).

2.7.1 Bilişsel ve Davranışçı Yöntemler

Karşılaşılan her hastanın tütün kullanım durumunun sorgulanıp değerlendirilmesi, kayıt edilmesi ve sigarayı bırakması için motive edilmesi ilk ve en önemli adımdır. Her hasta için kendi tütün bağımlılığı durumuna göre en uygun tedavi anlatılıp önerilmelidir. Hasta sigarayı bırakma konusunda isteksiz ise mutlaka motivasyonel destek verilmelidir (60).

Tütün bağımlılığının tedavisinde hekimlerin sorumlulukları; tütün ürünü kullanmayarak olumlu örnek oluşturmak, hastalarına tütün bağımlılığı konusunda bilgi verip tedavi konusunda destek olmak, tütün bağımlılığı tedavisini uygulamak, tütün kontrol çalışmalarına etkin katılım ve destek sağlamaktır. Bu konuda geliştirilmiş bazı bilimsel yaklaşımlar bulunmaktadır. 5A ve 5R yaklaşımı bunlardan biridir. Her hastaya tütün ürününün bırakmak isteyip istemediği sorulmalıdır (60).

Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarda 5A, düşünmeyen hastalarda ise 5R yöntemlerinin uygulanması önerilmiştir (60).

Sigarayı Bırakmayı Düşünen Bireyler İçin 5A (Türkçe karşılığı 5Ö) Yaklaşımı:

1. Ask – Öğren: Hastaya her görüşmede sigara kullanım durumunu sor ve cevabını değerlendir.

2. Advice – Öner: Sigara kullanan herkese bırakmayı öner. Bu öneri doğru bilgiler ve net ifadeler içermeli ayrıca her birey için özel olmalıdır.

3. Assess – Ölç: Her hastanın bırakma girişimi konusundaki isteğini değerlendir. Verdiği yanıtı derecelendir.

4. Assist – Önderlik et: Hastaya bırakma konusunda yardımcı ve destek ol. Hasta ile birlikte bırakma günü belirle, karşılaşacağı zorlukların çözümleri konusunda tavsiye ver, motivasyonu sağla, gerekirse sosyal destek ver ve uygun tedavi seçeneğini öner.

5. Arrange – Örgüt: Hastanın sigarayı bırakma sürecindeki çabalarını desteklemek için düzenli olarak takip et ve karşılaştığı zorlukları sor. Tekrar kullanmaya başladı ise nedenlerini sor, çözüm yolları geliştir, farmakoterapi etki ve yan etkilerini sorgula (61).

Sigarayı Bırakmayı Düşünmeyen Bireyler İçin 5R Yaklaşımı:

1. Relevance – İlişki: Sigara kullanımının olumsuz yönleri bireyle ilişkilendirilmeye çalışılır. Kişinin veya yakınlarının sahip olduğu hastalıklar, hastalık endişesi, kişinin meslek durumu ve çalışma sırasında karşılaştığı bazı durumların sigara kullanımı ile ilgili olabileceği tartışılır.

2. Risks – Riskler: Sigara kullanımının öncelikle sağlık açısından bilinen uzun ve kısa vadedeki ciddi riskleri konuşulur. Bunun haricinde çevre sağlığı, ekonomi, toplumsal yaşam, pasif etkilenim konusundaki riskler tartışılabilir.

3. Rewards – Ödüller: Bireyin sigarayı bırakması önemli bir başarı olup bu başarı kutlanmalıdır. Sigarayı bırakmanın sağlayacağı yararlar öne çıkarılır. Bireyin sağlığına kavuşması en önemli ödüdür. Nefes alıp verişinin rahatlaması, sabahları dinlenerek uyanması, yediklerinin tadını daha iyi alması gibi en ufak olumlu gelişmelerin bile öne çıkarılması iyi bir yaklaşımdır. Maddi kazanç konusu da konuşulabilir.

4. Roadblocks – Engeller: Bırakma sürecinde karşılaşılabilecek olan nikotin yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, sigara içme hatası, kilo alma gibi konular önceden konuşulmalı ve buna karşı hazırlıklı olması sağlanmalıdır. Evde, çevresinde veya yakın arkadaşları arasında sigara içen kişilerin varlığı da dikkate alınması ve konuşulması gereken bir durumdur.

5. Repetition – Tekrar: Bütün görüşmelerde destekleyici yaklaşım ve motivasyonel görüşme tekrarlanmalı. Sigara bırakma sürecinde nüksün sık rastlanan bir durum olduğu ve umutsuzluğa düşmeden bırakma sürecinin tekrarlanması gerektiği kişilere açıkça anlatılmalıdır (61).

Hekimin hasta ile üç dakika veya daha kısa süreyle görüşmesi bile bırakma oranını iki katına çıkartmaktadır. Davranışsal tedavi kişisel veya gruplar halinde verilebilir. Süre arttıkça tedavinin etkinliği de artmaktadır. Sigara bırakma konusunda hastaların cesaretlendirilip aile ve arkadaşlarının da yardımıyla sosyal destek sağlanması hedeflenen sigarasız ortama daha kısa sürede ulaşılmasında etkilidir (62).

2.7.2 Farmakolojik Tedavi

Sigara bırakma tedavisinde kullanılan farmakolojik tedavide üç grup ilaç bulunmaktadır: NRT (Nikotin replasman tedavisi), bupropion ve vareniklin.

2.7.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

Sigarada bulunan bağımlılık yapıcı asıl maddenin nikotin olması nedeni ile sigara bırakma tedavisinde nikotin kullanılabileceği düşünülmüştür. Uygulamada görülen görece başarılar nedeniyle halen sıkça kullanılmakta olan bir tedavi seçeneğidir (63). Nikotin replasman tedavisi, sigara içme isteğini ve yoksunluk semptomlarını azaltıcı etkisi ile sigara bırakma üzerinde oldukça etkilidir, ayrıca nüksü azalttığı da görülmüştür. Sigara içimine göre daha az ve yavaş nikotin salınımı sağlamakla birlikte yoksunluk semptomlarını da belirgin olarak azaltır ve daha düşük oranda bağımlılık meydana getirir (64).

NRT için kullanılan formlar; transdermal nikotin bandı, nikotin sakızı, nazal sprey, sublingual tablet ve inhalerdir. Ülkemizde bu formlardan nikotin sakızı ve transdermal nikotin bandı bulunur (64).

Nikotin sakızı; 2 ve 4 mg'lık olmak üzere iki formu vardır. Günde 25 adetten az sigara içenlerde 2mg'lık form, 25 adet ve daha fazla sigara içenlerde 4mg'lık form kullanılır. Günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilir. Tedavi süresi 8 - 12 haftadır. Sakız aralıklı olarak yanak mukozasında bekletilir ve 30 dakika ağızda tutulur. Oluşabilecek yan etkiler; mide bulantısı, hazımsızlık, boğaz tahrişi, oral mukozada

enflamasyon, dişetinde hemoraji, hıçkırık, baş ağrısıdır. Miyokard enfarktüsü, unstabil angina, kardiyak aritmi, gebelik, emzirmede kontrendikedir (65).

Nikotin bandı; 24 saatte bir ve 16 saatte bir kullanılan iki formu mevcuttur. 16 saatlik olan formunun; 10 mg, 15 mg, 25 mg'lık preparatları mevcut iken 24 saatlik formunun; 7 mg, 14 mg, 21 mg'lık formları mevcuttur. Her iki formda da yeni bant sabahları kuru, temiz, tüysüz, ulaşımı kolay herhangi bir bölgeye yapıştırılır. Uygulama yeri her gün değiştirilmelidir. 16 saatlik formda bant yatmadan önce çıkartılır. Tedavi ile birlikte sigara içilmemesi gerektiği konusunda hasta uyarılmalıdır (65). Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde yüksek dozdan başlanır, bu dozda 4 hafta devam edilir. Daha sonra da 2' şer hafta süreyle diğer formlara geçilerek tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. Günde 10-15 adet sigara içenlerde düşük dozlarda başlanabilir (65). Bantların yan etkileri; uygulama yerinde alerjik reaksiyon, aritmi, taşikardi, baş ağrısı, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, uykusuzluk, bulantı, kas ağrısı, sersemlik, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık ya da ishal, eklem ve sırt ağrısı görülebilir. Miyokard enfarktüsü, Unstabil angina, kardiyak aritmi, gebelik, emzirmede kontrendikedir (64).

2.7.2.2 Bupropion

Bupropion; non-trisiklik, amino-keton bir antidepresan ajandır. Etki mekanizmasını noradrenalin-dopamin geri alımını zayıf inhibe ederek ve nikotinik asetilkolin reseptör blokajı yaparak gösterir. Mezolimbik sistemde dopaminin ve lokus koeruleusda noradrenalinin geri alımını inhibe eder ve nikotin yoksunluk semptomlarını azaltır. Bupropionun sigara bıraktırma etkisi, antidepresan özelliğinden bağımsızdır (66).

Bupropion kullanımı; 300 mg/gün dozunda 7-12 hafta kullanımı önerilir. 150 mg' lık tabletleri mevcuttur. Tedaviye sigara bırakılmadan önce başlanarak ilk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2x1) olarak kullanılır. Yaşlılarda önerilen doz günde bir kez 150 mg' dır. 7-14 gün içindeki bir tarihte hedef bırakma günü hasta tarafından belirlenir. Hasta tedavi altındayken sigarayı bırakır ve tedavi aynı dozda sürdürülür.

Bupropionun en sık görülen yan etkileri; baş ağrısı, uykusuzluk ve ağız kuruluğudur. Bupropion kontrendikasyonları; konvülziyon, konvülziyon eşliğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı, MSS travması, yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanımı, 18 yaşın altında olmak ve gebelik. Ciddi yoksunluk belirtileri olan veya monoterapi ile başarı sağlanamayan hastalarda NRT ve bupropion kombine kullanılabilir (64).

2.7.2.3 Vareniklin

Vareniklin, alkaloid sistisin bitki yapısının modifiye edilmesi ile geliştirilmiş bir ajandır. Nikotinik reseptörlerden $\alpha 4 \beta 2$ subünitelerini içerenler, nikotin bağımlılığı ve sigara içme isteği gelişiminde etkilidir. Vareniklin ise $\alpha 4 \beta 2$ reseptörleri uyarır ve nikotinik agonist etkileri ile nukleus akkumbensden dopamin salınımına neden olur, bu nedenle hastalar vareniklin kullanırken nikotin alsa dahi dopamin salınımında artış gözlenmez (antagonist etki). Vareniklin, agonist ve antagonist fonksiyonları sayesinde bağımlılığı azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller (66).

Vareniklin, sigara bırakma tedavisinde ilk ilaç olarak tercih edilebilir ya da daha önce farklı bir ilaçla sigarayı bırakmayı denemiş fakat nüks görülmüş hastalarda denenebilir (66).

Vareniklin kullanımı, hasta sigara içmeye devam ederken başlanır. Tedavi başlangıcında ilk 3 gün 1x0,5 mg, 4-7. günler arası 2x0,5 mg, 8. günden itibaren 2x1 mg olacak şekilde tedavi düzenlenir. Hasta ilaca başlamasından sonraki 7-14 gün içinde sigara bırakma günü belirler. Tedavi süresi 12 haftadır.

Vareniklinin en sık görülen yan etkiler; bulantı, uyku sorunları, anormal rüya artışı, baş ağrısı ve gastrointestinal yakınmalardır. Vareniklin kontrendikasyonları; Gebelik ve emzirme, ağır depresyon ve ağır renal yetmezlik (67).

2.7.3 Sigarayı Bırakma Tedavisinde Kanıta Dayalı Olmayan Yöntemler

2.7.3.1 Hipnoterapi

Hipnoz, kişinin hayatındaki depresyon, anksiyete, bağımlılık gibi bazı sorunları tetikleyen, kötüleştiren ve/veya devam ettiren uyumsuz

düşüncelerin, duyguların, davranışların belirlenmesinde ve değiştirilmesinde etkisi kanıtlanan bilimsel bir yöntemdir. Hipnoterapi ise hipnozun tedavide kullanılmasına verilen isimdir (68).

Hipnoterapi, sigarayı bırakmaya yardımcı olmak için yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Sigara içme arzusunu azalttığı, hastanın nikotin yoksunluk semptomlarının önüne geçtiği belirtilmiştir. Sigarayı bırakma iradesini güçlendirmek için altta yatan dürtülere göre hareket edilmesi amaçlanmıştır (69).

Sigarayı bırakmak için farmakolojik tedavi almasına rağmen bırakamayan, ilaç kullanmak istemeyen, yan etkiler nedeni ile ilaç kullanamayan, gebelik ve emzirme gibi bazı nedenlerle ilaç kullanamayan hastalar için bilişsel davranışsal terapi ile hipnoterapinin beraber kullanımının uygun ve etkili bir tedavi seçeneği olduğu görülmüştür. Hipnoterapi ve ilaç tedavisi birlikte de kullanılabilir. Yapılan çalışmalarda farmakolojik tedavilerle birlikte hipnoterapinin kullanılmasının sigara bırakma başarısını artırdığı gösterilmiştir (70).

2.7.3.2 Akupunktur

Akupunktur, kökeni geleneksel Çin tıbbına dayanan insan vücudundaki enerji noktalarını uyarmak için genellikle iğneler kullanılan bir yöntemdir (71).

Akupunktur, 1977'den itibaren farklı ülkelerde sigarayı bırakmak için kullanılmıştır. Klinik ve deneysel çalışmalarda, akupunkturun endojen opioidlerin salınımını arttırarak ya da sigara içme isteğini baskılayarak yoksunluk semptomları için etkili olduğu bulunmuştur (72).

Tedavi noktaları dışındaki bölgelere uygulanan ve plasebo etkisinden yararlanan sahte (sham) akupunktur yöntemi de kullanılmaktadır. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, tedavi noktalarına uygulanan akupunkturun (aktif akupunktur) sigarayı bıraktırma başarısına dair bir kanıt bulunamamıştır. Akupunkturun en azından kısa süreli olarak hiçbir şey yapmamaktan daha iyi olabileceği ancak bunun bir plasebo etki de olabileceğinin muhtemel olduğu belirtilmiştir (71).

Clavel Chapelon ve meslektaşları, sigarayı bırakmada akupunktur tedavisinin etkinliğini araştırmıştır. Bu çalışmada bulunan farklı gruptaki denekleri 8 ay ve 5 yıl boyunca gözlemlemişlerdir. Bu çalışmada, sigara bırakma tedavisi için akupunktur noktalarına yapılan uygulamanın uzun süreli bir tedavi sonrasında etkili olduğu, tedaviden kısa süre sonra sigara tadında bozulma hissi ve bunun daha az sigara içme eğilimine neden olduğu gözlemlenmiştir (73).

2.7.3.3 Biorezonans

Biorezonans, tıpta birçok hastalığın tanı ve tedavisinde kullanılan fiziksel bir yöntemdir. Biorezonans, bitki ve hayvan bedenlerinde ve hücrelerinde bulunan doğal titreşimleri (rezonans) kullanır. Her hücre belirli bir frekansta titreşir. Eğer hücre hastalanırsa, normal frekansından farklı bir frekansa sahip olur ilkesi ve ilgili teknolojiler kullanılarak, hastalıkların teşhis ve tedavisine yeni yaklaşımlar getiren cihazlar ve araçlar geliştirilmiştir. Biorezonans tedavisi, tıp biliminde öne çıkan teknolojiler olarak ortaya çıkan kuantum tıbbının bir parçasıdır (74). Yöntemin kullanılması, 1900'ü yılların başına denk gelmektedir. Biorezonans 1977'de piyasaya sürülen bir cihazla (MORA) tekrar gündeme gelmiş ve MORA tedavisi farklı hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır. Olgulara öncesinde sigara içirilmiş ve daha sonrasında bu sigara ve külleri küçük bir şişeye koyulmuş, ardından bu şişe rezonansı sağlayacak cihaza yerleştirilmiş ve cihazın probu hastanın el, ayak ve alın bölgesine temas ettirilmiştir. Elde edilen elektromanyetik dalgalar düzenlenip kişiye tekrar verilmiştir. Bu yöntem kanıta dayalı olmayan teoriye göre çalışan bir sistem olup biorezonans konusu hala tam olarak aydınlatılamamıştır (75).

2.8 SİGARA BIRAKMA BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

1. Niyet etmek, kararlı olmak ve motivasyon: Sigarayı bırakmayı çok istemek, yapabileceğine ve kendi gücüne inanmak, sigara içmekten mutlu olmamak, sigarayı stresle baş etme yöntemi olarak kullanmamak, sosyalleşmek için kullanmamak gibi faktörlerin sigara bırakma başarısı üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Sigaraya bağlı hasta olma düşüncesi yerine sağlıklı olarak hayatını sürdürme isteğinde olmak, kendine saygı,

mutluluk ve özgürlüğünü artırma isteğinde olmak düşüncesi ile motive olanların daha başarılı olduğu gösterilmiştir (76).

2. Deneyim: Yapılan çalışmalarda, kişinin geçmişteki bırakma denemelerinin sayısının ve süresinin, bırakma başarısı üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Diğer yandan yakın zamanda bırakmayı denemiş olan kişilerin relapsa daha yatkın olduğu bildirilmiştir (76).

3. Sosyodemografik Özellikler: Yapılan çok sayıda çalışmada; erkek cinsiyet, ileri yaş, eğitim ve sosyoekonomik düzeyin iyi olması, iş sahibi olmak, yalnız yaşamamak (evli olmak ya da bir eş ile yaşıyor olmak) gibi özelliklerin sigara bırakma başarısı üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir. Diğer yandan polikliniğe başvuran hasta profilinin değişken olabileceği, kesin sonuçlar için çok popülasyonlu çalışmalara bakılması gerektiği belirtilmiştir (77).

4. Bağımlılık: Nikotin bağımlılık düzeyi bırakma girişiminin önemli belirleyicilerindendir. Bağımlılık ölçütleri arasından özellikle sabah ilk içilen sigaranın zamanı oldukça belirleyicidir (6).

Ayrıca sigara içmeye başlama yaşı, daha uzun süredir sigara kullanıyor olmak, daha fazla sayıda sigara içmek de bırakma başarısını etkilemektedir. Bu konularla ilgili farklı sonuçlar bildiren çalışmalar vardır (78). Sigara bağımlılığını ölçen Fagerström bağımlılık testinde olduğu gibi, bağımlılığı değerlendirmede esas olarak fiziksel bağımlılık boyutu değerlendirilse de, sigara içme ile ilişkili davranışsal bileşenler de değerlendirilmelidir. Sigara içme eylemi ile uyarılan dokunma gibi birçok duyu, el ağız alışkanlığı gibi faktörler de değerlendirilmelidir çünkü bırakma sürecinde kimi içiciler için sigara içme dürtüsü hep canlı kalmaktadır (6).

5. Psikolojik faktörler: Bazı psikiyatrik bozuklukların (özellikle depresyon ve anksiyete), artmış sigara içme sıklığı, artmış düzeyde bağımlılık ve artmış nikotin yoksunluk semptomları ile ilişkisi bulunmuştur (6).

6. Komorbidite: Sigara kullanımına bağlı özellikle kanser gibi hayati hastalıkların oluşması, kişilerin sigarayı hemen bırakmasına neden olabilmektedir. Ancak yapılan çalışmalar, kronik kalp ve akciğer hastalığı olanların sigara bırakma başarısının daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu durum ise kişilerin kronik hastalıkla beraber aynı zamanda daha ağır içici

olduğunun da bir göstergesi olduğundan; bu kişilerin bırakma başarılarının düşük olmasını açıklayabilir (79).

7. Dinamik Faktörler: Bırakma süreci relapsı da kapsayan bir süreçtir. Relaps için ana sebeplerden biri olan yoksunluk semptomlarının (sinirlilik, depresyon, uyku bozuklukları, ağız yaraları, kabızlık gibi) şiddeti ve süresi içiciden içiciye değişmektedir (80).

Sigara dumanının solunması, bırakma sürecinde olan kişide nikotin fizyolojik zorlanmaya neden olur ve bu durum içmek için psikolojik istek uyandırabilir. Evde, iş yerinde sigara içen kişilerin olması gibi durumlar da bırakma sürecinde olan kişinin başarısını etkilemektedir (81).

Kilo artışı da sigara bırakma sürecini olumsuz etkilediği gösterilen çbir konudur. Bırakma sürecinde kilo alma korkusunun bırakma girişimi için olumsuz etkisi olduğunu fakat relaps için bir tetikleyici olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (82).

8. Genetik: Genetik farklılıklar ile açıklanabilen bazı farmakolojik ve psikolojik farklılıkların, kişilerde sigara bırakma başarısında görülen değişkenlikleri açıklayabileceği belirtilmiştir (83).

2.9 RELAPS VE LAPS

Sigarayı bırakma sürecinde bir tane sigara içilmesi veya birkaç nefes sigara içilmesine kayma(slip), birkaç gün en az bir tane sigara içimine hata(laps), sigara içiminin başlangıç düzeyine geri dönmesine ise nüks (relaps) adı verilir (6). Sigara içilmeden geçen sürenin uzunluğu, sigara bırakma başarısının en değerli göstergesidir. Sigarayı bırakmış her hastanın en az 6 -12 ay süre ile takibi önerilmektedir (6). Sigarayı yeni bırakan hastalarla yapılan her görüşmede; verdikleri bırakma kararı, bırakma döneminde yaşadığı sıkıntılar, kendisiyle veya bulunduğu çevreyle ilgili olası tehlikeler, yoksunluk semptomları ile ilgili yaşadığı sıkıntılar ve başarısı hakkında uzun uzun konuşulmalı, başarısı kutlanmalı ve bırakma sürecinden sonra yaşayabileceği sıkıntılar konusunda çözümler önerilmelidir. Çünkü bu hastalarda oluşabilecek en büyük sıkıntı nükstür ve nüksün oluşmaması için hastalar bırakma öncesi ve sonrası dönemde sık sık motive edilmelidir (84). Hatanın (laps), nükse (relaps) dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen,

kişinin hatasına karşı gösterdiği bilişsel tepkileridir. “Benim iradem zayıf, ben kontrolsüzüm” demek yerine “Benim bir sigara içmem, iradesiz olduğumu göstermez, hata yaptığımı gösterir. Ben hatayı tekrarlamazsam amacıma ulaşabilirim” şeklindeki düşünce değişikliği oluşturulması tedavi sürecinde oldukça etkili olacaktır (11).

Nüks ihtimali ilk haftalarda daha yüksektir ancak uzun süre sigarayı bırakanlarda da nüks görülebilmektedir (10). Kendi kendine sigarayı bırakmayı deneyen hastaların üçte biri ya da yarısı ilk birkaç günde, %50-60’ı ilk iki hafta içerisinde sigara içmeye tekrar başlamaktadır (7). Sigarayı bıraktıktan sonraki ilk yılda nüks oranı % 60-90, ikinci ve altıncı yıllarda bu oran % 2-4, 10 yıl sonra ise % 1’e düşmektedir (6). Davranışsal bilişsel destek ve ilaç tedavisi kullanılan hastalarda bile sigara bırakma gününden sonraki ilk 4 hafta içerisinde bırakma oranı %37 olarak bulunmuştur (9).

Erken görülen nükslerin (ilk hafta içinde görülenlerin) en sık nedenlerini; yoksunluk semptomları ve aşırı sigara içme isteği oluşturmaktadır (6). Geç dönemde görülen nükslerin altında yatan asıl nedenler ise; sigara içme davranışı ile birlikte yapılan günlük hayattaki rutin alışkanlıklar ve bunların sigara içme isteğini hatırlatmasıdır (10).

Nüksü Arttıran Durumlar; (6, 10)

- Genç yaş
- İçilen sigara sayısının fazla olması
- Düşük eğitim düzeyi
- Sağlık okuryazarlığının az olması
- Alkol tüketimi
- Çevrede sigara içilmesi (aile, arkadaş, iş ortamı)
- Sigarayı bıraktıktan sonra karşılaşılan zorluklar (kilo artışı vb)
- Depresif, sinirli, stresli, kaygılı kişilik özelliklerine sahip olmak
- Ekonomik sıkıntı
- İş yükünün fazla olması
- İsteddiği zaman kolayca bırabileceğine inanmak
- Ayrılık veya kayıp yaşanması
- Bırakma süresinin bir yıldan az olması
- Sağlık veya gelecekle ilgili kaygıların olmaması

- Aşırı çay, kahve tüketimi

Nüksün Önlenmesi

Nüksün önlenmesinde en önemli konu; hastaları bu süreçte yaşayabilecekleri fiziksel ve psikolojik sıkıntılar hakkında önceden bilgilendirmek ve bırakma sürecinde bu durumlarla başa çıkma yeteneği kazandırılmasıdır. Asıl önemli olan bu süreçte “yaşam tarzı değişikliği”nin oluşturulmasıdır (10).

- ✓ Hastalara nüks hakkında bilgi verilmeli ve bırakma sürecinde veya sonrasında sadece bir nefes bile olsa sigara içmenin nüks ihtimalini arttırabileceği anlatılmalıdır. Kişilerin, hata veya kayma durumunda yapması gerekenleri yazdığı bir kart hazırlanabilir. Yol gösterici bu kartta: “• Sakin ol! • Derin nefes al! • Bu bir hataydı geçti! • Tekrar aynı hataya düşme! • Bırakma nedenlerini hatırla! • Kazandıklarım! • Kazanacaklarım! • Çabalarım! • Başa dönmek istemiyorum! • Başaracağım!” vb yazılar yazılabilir ve gerektiğinde kullanılmak üzere göz önünde bulundurulması önerilebilir (6).

- ✓ Yoksunluk belirtileri hakkında bilgi verilmeli. İlk 2-3 hafta yoksunluk belirtilerinin yaşanabileceği ama bunların geçici olduğu anlatılmalı ve bu durumlarla baş edebilme önerileri verilmelidir.

Uykusuzluk sorunu yaşayan hastaya uyku hijyeni anlatılmalı (Yatmadan 2-3 saat önce çay kahve tüketimi sonlandırılmalı, televizyon bilgisayar ve telefona gece geç saatlere kadar bakılmamalı, gün içinde fiziksel aktiviteler artırılmalı).

İştah artışı sorunu yaşayan hastalara fiziksel aktivite, diyetle kısıtlama yapılması, su içilmesi önerilerinde bulunulmalıdır.

Huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik, aşırı tepki verme sorunu yaşayan hastalara yürüyüşe çıkılması, duş alınması, spor yapılması, müzik dinlenmesi gibi aktiviteler önerilebilir (53).

- ✓ Hasta tarafından sigara içmesini tetikleyen ve aşırı sigara içme arzusu uyandıran durumlar önceden tespit edilmeli, önlemler alınmalı, bu istek geldiğinde yapılması gerekenler konuşulmalı.

Hastanın Nerede?, Kiminle?, Neden?, Ne zaman? Sigara içtim? Sorularını sorması sağlanmalı ve bu tetikleyici unsurlara karşı dikkatli olunmalı. Sigara içilmesine sebep olan durumu sapta, saptanan durumlara karşı önlem al, aynı durumla tekrar karşı karşıya kaldığında daha kararlı ol, sigara bırakma kararını ve sigara bırakma nedenlerini gözden geçir, harcanılan çabayı hatırla, sigara içen kişilerle aynı ortamda bulunma, sigarayı bırakmasını destekleyen kişilerle konuş, (sigarayı bırakmış kişiler, aile üyeleri veya doktoru), sigara paketi alma, sigarayı hatırlatan herşeyi uzaklaştır (6).

- ✓ Hastalara hata yaptıklarında nasıl davranmaları gerektiği anlatılmalı.

Her şey yolundayken tetikleyici bir nedenle kendinizi sigara içerken bulursanız:

- Hayal kırıklığına kapılmayın, kendinizi suçlamayın.
- Mücadeleden vazgeçmeyin.
- Bunun nedeninin nikotinin bağımlılığından kaynaklandığını hatırlayın.
- İçmemeyi sürdürün. Bir kez içmiş olmanız sigaraya tekrar başladığınızı göstermez. İçmeye devam etmediğiniz sürece hala sigarayı bırakmış bir bireysiniz (53).

Nüks Tedavisi

Davranışsal ve farmakolojik tedavi yöntemleri, sigarayı bırakmak için motive olan hastalarda etkili yöntemlerdir. Ancak yapılan çalışmalar, herhangi bir davranışsal yöntemin kısa sürede nüksten korumaya yönelik kullanımını desteklememektedir. Genel görüş, başlangıçta sigara bırakma girişimlerini desteklemenin, uzun süreli nüks önleme stratejilerine yoğunlaşmaktan daha etkili olabileceği şeklindedir (10).

Davranışsal-Bilişsel Yöntemler

Relaps için yüksek riskli durumlar kişiden kişiye değişebilmektedir. Hatta aynı bireylerde de farklı zamanlarda farklı bir durum nedeniyle nüks görülebilmektedir. Bu nedenle; nüks tedavi edilirken öncelik nüks nedenleri

tespit edilmeli ve bu nedenlere yönelik bilişsel yöntemler kullanılmalıdır (12).

Farmakolojik Yöntemler

Günümüzde sigara bırakma tedavisinde kullanılan vareniklin, bupropion ve nikotin replasman tedavisi (NRT), nüks geliştikten sonra nüks tedavisinde de kullanılmaktadır (10).

Nüks tedavisi düzenlenirken;

- Farmakolojik tedavi almadan bıraktıysa; herhangi biri seçilebilir.
- Farmakolojik tedavi alıp bıraktıysa; hastanın daha önce tedavide kullanmadığı ilaçlar tercih edilebilir.
- Farmakolojik tedavi aldığı sırada nüks geliştirse ilaçlar kombine edilerek kullanılabilir.
- Tedavi süresi uzatılabilir (6).

Tedavide kullanılan her üç ilacın da (NRT, bupropion ve vareniklin) hem sigara bırakma tedavisinin başlangıcında hem de tedavi süresinde nükslerin önlemesinde etkili olduğu bulunmuştur (6).

Nüks ve NRT: NRT'nin nüksü önlemedeki başarısını araştıran geçmiş dönemdeki çalışmalarda özellikle nikotin sakızının plasebo ile karşılaştırıldığında; nikotin sakızının daha etkili olduğu bulunmuştur (10). Nikotin replasman tedavisinin gerek duyulması halinde 6 aya kadar kullanılmasının bilinen bir sağlık sorunu oluşturmayacağı ve ürüne karşı bağımlılık gelişiminin ise nadir görüldüğü bildirilmiştir (6).

Nüks ve Bupropion: Bupropionun da 6 ay kadar kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır (6). Ancak bupropion ile yapılan çalışmalarda süresi uzatılmış tedavinin nüksü önlemede başarısız olduğu bulunmuştur (10). Yapılan başka bir çalışmada; bupropion ile plasebo grubu karşılaştırılmış, bupropion kullananlarda nüks gelişme süresi sigara bıraktıktan 156 gün sonra plasebo grubunun ise 65 gün olarak bulunmuştur (85). Bupropion ve nikotin bandının kullanıldığı bir çalışmada; özellikle kadın cinsiyet ve depresyon öyküsü olanların bir yıl sonunda bırakma oranlarında bupropionun, nikotin bandına göre üç kat daha etkili olduğu bildirilmiştir

(86). Bupropionun tedavi sürecinde nüks gelişimini azalttığı ancak tedavi sorası izlemlerde etkili olmadığı gözlenmiştir (6).

Nüks ve Vareniklin: Nüks tedavisinde başarı ve maliyet/etkinlik açısından en çok değerlendirilen ilaç vareniklidir. Vareniklin ile yapılmış çalışmaların bazılarında süresi uzatılmış tedavi ile nüksün önlemesi, bazılarında ise nüks gelişen olgularda nüks tedavisinin maliyet/etkinliği değerlendirilmiştir (10). Nüks önleme konusunda az sayıdaki çalışmalara göre nüks önlemede başarılı olabildiği bildirilmiştir (10).

Sigara bırakma tedavisinde belirlenen sigara bırakma gününde sigarayı bırakamamış, daha geç dönemde (11. hafta) başarılı olmuş hastalarda vareniklin tedavisine 6 ay devam edilmesinin bu kişilerde nüksü azalttığı gösterilmiştir (87). Vareniklin tedavisinin uzatılması ile nüks oranının azaldığını gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (6).

Özetle:

Nüks birçok faktörle ortaya çıkan, hem önlenmesi hem de ortaya çıktıktan sonra yeniden tedavi edilmesi açısından henüz tam olarak aydınlatılamamış bir konu olmaya devam etmektedir (10).

Nüks durumlarında tedavinin seçimi, kombine edilmesi ve süresi, hastanın tedaviden en iyi yarar göreceği şekilde planlanmalıdır (6).

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 ÇALIŞMA

Bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu onayı (karar no:2021/0493) alınarak Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'nde 20 Ekim 2021 – 20 Nisan 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Sigara bırakma polikliniğine başvurup çalışmamıza katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası hastalara sosyodemografik özellik, sigara kullanım alışkanlıklarının sorgulanacağı anket formu ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) uygulanmıştır. Sigara bırakma polikliniğine 20 Ekim 2021 – 20 Nisan 2022 tarihleri arasındaki 6 aylık dönemde başvuran 400 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. Sigara bırakma polikliniğine başvuran daha önce en az bir kere başarısız sigara bırakma girişimi olmuş hastalar
2. 18-65 yaş arasında olmak
3. Sözlü ve yazılı onam vermek

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

1. 18 yaş altında olmak
2. Sözlü ve yazılı onam vermemek

3.1.1 Veri Toplanması

Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, doğum yeri, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, annenin/babanın eğitim düzeyi), kronik hastalıkları, daha önce psikiyatrik hastalık tanısı/tedavisi alıp almadıkları, alkol kullanımı, sigara içme davranış ve tutumları (sigara başlama yaşı, kaç yıldır sigara içtiği, sigaraya başlama nedeni, şu anda içilen sigara miktarı, çocukken yaşanan evde sigara içilme durumu, şu anda yaşanan evde başka sigara içen kişilerin olup olmadığı, evin hangi bölümünde sigara içildiği, iş yerinde/arkadaş ortamında sigara içilme durumu, sigara içilmesini tetikleyen durumlar, sigarayı bırakmayı isteme nedenleri, önceki sigarayı bırakma deneyimlerinin sayısı ve süresi, bırakma sürecinde hata yapıp yapılmadığı, bırakma denendiğinde karşılaşılan güçlükler, bırakmak için profesyonel destek alınıp alınmadığı, hangi desteğin alındığı, bırakmadan önce içilen sigara miktarı, bıraktıktan sonra başka tütün ürünü kullanılıp kullanılmadığı, tekrar sigaraya başlama nedenleri sorgulanan anket formu ve depresyon, anksiyete ve stres ölçeği (DASÖ-21) uygulanarak kaydedildi.

3.2 TANIMLAR

Anket Formu: Anket formunda hastaların sosyodemografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, doğum yeri, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, annenin/babanın eğitim düzeyi), kronik hastalıklarının, daha önce psikiyatrik hastalık tanısı/tedavisi alıp almadıklarının, alkol kullanımının, sigara içme davranış ve tutumlarının (sigara başlama yaşı, kaç yıldır içildiği, sigaraya başlama nedeni, şu anda içilen sigara miktarı, çocukken yaşanan evde sigara içilme durumu/kimlerin içtiği, şu anda yaşanan evde başka sigara içen kişilerin olup olmadığı, evin hangi bölümünde sigara içildiği, iş yerinde/arkadaş ortamında sigara içilme durumu, sigara içilmesini tetikleyen durumlar, sigarayı bırakmayı isteme nedenleri, önceki sigarayı bırakma deneyimlerinin sayısı ve süresi, bırakma sürecinde hata yapıp yapılmadığı, bırakma denendiğinde karşılaşılan güçlükler, bırakmak için profesyonel destek alınıp alınmadığı, hangi desteğin alındığı, bırakmadan önce içilen sigara miktarı, bıraktıktan sonra başka tütün ürünü kullanılıp

kullanılmadığı, tekrar sigaraya başlama nedenleri) sorgulandığı toplam 34 adet soruya cevap vermeleri istenmiştir. Anketi doldurmak yaklaşık 10 dk sürmüştür. Sorulara mümkün olduğu kadar tek seçenek ile cevap vermeleri istenmiştir. Sorulara, altında bulunan a,b,c,d,e,f,g,h... şıklarından birini ya da ‘birden fazla işaretlenebilir’ yazan sorulardan birkaçını işaretleyerek cevaplandırmaları istenmiştir. Verilen şıklarda, uygun cevaplar olmadığı takdirde, “Diğer ... veya Belirtiniz ...” şeklindeki boşluklara yanıtlarını yazmaları istenmiştir. Cevap için ayrılan kısımlar yetmediği takdirde, anket formunun boş kısımlarını da yanıt için kullanabileceklerdir.

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21): Hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini belirleyebilmek amacı ile “DASÖ-21” ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekte depresyon, stres ve anksiyete düzeylerini ölçmek için her kategoriye ait 7’şer soru bulunmaktadır. Ölçek 4’lü Likert Tipi Ölçek olup; 0 puan “bana uygun değil”, 1 puan “bana biraz uygun”, 2 puan “bana genellikle uygun” ve 3 puan “bana tamamen uygun” şeklinde kodlanmıştır. Ölçekteki stresi değerlendiren sorular (1,6,8,11,12,14,18), anksiyeteyi değerlendiren sorular (2,4,7,9,15,19,20), depresyonu değerlendiren sorular (3,5,10,13,16,17,21) olmak üzere 3 alt grup bulunmaktadır. Her alt grup kendi içerisinde değerlendirilir. Değerlendirmede alt gruplar için toplanan puanlara göre her grup ayrı olarak normal,hafif,orta,ağır ve çok ağır olarak sınıflandırılır.

3.3 ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ VE ÖLÇÜTLERİ

3.3.1 Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Değişken ve Ölçütler

- Yaş
- Cinsiyet
- Doğum Yeri
- Medeni Durum
- Eğitim Düzeyi
- Meslek
- Gelir Düzeyi

3.3.2 Sigara Kullanımına İlişkin Değişken ve Ölçütler

- Sigara başlama yaşı
- Kaç Yıldır Sigara İçildiği
- Sigaraya Başlama Nedeni
- Şu Anda İçilen Sigara Miktarı
- Çocukken Yaşanılan Evde Sigara İçilme Durumu/Kimlerin içtiği
- Şu Anda Yaşanılan Evde Başka Sigara İçen Kişi Varlığı
- Evin Sigara İçilen Bölümü
- İş Yerinde/Arkadaş Ortamında Sigara İçilme Durumu
- Sigara İçmeyi Tetikleyen Durumlar
- Sigarayı Bırakmayı İsteme Nedenleri
- Önceki Sigarayı Bırakma Deneyimlerinin Sayısı ve Süresi
- Bırakma Sürecinde Hata Yapılma Durumu
- Bırakma Denendiğinde Karşılaşılan Güçlükler
- Bırakmak İçin Profesyonel Destek Alma Durumu / Hangi desteğin Alındığı
- Bırakmadan Önce İçilen Sigara Miktarı
- Bıraktıktan Sonra Başka Tütün Ürünü Kullanım Durumu
- Sigaraya Tekrar Başlama Nedenleri

3.3.3 Diğer Değişkenler ve Ölçütler

- Anne/Babanın Eğitim Düzeyi
- Kronik Hastalıklar
- Daha Önce Psikiyatrik Tanı/Tedavi Alma Durumu
- Alkol Kullanımı

3.4 VERİ ANALİZİ

Veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenlerden parametrik test varsayımlarını sağlayanlar ortalama $\pm$ standart sapma (SS), sağlamayanlar medyan (IQR: 25-75. persentil)

değerleriyle sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-kare, Fisher's Exact Test kullanılmış ve Yates düzeltmesi yapılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmadığı için iki grup ortalama karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup ortalama karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve post hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki analizi için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.



BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 400 hastanın 178'i (%44,5) kadın, 222'si (%55,5) erkektir. Yaş ortalamaları $38,22 \pm 10,86$ yıl olarak hesaplanmıştır. Hastaların %36'sı 26-35 yaş, %30'u 36-45 yaş aralığında yer almaktadır. 229 kişi (%57,2) evli, 141 kişi (%35,2) bekar, 30 kişi (%7,5) ise boşanmış veya duldur. Eğitim düzeyi ilkokul olan 52, ortaokul olan 41, lise olan 119, üniversite olan 187 kişi bulunmaktadır, 1 kişinin ise okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %72'si çalışmakta, %18'i çalışmamakta, %4,8'i emekli ve %5,2'si öğrencidir. Gelir düzeyleri bakımından incelendiğinde %38,5'inin 3000-6000 TL, %28,5'inin 0-3000 TL, %20,2'sinin 6000-9000 TL, %12,8'inin 9000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip oldukları gözlenmiştir (**Tablo 4.1**).

Tablo 4.1: Sosyodemografik özellikler

Değişkenler (n=400)	n(%) / Ort±SS
Cinsiyet	
Kadın	178(44,5)
Erkek	222(55,5)
Yaş (yıl)	38,22±10,86
18-25 yaş	43(10,8)
26-35 yaş	144(36)
36-45 yaş	120(30)
46-55 yaş	55(13,8)
56-65 yaş	38(9,5)
Medeni hal	
Evli	229(57,2)
Bekar	141(35,2)
Boşanmış/dul	30(7,5)

devam ediyor

Tablo 4.1 - önceki sayfadan devam ediyor

Değişkenler (n=400)	n(%) / Ort±SS
Eğitim düzeyi	
Okuryazar değil	1(0,2)
İlkokul	52(13)
Ortaokul	41(10,2)
Lise	119(29,8)
Üniversite	187(46,8)
Meslek grupları	
Çalışıyor	288(72)
Çalışmıyor	72(18)
Emekli	19(4,8)
Öğrenci	21(5,2)
Gelir düzeyi	
0-3000 TL	114(28,5)
3000-6000 TL	154(38,5)
6000-9000 TL	81(20,2)
9000 TL üzeri	51(12,8)

Annesi okuryazar olmayanların oranı %17,5, ilkokul mezunu olanların oranı %43,6, ortaokul mezunu olanların oranı %15, lise mezunu olanların oranı %17,8 ve üniversite mezunu olanların oranı %6'dır. Babası okuryazar olmayanların oranı %6,1, ilkokul mezunu olanların oranı %40,4, ortaokul mezunu olanların oranı %18,9, lise mezunu olanların oranı %27 ve üniversite mezunu olanların oranı %7,6'dır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Anne ve baba eğitim düzeyi

Eğitim düzeyi, n(%)	Anne (n=399)	Baba (n=396)
Okuryazar değil	70(17,5)	24(6,1)
İlkokul	174(43,6)	160(40,4)
Ortaokul	60(15)	75(18,9)
Lise	71(17,8)	107(27)
Üniversite	24(6)	30(7,6)

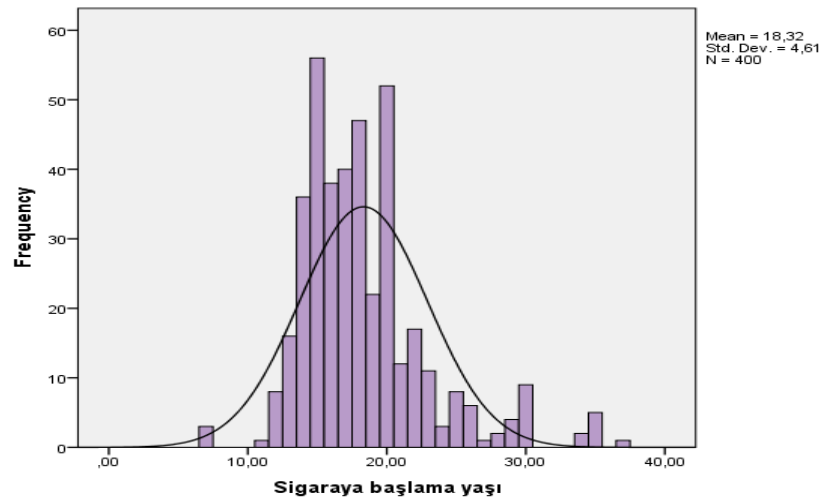
Kronik hastalığı olan hasta sayısı 113'tür (%28,2). En çok görülen kronik hastalıklar solunum sistemi hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, tiroid bozukluklarıdır. Bunların dışında kardiyovasküler hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar, gastrointestinal sistem hastalıkları, romatolojik hastalıklar, kanser, immün yetmezlik, diğer endokrin bozukluklar ve cilt hastalığı da

hastaların sahip oldukları diğer kronik hastalıklardır. Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı aldığını belirten 44 (%11), antidepresan ilaç kullandığını belirten 82 (%20,5) hasta bulunmaktadır (**Tablo 4.3**).

Tablo 4.3: Kronik hastalıklar ve ilaç kullanım özellikleri

Değişkenler (n=400)	n(%)
Kronik hastalık varlığı	
Var	113(28,2)
Yok	287(71,8)
Kronik hastalıklar (n=113)	
Psikiyatrik hastalık	7(6,2)
Kardiyovasküler hastalık	8(7,1)
Solunum sistemi hastalıkları	27(23,9)
Diyabet	23(20,4)
Hipertansiyon	27(23,9)
Romatolojik hastalık	5(4,4)
Gastrointestinal sistem hastalığı	6(5,3)
Kanser	5(4,4)
Tiroid bozukluk	18(15,9)
İmmün yetmezlik	2(1,8)
Cilt hastalığı	1(0,9)
Diğer endokrin bozukluklar	2(1,8)
Diğer	4(3,5)
Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?	
Evet	44(11)
Hayır	356(89)
Antidepresan/antipsikotik ilaç kullanıyor musunuz?	
Evet	82(20,5)
Hayır	318(79,5)

Hastaların sigaraya başlama durumu ile ilgili özellikleri tablo 4.4 ile gösterilmiştir. Sigaraya başlama yaşı ortalama $18,32 \pm 4,61$ yıl olarak hesaplanmıştır. Sigaraya en erken başlayan kişi 7, en geç başlayan kişi 37 yaşında sigaraya başladığını belirtmiştir (**Şekil 4.1**).



Şekil 4.1: Sigaraya başlama yaşı histogramı

Sigara içme süreleri ise ortalama $19,84 \pm 11,07$ yıldır. Sigaraya başlama nedenleri sıklık sırasına göre özenti (%35,5), çevre (%31,5), merak (%23,5), stres (%22,2) ve diğer (%1,2) nedenler olarak belirtilmiştir. Şu anda günde 10 ve daha az sigara içen 60 (%15), 11-20 adet sigara içen 212 (%53), 21-30 adet sigara içen 61 (%15,2), 31-40 adet sigara içen 55 (%13,8), 40 adetten fazla sigara içen 12 (%3) kişi bulunmaktadır (**Tablo 4.4**).

Tablo 4.4: Sigara başlama durumu ile ilgili özellikler

Değişkenler (n=400)	n(%) / Ort±SS
Sigaraya başlama yaşıınız? (yıl)	18,32±4,61
Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?	19,84±11,07
Sigaraya başlama nedeniniz?	
Merak	94(23,5)
Özenti	142(35,5)
Stres	89(22,2)
Çevre	126(31,5)
Diğer	5(1,2)
Şu anda içilen sigara adedi	
10 ve daha az	60(15)
11-20 adet	212(53)
21-30 adet	61(15,2)
31-40 adet	55(13,8)
40 adetten fazla	12(3)

Hastaların %73,8'inin çocukken yaşadığı evde sigara içilmektedir. Evde sigara içen kişi %23,7 oranında anne, %84,1 oranında baba, %34,9 oranında kardeşler, %2,4 oranında diğer kişilerdir. Hastaların %50,5'inin ise şu an yaşadığı evde kendisinden başka sigara içen birey bulunmaktadır. Evde sigara içilmediğini belirten 33 (%8,2), balkon ve pencerede sigara içildiğini belirten 275 (68,8), ortak yaşam alanlarında sigara içildiğini belirten 92(%23) kişi olmuştur. Hastaların %75,3'ünün iş yerinde, %92,5'inin ise arkadaş ortamında sigara içilmektedir. Alkol kullandığını belirten katılımcı sayısı 162'dir (%40,5) (**Tablo 4.5**).

Tablo 4.5: Aile ve sosyal çevre ile ilgili özellikler

Değişkenler (n=400)	n(%)
Çocukken yaşadığınız evde sigara içen var mıydı?	
Evet	295(73,8)
Hayır	105(26,2)
Evde sigara içen kişi (n=295)	
Anne	70(23,7)
Baba	248(84,1)
Kardeşler	103(34,9)
Diğer	7(2,4)
Şu anda yaşadığınız evde sizden başka sigara içen var mı?	
Evet	202(50,5)
Hayır	198(49,5)
Evinizin hangi bölümünde sigara içilir?	
Evde İçilmez	33(8,2)
Balkon/pencere	275(68,8)
Ortak yaşam alanı	92(23)
İş yerinizde sigara içilir mi? (n=320)	
Evet	241(75,3)
Hayır	79(24,7)
Arkadaş ortamınızda sigara içilir mi?	
Evet	370(92,5)
Hayır	30(7,5)
Alkol kullanır mısınız?	
Evet	162(40,5)
Hayır	238(59,5)

Sigara içmeyi tetikleyen durumlar sıklık sırasına göre yemek sonrası (%60), stres (%59,2), çay veya kahve (%41), alkol (%18,2) ve diğer etkenlerdir (%2,5) (**Tablo 4.6, Şekil 4.2**).

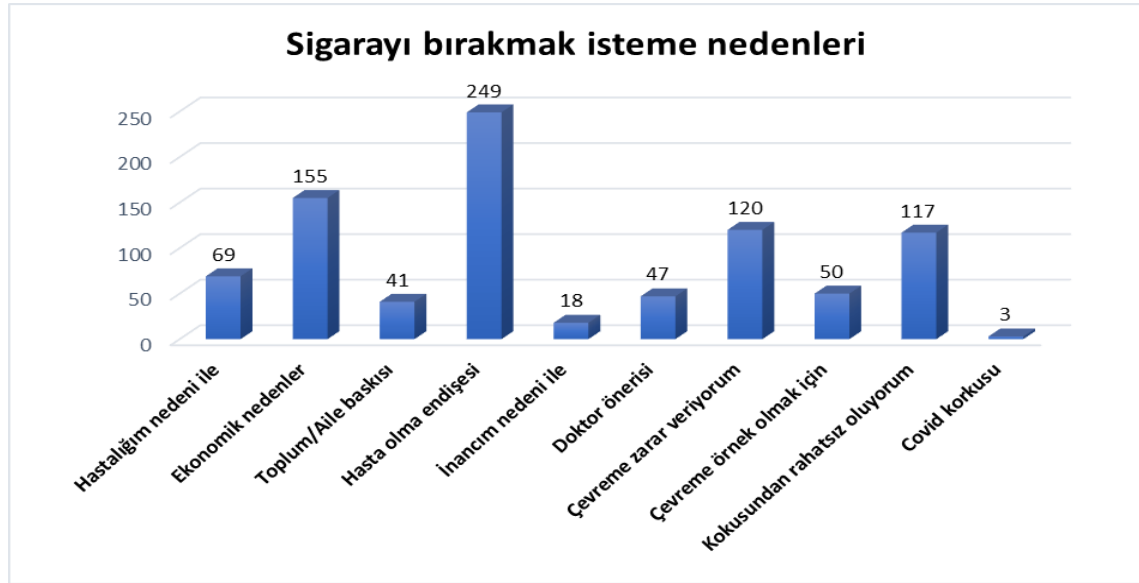
Tablo 4.6: Sigara içmeyi tetikleyen durumlar

Sigara içmeyi tetikleyen durumlar (n=400)	n(%)
Çay/kahve	164(41)
Yemek sonrası	240(60)
Alkol	73(18,2)
Stres	237(59,2)
Diğer	10(2,5)



Şekil 4.2: Sigara içmeyi tetikleyen durumlar

Hastaların sigarayı bırakmak isteme nedenleri ve denemeleri ile ilgili özellikler tablo 4.7 ile sunulmuştur. “Sigarayı neden bırakmak istiyorsunuz?” sorusuna hastaların %17,2’si “hastalığım nedeni ile”, %38,8’i “ekonomik nedenler”, %10,2’si “toplum/aile baskısı”, %62,2’si “hasta olma endişesi”, %4,5’i “inancım nedeni ile”, %11,8’i “doktor önerisi”, %30’u “çevreme zarar veriyorum”, %12,5’i “çevreme örnek olmak için”, %29,2’si “kokusundan rahatsız oluyorum”, %0,8’i “Covid korkusu” yanıtlarını vermişlerdir (**Şekil 4.3**).



Şekil 4.3: Sigarayı bırakmak isteme nedenleri

Hastalar ortalama $2,44 \pm 2,33$ defa sigarayı bırakmayı denemişlerdir. En uzun bırakma süresi %22 oranında 3-6 ay, %21,8 oranında 1-3 ay, %20,3 oranında 12 ay ve daha uzun, %19,3 oranında 6-12 ay, %16,8 oranında 1 hafta-1 ay olarak belirtilmiştir. Hastaların %46,8'i bırakma sürecinde en az bir nefes dahi olsa sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Bırakma denemesinde karşılaşılan güçlükler sıklık sırasına göre sinirlilik (%64,2), aşırı sigara içme isteği (%52), iştah/kilo artışı (%34,2), konsantrasyon bozukluğu (%28,5), baş ağrısı (%18,8), uyku sorunu (%14,2), kabızlık (%7,3), ağız yaraları (%7), diğer nedenler (%2) olarak belirtilmiştir (**Tablo 4.7**).

Tablo 4.7: Sigarayı bırakmak isteme nedenleri ve denemeleri ile ilgili özellikler

Değişkenler (n=400)	n(%) / Ort±SS
Sigarayı bırakmayı neden istiyorsunuz?	
Hastalığım nedeni ile	69(17,2)
Ekonomik nedenler	155(38,8)
Toplum/Aile baskısı	41(10,2)
Hasta olma endişesi	249(62,2)
İnancım nedeni ile	18(4,5)
Doktor önerisi	47(11,8)
Çevreme zarar veriyorum	120(30)
Çevreme örnek olmak için	50(12,5)
Kokusundan rahatsız oluyorum	117(29,2)
Covid korkusu	3(0,8)
Kaç kez bırakmayı denediniz?	2,44±2,33
En uzun ne kadar süre bıraktınız? (ay)	8,15±13,85
1 hafta-1 ay	67(16,8)
1 ay-3ay	87(21,8)
3 ay-6 ay	88(22)
6 ay-12 ay	77(19,3)
12 ay ve daha uzun	81(20,3)
Bırakma sürecinde bir nefes dahi olsa sigara içtiniz mi?	
Evet	187(46,8)
Hayır	213(53,2)
Bırakma denemesinde karşılaşılan güçlükler	
Sinirlilik	257(64,2)
İştah/Kilo artışı	137(34,2)
Baş ağrısı	75(18,8)
Uyku sorunu	57(14,2)
Kabızlık	29(7,3)
Ağız yaraları	28(7)
Konsantrasyon bozukluğu	114(28,5)
Aşırı sigara içme isteği	208(52)
Diğer	8(2)

Sigarayı bırakmadan önce içilen sigara adedi %3,5 oranında 10 ve daha az, %65 oranında 11-20 adet, %18,5 oranında 21-30 adet, %11,8 oranında 31-40 adet, %1,2 oranında 40 adetten fazla olarak belirtilmiştir. 33 kişi sigarayı bıraktıktan sonra başka bir tütün ürünü kullandığını belirtmiştir. Kullanılan tütün ürünleri pipo (n=7), nargile (n=14) ve elektronik sigara (n=12) olmuştur. Tekrar sigaraya başlama nedenleri sıklık sırasına göre şu şekildedir; stres/üzüntü (%52) alışkanlıklar (%48,5), ev/iş/arkadaş ortamında sigara

içilmesi (%29,5), kolayca bırakabileceğine inanma (%13,8), bir kereden bir şey olmaz düşüncesi (%10,8), karşılaşılan güçlükler (%7,8) (**Tablo 4.8**).

Tablo 4.8: Sigarayı bırakma sürecindeki davranışlar

Değişkenler (n=400)	n(%)
Bırakmadan önce içilen sigara adedi	
10 ve daha az	14(3,5)
11-20 adet	260(65)
21-30 adet	74(18,5)
31-40 adet	47(11,8)
40 adetten fazla	5(1,2)
Sigarayı bıraktıktan sonra başka tütün ürünü kullandınız mı?	
Evet	33(8,2)
Hayır	367(91,8)
Hangi tütün ürününü kullandınız? (n=33)	
Pipo	7(21,2)
Nargile	14(42,4)
Elektronik sigara	12(36,4)
Tekrar sigaraya başlama nedeniniz	
Stres, üzüntü	208(52)
Alışkanlıklar	194(48,5)
Ev/İş/Arkadaş ortamında sigara içilmesi	118(29,5)
Karşılaşılan güçlükler	31(7,8)
Bir kereden bir şey olmaz	43(10,8)
Kolayca bırakabileceğine inanma	55(13,8)

Sigara bırakma sürecinde profesyonel destek aldığını belirten 268 (%67) kişi olmuştur. 268 kişinin aldığı destekler şu şekildedir; ilaç tedavisi (%86,9), akupunktur (%4,1), biorezonans (%4,1), psikolojik danışmanlık (%2,6), hipnoz (%2,2). İlaç tedavisi kullandığını belirten 233 kişinin kullandığı ilaçlar ise şu şekildedir; vareniklin (%56,7), nikotin bandı (%29,6), bupropiyon (%13,3), nikotin sakızı (%0,4). 233 kişinin 158'i (%67,8) bu ilaçları önerilen doz ve sürede kullandıklarını belirtmişlerdir (**Tablo 4.9**).

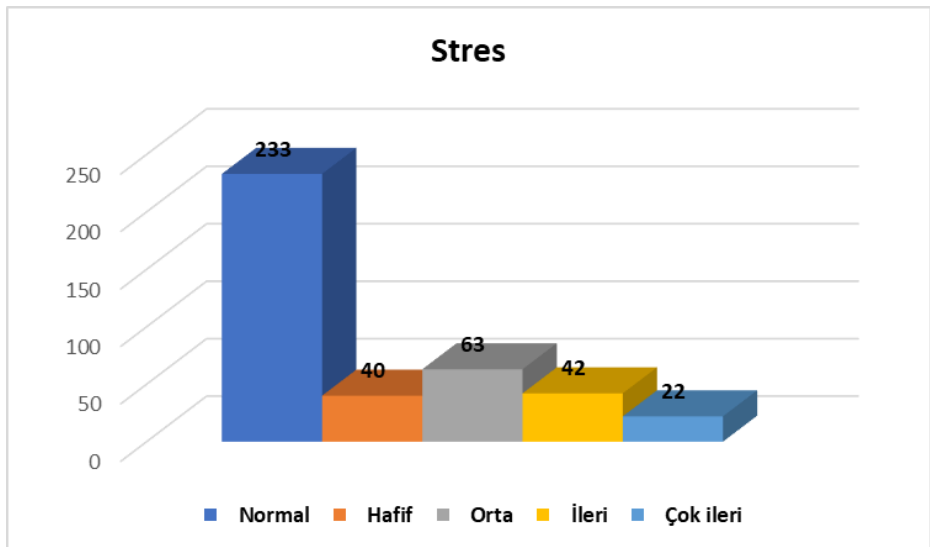
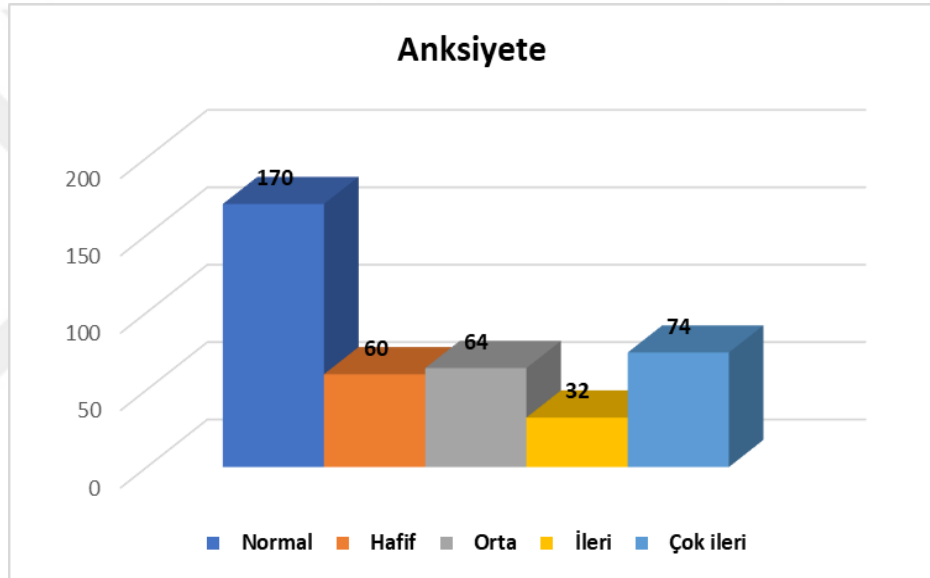
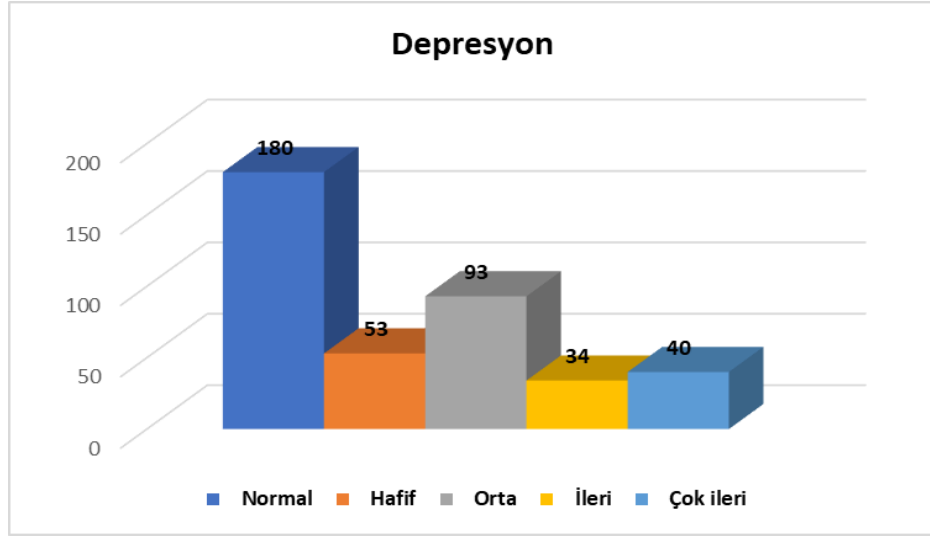
Tablo 4.9: Sigara bırakma sürecinde profesyonel destek alma durumu ile ilgili özellikler

Değişkenler	n(%)
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek aldınız mı? (n=400)	
Evet	268(67)
Hayır	132(33)
Hangi desteği aldınız? (n=268)	
İlaç tedavisi	233(86,9)
Akupunktur	11(4,1)
Hipnoz	6(2,2)
Psikiyatrik	7(2,6)
Biorezonans	11(4,1)
Hangi ilaç tedavisini kullandınız? (n=233)	
Vareniklin	132(56,7)
Bupropiyon	31(13,3)
Nikotin Bantı	69(29,6)
Nikotin Sakızı	1(0,4)
İlacı önerilen yeterli doz ve sürede kullandınız mı? (n=233)	
Evet	158(67,8)
Hayır	75(32,2)

Hastalara uygulanan Depresyon,Anksiyete ve Stres Ölçeği-21'nin sonuçları tablo 4.10 ve şekil 4.4 ile sunulmuştur. Depresyon ölçeğinden alınan ortalama puan $6,19 \pm 4,91$, anksiyete ölçeğinden alınan ortalama puan $5,53 \pm 4,69$, stres ölçeğinden alınan ortalama puan $7,28 \pm 4,99$ olarak hesaplanmıştır. Ölçek kategorileri ayrı ayrı incelendiğinde ise depresyon ölçeği için normal kategoride olanların oranı %45, hafif depresyon kategorisinde olanların oranı %13,2, orta depresyon kategorisinde olanların oranı %23,2, ileri depresyon kategorisinde olanların oranı %8,5, çok ileri depresyon kategorisinde olanların oranı %10'dur. Anksiyete ölçeği için normal kategoride olanların oranı %42,5, hafif anksiyete kategorisinde olanların oranı %15, orta anksiyete kategorisinde olanların oranı %16, ileri anksiyete kategorisinde olanların oranı %8, çok ileri anksiyete kategorisinde olanların oranı %18,5'tir. Stres ölçeği için normal kategoride olanların oranı %58,2, hafif stres kategorisinde olanların oranı %10, orta stres kategorisinde olanların oranı %15,8, ileri stres kategorisinde olanların oranı %10,5, çok ileri stres kategorisinde olanların oranı %5,5'tir.

Tablo 4.10: Depresyon,Anksiyete ve Stres Ölçeği-21’de alınan puanlar ve ölçek kategorileri

Değişkenler (n=400)	Ölçekler		
	Depresyon	Anksiyete	Stres
Puan, Ort±SS	6,19±4,91	5,53±4,69	7,28±4,99
Kategoriler, n(%)			
Normal	180(45)	170(42,5)	233(58,2)
Hafif	53(13,2)	60(15)	40(10)
Orta	93(23,2)	64(16)	63(15,8)
İleri	34(8,5)	32(8)	42(10,5)
Çok ileri	40(10)	74(18,5)	22(5,5)



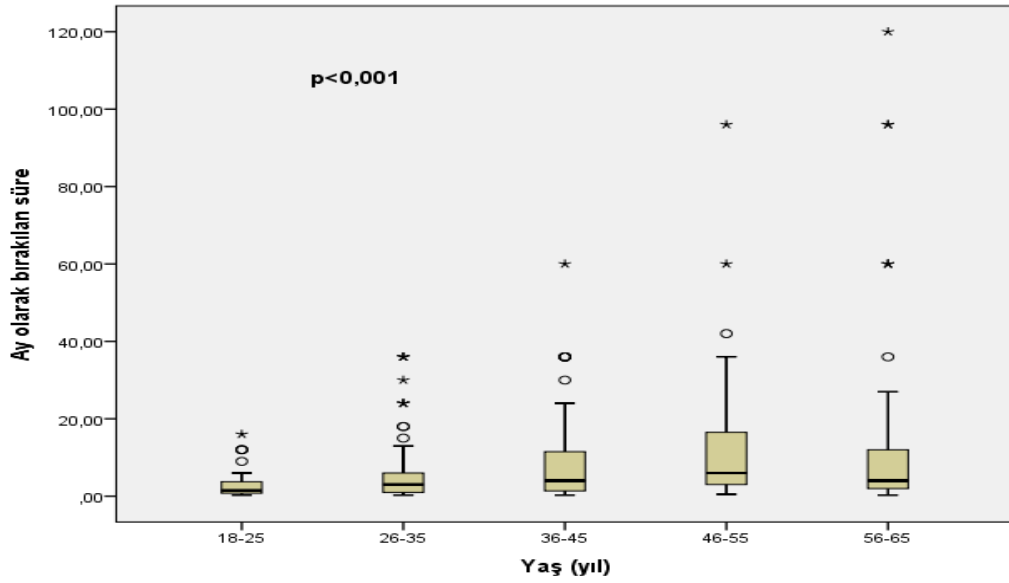
Şekil 4.4: Depresyon, anksiyete ve stres ölçeği-21 kategorileri

Hastaların sigarayı bırakma süreleri sosyodemografik özelliklerine göre analiz edilmiş ve analiz sonuçları tablo 4.11 ile gösterilmiştir. Sigarayı bırakma süresi kadınlarda 4 (IQR=1,25-8) erkeklerde 3 (IQR=1-9) olarak hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,414$). Yaş gruplarına göre yapılan analiz sonuçlarına göre 18-25 ve 26-35 yaş grubundaki kişilerin diğer yaş gruplarındaki kişilere göre sigarayı bırakma süreleri anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Şekil 4.5). Medeni hal açısından incelendiğinde evli kişilerin bekar olanlara göre daha uzun süre sigarayı bırakabildikleri anlaşılmıştır ($p=0,004$) (Şekil 4.6). Eğitim durumu ($p=0,968$), meslek grupları ($p=0,148$) ve gelir düzeyi ($p=0,924$) bakımından sigarayı bırakma süresi farklı bulunmamıştır (**Tablo 4.11**).

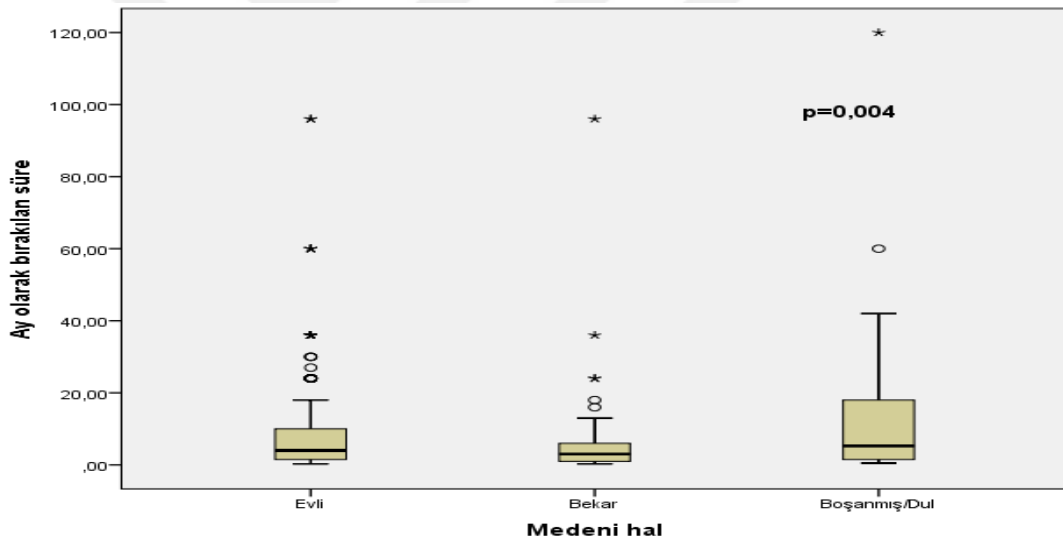
Tablo 4.11: Sosyodemografik özelliklere göre sigarayı bırakma süresi

Değişkenler (n=400)	Sigarayı bırakma süresi (ay) Medyan(IQR)	p
Cinsiyet		
Kadın	4(1,25-8)	0,414
Erkek	3(1-9)	
Yaş (yıl)		
18-25 yaş ^a	1,5(0,75-4)	<0,001
26-35 yaş ^a	3(1-6)	
36-45 yaş ^b	4(1,38-11,5)	
46-55 yaş ^b	6(3-18)	
56-65 yaş ^b	4(2-12)	
Medeni hal		
Evli ^a	4(1,5-10)	0,004
Bekar ^b	3(1-6)	
Boşanmış/dul	5,25(1,5-18)	
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	2(2-2)	0,968
İlkokul	3,5(1,5-11)	
Ortaokul	3,75(2-7)	
Lise	3(1-10)	
Üniversite	3,25(1-8)	
Meslek grupları		
Çalışıyor	3(1-8,5)	0,148
Çalışmıyor	4(2-9,5)	
Emekli	4(2-42)	
Öğrenci	3(1-4)	
Gelir düzeyi		
0-3000 TL	3,25(1,5-8)	0,924
3000-6000 TL	4(1-9)	
6000-9000 TL	4(1,5-8)	
9000 TL üzeri	3(1-9)	

Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, post hoc Bonferroni düzeltmesi.
Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir.



Şekil 4.5: Yaş gruplarına göre sigarayı bırakma süresi



Şekil 4.6: Medeni hale göre sigarayı bırakma süresi

Sigarayı bırakma süresi sigaraya başlama nedeni “merak” olanlarda 3 (IQR=1-6), “özentî” olanlarda 4 (IQR=2-9), “stres” olanlarda 3 (IQR=1-6), “çevre” olanlarda 3 (IQR=1-11), “diğer” olanlara 7 (IQR=2-8) ay olarak hesaplanmıştır. Hastaların sigaraya başlama nedenleri ile sigarayı bırakma süreleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$). Şu anda içilen sigara adedine göre yapılan analizde ise en uzun bırakma süresi şu anda 10 ve daha az sigara içen kişilerde gözlenmiştir ancak bu farklar da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,181$) (**Tablo 4.12**).

Tablo 4.12: Sigaraya başlama durumu ile ilgili özelliklere göre sigarayı bırakma süresi

Değişkenler (n=400)	Sigarayı bırakma süresi (ay) Medyan(IQR)	p
Sigaraya başlama nedeni		
Merak		
Hayır	3,88(1-9)	0,328
Evet	3(1-6)	
Özenti		
Hayır	3(1-8)	0,058
Evet	4(2-9)	
Stres		
Hayır	4(1-9)	0,204
Evet	3(1-6)	
Çevre		
Hayır	4(1-8)	0,627
Evet	3(1-11)	
Diğer		
Hayır	3(1-9)	0,482
Evet	7(2-8)	
Şu anda içilen sigara adedi		
10 ve daha az	5,5(2-11,5)	0,181
11-20 adet	3(1-8)	
21-30 adet	4(1,5-9)	
31-40 adet	2(0,75-6)	
40 adetten fazla	3,5(2,5-22,5)	

Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, post hoc Bonferroni düzeltmesi.

Aile ve sosyal çevre ile ilgili özelliklere göre sigarayı bırakma süresi analiz edildiğinde şu anda yaşadığı evde kendisinden başka sigara içen birey olanların 3 (IQR=1-7) ay, olmayanların 4 (IQR=1,25-10) ay sigarayı bırakabildikleri tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,030$). “Evinizin hangi bölümünde sigara içilir?” sorusuna “evde içilmez” yanıtını verenler 5 (IQR=3-12) ay, “balkon/pencere” yanıtını verenler 4 (IQR= 1-10) ay, “ortak yaşam alanı” yanıtını verenler 3 (IQR=1-6) ay sigarayı bırakabilmişlerdir. Yapılan analizlere göre “evde içilmez” yanıtını verenler ile “ortak yaşam alanı” yanıtını verenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,014$). Ortak yaşam alanında sigara içen hastalar evde sigara içilmeyenlere göre daha kısa süre sigarayı

bırakabilmişlerdir. Aile ve sosyal çevre ile ilgili diğer özellikler sigarayı bırakma süresi bakımından benzer bulunmuştur ($p>0,05$) (**Tablo 4.13**).

Tablo 4.13: Aile ve sosyal çevre ile ilgili özelliklere göre sigarayı bırakma süresi

Değişkenler (n=400)	Sigarayı bırakma süresi (ay) Medyan(IQR)	p
Çocukken yaşadığınız evde sigara içen var mıydı?		
Evet	3(1-8)	0,920
Hayır	4(1,5-7)	
Evde sigara içen kişi (n=295)		
Anne		
Hayır	3,5(1-10)	0,345
Evet	3(1-7)	
Baba		
Hayır	4(1-12)	0,323
Evet	3(1-9)	
Kardeşler		
Hayır	3,63(1-10)	0,998
Evet	3(1,25-9)	
Diğer		
Hayır	3,13(1-9)	0,782
Evet	3(2-16)	
Şu anda yaşadığınız evde sizden başka sigara içen var mı?		
Evet	3(1-7)	0,030
Hayır	4(1,25-10)	
Evinizin hangi bölümünde sigara içilir?		
Evde içilmez ^a	5(3-12)	0,014
Balkon/pencere	4(1-10)	
Ortak yaşam alanı ^b	3(1-6)	
İşyerinizde sigara içilir mi? (n=320)		
Evet	3(1-8)	0,091
Hayır	4(2-11)	
Arkadaş ortamınızda sigara içilir mi?		
Evet	3,63(1-9)	0,487
Hayır	3(2-6)	
Alkol kullanır mısınız?		
Evet	4(1-10)	0,174
Hayır	3(1-8)	

Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, post hoc Bonferroni düzeltmesi.
Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir.

“Sigarayı bırakmayı neden istiyorsunuz?” sorusuna “hastalığım nedeni ile” yanıtını verenler 3,5 (IQR=2-7) ay, “ekonomik nedenler” yanıtını verenler 4 (IQR=1-10) ay, “toplum/aile baskısı” yanıtını verenler 3 (IQR=1-12) ay, “hasta olma endişesi” yanıtını verenler 4 (IQR=1-9) ay, “inancım nedeni ile” yanıtını verenler 3 (IQR=1-7) ay, “doktor önerisi” yanıtını verenler 3 (IQR=1-6) ay, “çevreme zarar veriyorum” yanıtını verenler 4 (IQR=1,13-12) ay, “çevreme örnek olmak için” yanıtını verenler 3 (IQR=1-12) ay, “kokusundan rahatsız oluyorum” yanıtını verenler 3 (IQR=1-7) ay, “Covid korkusu” yanıtını verenler 16 (IQR=1-120) ay sigarayı bırakabilmişlerdir. Sigarayı bırakmak isteme nedenlerine göre sigarayı bırakma süresi anlamlı olarak değişmemektedir ($p>0,05$) (**Tablo 4.14**).

Tablo 4.14: Sigarayı bırakmak isteme nedenlerine göre sigarayı bırakma süresi

Değişkenler (n=400)	Sigarayı bırakma süresi (ay) Medyan(IQR)	p
Sigarayı bırakmayı neden istiyorsunuz?		
Hastalığım nedeni ile		
Hayır	3(1-9)	0,638
Evet	3,5(2-7)	
Ekonomik nedenler		
Hayır	3(1-8)	0,662
Evet	4(1-10)	
Toplum/Aile baskısı		
Hayır	3,5(1-8)	0,972
Evet	3(1-12)	
Hasta olma endişesi		
Hayır	3(1-8)	0,314
Evet	4(1-9)	
İnancım nedeni ile		
Hayır	3,38(1-9)	0,756
Evet	3(1-7)	
Doktor önerisi		
Hayır	4(1-9)	0,187
Evet	3(1-6)	
Çevreme zarar veriyorum		
Hayır	3(1-8)	0,120
Evet	4(1,13-12)	
Çevreme örnek olmak için		
Hayır	3,63(1-8)	0,988
Evet	3(1-12)	
Kokusundan rahatsız oluyorum		
Hayır	4(1-9)	0,089
Evet	3(1-7)	
Covid korkusu		
Hayır	3(1-8)	0,239
Evet	16(1-120)	

Mann Whitney U test

Bırakma sürecinde bir nefes dahi olsa sigara içen ve içmeyen kişiler arasında sigarayı bırakma süresi açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p=0,324$). Bırakma denemesinde sinirlilik yaşayanlar yaşamayanlara göre ($p=0,003$), baş ağrısı olanlar olmayanlara göre ($p=0,002$), aşırı sigara içme isteği olanlar olmayanlara göre ($p<0,001$) daha kısa süre sigarayı bırakabilmiş iken iştah/kilo artışı olanlar olmayanlara göre daha uzun süre sigarayı bırakabilmişlerdir ($p=0,001$) (**Tablo 4.15**).

Tablo 4.15: Sigarayı bırakma denemeleri ve karşılaşılan güçlükler göre sigarayı bırakma süresi

Değişkenler (n=400)	Sigarayı bırakma süresi		p
	(ay)	Medyan(IQR)	
Bırakma sürecinde bir nefes dahi olsa sigara içtiniz mi?			
Evet	3(1-7)		0,324
Hayır	4(1-9)		
Bırakmayı denemesinde karşılaşılan güçlükler			
Sinirlilik			
Hayır	4(2-11)		0,003
Evet	3(1-8)		
İştah/Kilo artışı			
Hayır	3(1-7)		0,001
Evet	6(2-11)		
Baş ağrısı			
Hayır	4(1,25-9)		0,002
Evet	2(0,75-6)		
Uyku sorunu			
Hayır	4(1-9)		0,230
Evet	3(1-6)		
Kabızlık			
Hayır	3(1-8)		0,057
Evet	6(3-12)		
Ağız yaraları			
Hayır	3,38(1-8)		0,984
Evet	3(1,13-9)		
Konsantrasyon bozukluğu			
Hayır	4(1,25-9)		0,115
Evet	3(1-8)		
Aşırı sigara içme isteği			
Hayır	5(2-11,5)		<0,001
Evet	3(1-6)		
Diğer			
Hayır	3,13(1-8)		0,523
Evet	4,5(1,75-30)		
Mann Whitney U test			

Mann Whitney U test

Sigara bırakma sürecinde profesyonel destek alanların sigarayı bırakma süresi 4 (IQR=2-9) iken almayanların 3 (IQR=0,75-6) aydır ve bu fark istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006$). Alınan desteğe göre sigara bırakma süresi değişmez iken kullanılan ilaca göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Sigarayı bırakma süresi vareniklin ya da bupropiyon kullananlarda nikotin bandı kullananlara göre anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur ($p<0,001$). İlacı önerilen yeterli doz ve sürede kullananların sigarayı bırakma süresi de kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur ($p<0,001$) (**Tablo 4.16**).

Tablo 4.16: Sigara bırakma sürecinde profesyonel destek alma durumları ile ilgili özelliklere göre sigarayı bırakma süresi

Değişkenler	Sigarayı bırakma süresi (ay) Medyan(IQR)	p
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek aldınız mı? (n=400)		
Evet	4(2-9)	0,006
Hayır	3(0,75-6)	
Hangi desteği aldınız? (n=268)		
İlaç tedavisi	4(2-10)	0,339
Akupunktur	6(0,75-8)	
Hipnoz	6,5(3-24)	
Psikiyatrik	1(0,25-4)	
Biorezonans	5(4-7)	
Hangi ilaç tedavisini kullandınız? (n=233)		
Vareniklin ^a	5,5(2-12)	<0,001
Bupropiyon ^a	4(3-12)	
Nikotin Bantı ^b	2(1-4)	
Nikotin Sakızı	12(12-12)	
İlacı önerilen yeterli doz ve sürede kullandınız mı? (n=233)		
Evet	4,75(3-12)	<0,001
Hayır	2(1-5)	

Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, post hoc Bonferroni düzeltmesi.
Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir.

Tablo 4.17’de kullanılan ölçek kategorilerine göre sigarayı bırakma süresi analiz sonuçları sunulmuştur. Yapılan ilk analizlerde depresyon kategorilerine göre sigarayı bırakma süresinin anlamlı olarak değiştiği tespit edilmiş ancak farkın kaynaklandığı kategorileri tespit etmek için yapılan düzeltmelerde bu anlamlı farkın ortadan kalktığı anlaşılmıştır. Anksiyete ve stres ölçek

kategorilerine göre de sigarayı bırakma süresi anlamlı olarak değişmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.17: Depresyon,Anksiyete ve Stres Ölçeği-21 Kategorilerine Göre Sigarayı Bırakma Süresi

Kategoriler (n=400)	Sigarayı bırakma süresi (ay)		
	Medyan(IQR)		
	Depresyon	Anksiyete	Stres
Normal	4(2-11)	4(1-12)	4(1,5-10)
Hafif	3(0,75-8)	4(1,75-8)	3(1-11,5)
Orta	3(1-7)	3,75(1,75-6,5)	3(1-8)
İleri	3(1-6)	2(0,75-8)	3(1-6)
Çok ileri	2,5(1-6)	3(1-6)	3(1-4)
p değeri	0,035*	0,083	0,144

Kruskal Wallis testi, post hoc Bonferroni düzeltmesi

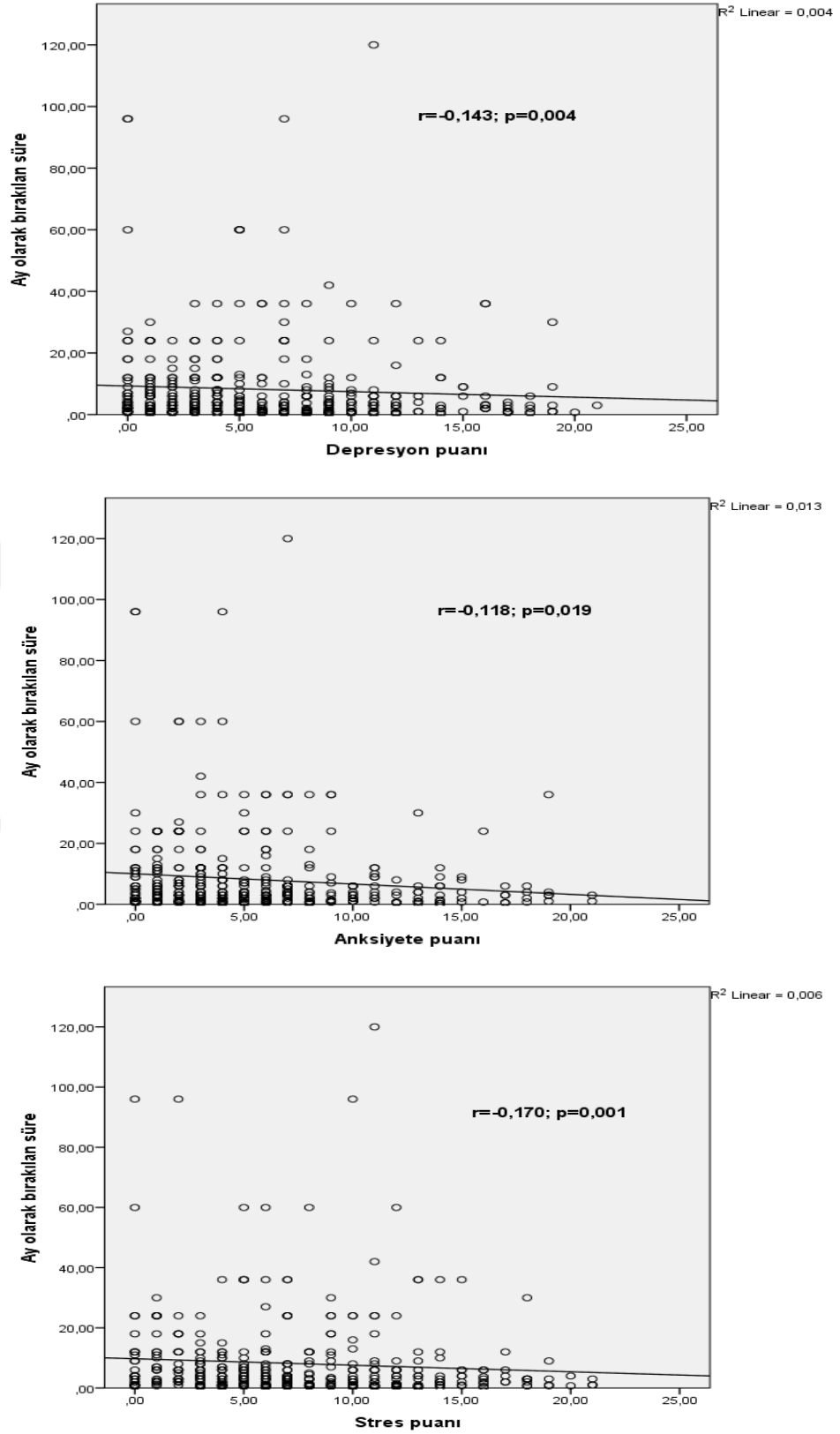
*Fark kayboldu

Sigara bırakma süresinin diğer bağımsız değişkenlerle korelasyon analizi sonuçları tablo 4.18 ile gösterilmiştir. Sigara içilen yıl ile sigara bırakma süresi arasında aynı yönde zayıf bir ilişki ($r=0,273$; $p<0,001$) tespit edilmiştir. Depresyon puanı ile sigara bırakma süresi arasında ters yönde zayıf bir ilişki ($r= -0,143$; $p=0,004$), anksiyete puanı ile sigara bırakma süresi arasında ters yönde zayıf bir ilişki ($r= -0,118$; $p=0,019$), stres puanı ile sigara bırakma süresi arasında ters yönde zayıf bir ilişki ($r= -0,170$; $p=0,001$), tespit edilmiştir (**Şekil 4.7**).

Tablo 4.18: Sigara bırakma süresinin diğer bağımsız değişkenlerle korelasyon analizi

Değişkenler	Sigara bırakma süresi	
	r	p
Sigaraya başlama yaşı	0,034	0,500
Sigara içilen yıl	0,273	<0,001
Şu anda içilen sigara miktarı	-0,086	0,086
Bırakma deneme sayısı	-0,043	0,389
Bırakmadan önce içilen sigara adedi	-0,032	0,520
Depresyon puanı	-0,143	0,004
Anksiyete puanı	-0,118	0,019
Stres puanı	-0,170	0,001

Spearman korelasyon testi



Şekil 4.7: Sigara bırakma süresinin ölçek puanları ile korelasyon grafiği

Cinsiyete göre sigaraya tekrar başlama nedenleri analiz edildiğinde elde edilen sonuçlar şu şekildedir; “stres, üzüntü” nedeni ile tekrar sigaraya başlama oranı kadınlarda %51,7, erkeklerde %52,3 ($p=0,910$), “alışkanlıklar” nedeni ile tekrar sigaraya başlama oranı kadınlarda %46,1, erkeklerde %50,5 ($p=0,383$), “ev/iş/arkadaş ortamında sigara içilmesi” nedeni ile tekrar sigaraya başlama oranı kadınlarda %33,1, erkeklerde %26,6 ($p=0,152$), “karşılaşılan güçlükler” nedeni ile tekrar sigaraya başlama oranı kadınlarda %10,1, erkeklerde %5,9 ($p=0,163$), “bir kereden bir şey olmaz” nedeni ile tekrar sigaraya başlama oranı kadınlarda %9,6, erkeklerde %11,7 ($p=0,595$), “kolayca bırakabileceğine inanma” nedeni ile tekrar sigaraya başlama oranı kadınlarda %15,2, erkeklerde %12,6 ($p=0,461$) olarak hesaplanmıştır. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (**Tablo 4.19**).

Tablo 4.19: Cinsiyete göre sigaraya tekrar başlama nedenleri

Tekrar sigaraya başlama nedeni	Cinsiyet, n(%)		p
	Kadın (n=178)	Erkek (n=222)	
Stres, üzüntü	92(51,7)	116(52,3)	0,910
Alışkanlıklar	82(46,1)	112(50,5)	0,383
Ev/İş/Arkadaş ortamında sigara içilmesi	59(33,1)	59(26,6)	0,152
Karşılaşılan güçlükler	18(10,1)	13(5,9)	0,163
Bir kereden bir şey olmaz	17(9,6)	26(11,7)	0,595
Kolayca bırakabileceğine inanma	27(15,2)	28(12,6)	0,461

Pearson Ki kare test, Yates düzeltmesi

Doktor önerisi ile sigarayı bırakmayı isteme oranları kronik hastalığı olanlarda %70,2, olmayanlarda %29,8’dir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Kronik hastalığın ne olduğuna göre böyle anlamlı bir fark görülmemekle beraber en yüksek oranda hipertansiyon hastaları (%27,3) ve solunum sistemi hastalıkları olan hastalar (%24,2) doktor önerisi ile sigarayı bırakmak istediklerini belirtmişlerdir (**Tablo 4.20**).

Tablo 4.20: Kronik hastalık ile ilgili özelliklerin doktor önerisi ile sigarayı bırakmak isteme durumuna göre analizi

Değişkenler	Doktor önerisi ile bırakmak isteme, n(%)		p
	Hayır (n=353)	Evet (n=47)	
Kronik hastalık varlığı			
Var	80(22,7)	33(70,2)	<0,001
Yok	273(77,3)	14(29,8)	
Kronik hastalıklar	Hayır (n=80)	Evet (n=33)	
Psikiyatrik hastalık	6(7,5)	1(3)	0,671
Kardiyovasküler hastalık	5(6,2)	3(9,1)	0,895
Solunum sistemi hastalıkları	19(23,8)	8(24,2)	0,999
Diyabet	17(21,2)	6(18,2)	0,911
Hipertansiyon	18(22,5)	9(27,3)	0,765
Romatolojik hastalık	4(5)	1(3)	0,999
Gastrointestinal sistem hastalığı	4(5)	2(6,1)	0,999
Kanser	2(2,5)	3(9,1)	0,148
Tiroid bozukluk	14(17,5)	4(12,1)	0,669
İmmün yetmezlik	1(1,2)	1(3)	0,501
Cilt hastalığı	1(1,2)	0(0)	0,999
Diğer endokrin bozukluklar	1(1,2)	1(3)	0,501
Diğer	2(2,5)	2(6,1)	0,579

Ki kare, Fisher's exact test

Şu anda günde 10 ve daha az sigara içenler 19 (IQR= 105-26,5), 11-20 adet sigara içenler 19,5 (IQR=11-27), 21-30 adet sigara içenler 18 (IQR=11-26), 31-40 adet sigara içenler 17 (IQR=11-28), 40 adetten fazla sigara içenler 18,5 (IQR=13-28,5) yıldır sigara içmektedirler. Bu süreler istatistiksel olarak benzer bulunmuştur (p=0,884) (**Tablo 4.21**).

Tablo 4.21: Şu an içilen sigara miktarı ile toplam içilen sigara miktarı arasındaki ilişki

Şu anda içilen sigara adedi (n=400)	Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?	p
	Medyan(IQR)	
10 ve daha az	19(10,5-26,5)	0,884
11-20 adet	19,5(11-27)	
21-30 adet	18(11-26)	
31-40 adet	17(11-28)	
40 adetten fazla	18,5(13-28,5)	

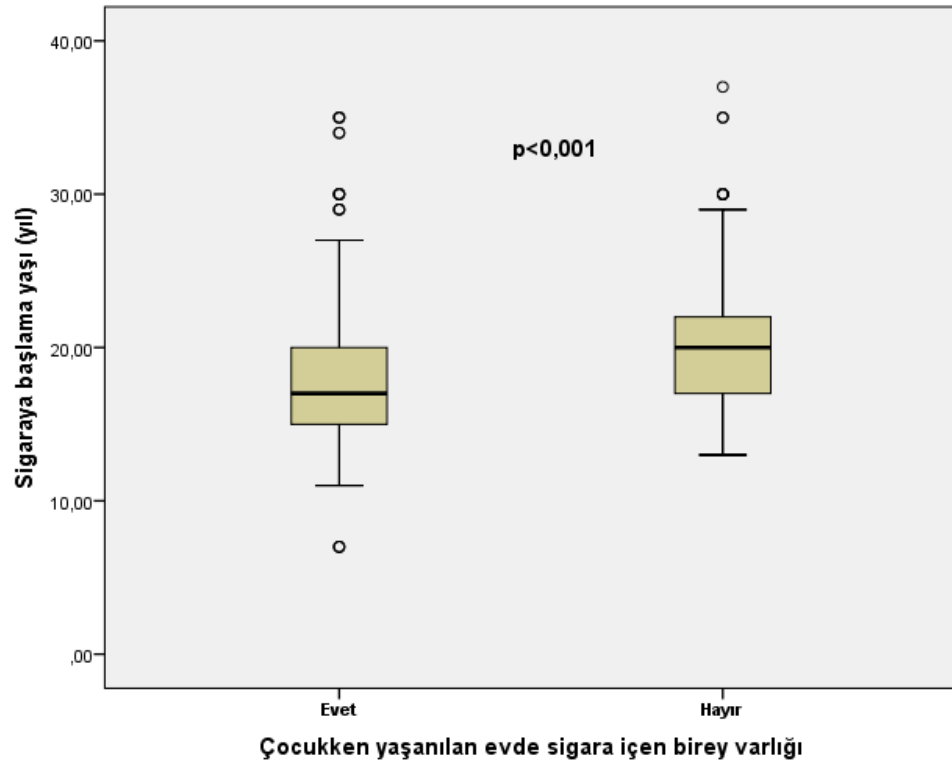
Kruskal Wallis test

Sigara başlama yaşı çocukken yaşadığı evde sigara içen birey olanlarda (18,5 [IQR=15-21]) olmayanlara (20 [IQR=15-21]) göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Şekil 4.8). Anne eğitim düzeyi ($p=0,918$) ve baba eğitim düzeyine ($p=0,131$) göre sigaraya başlama yaşı değişmemektedir (**Tablo 4.22**).

Tablo 4.22: Çocukken evde sigara içilmesi ve ebeveyn eğitim düzeyi ile sigaraya başlama yaşı arasındaki ilişki

Değişkenler (n=400)	Sigara başlama yaşı (yıl) Medyan(IQR)	p
Çocukken yaşadığınız evde sigara içen var mıydı?		
Evet	18,5(15-21)	<0,001
Hayır	20(17-22)	
Anne eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	17(15-20)	0,918
İlkokul	18(15-20)	
Ortaokul	17(16-20)	
Lise	18(15-22)	
Üniversite	17,5(15-20,5)	
Baba eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	17(15-19,5)	0,131
İlkokul	18(15-20)	
Ortaokul	16(15-20)	
Lise	18(16-21)	
Üniversite	18,5(15-21)	

Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test



Şekil 4.8: Çocukken yaşanılan evde sigara içen birey varlığına göre sigara başlama yaşı

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Sigara bağımlılığına neden olan psikolojik ve fiziksel birçok neden mevcut olup; sigara bırakma durumu, sigaranın yokluğu ile mücadele edilmesi gereken kronik, zor ve nüks edici bir durumdur. Çalışmamızda tekrarlayan sigara bırakma girişimi nedeni ile sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların tekrar sigaraya başlama nedenlerini, sigarayı bırakma süresini etkileyen faktörleri araştırdık. Genç yaş grubu olmak (18-35 yaş), bekar olmak, evde sigara içen başka bireylerin olması ve evde ortak yaşam alanında sigara içiliyor olması, baş ağrısı, sinirlilik, aşırı sigara içme isteği gibi yoksunluk belirtilerinin olması, profesyonel destek alınmaması, ilacı önerilen doz ve sürede kullanmamak, depresyon, anksiyete ve stres puanlarının yüksek olması sigara bırakma süresini kısaltan faktörler olarak bulundu.

Cinsiyete göre sigara bırakma süresine baktığımızda ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,414$). Bu sonuç çalışmaya katılan hastalar arasındaki diğer sosyodemografik farklılıklar ile açıklanabilir.

Çalışmamızda 18-25 ve 26-35 yaş grubundaki kişilerin diğer yaş gruplarındaki kişilere göre sigarayı bırakma süreleri daha düşük bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaş ve relaps süresi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (88). Bizim çalışmamızdaki bu durum genç yaş grubunun stresörlere daha açık olması, sigarayı stresle başa çıkma yöntemi olarak kullanması, akranlarının etkisinde daha çok kalması ile açıklanabilir ancak çalışmamızda kontrol grubumuz olmadığı için net olarak söylenemez.

Medeni hal açısından bırakma süresi incelendiğinde evli kişilerin bekar olanlara göre daha uzun süre sigarayı bırakabildiklerini tespit ettik. Çalışmamızdan farklı olarak Argüder ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise medeni durumun sigara bırakma üzerine etkili olmadığı saptanmıştır (8). Evli olan kişilerin sigarayı bırakma süresi üzerinde eşlerinin sigara içme durumları da olumlu ya da olumsuz etkiye sahip olabilmektedir. Bizim çalışmamızın kısıtlılıklarından bir tanesi evli olan kişilerde eşin sigara içme durumunun sorgulanmamasıdır.

Çalışmamızda eğitim düzeyine göre sigarayı bırakma süresi ise değişmemektedir. Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer olarak eğitim durumu ile relaps süresi açısından fark bulunmayan bir çalışma mevcuttur (88). 5580 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, eğitim durumu ile son bir yıl içinde sigara bırakma deneyimi ve sigaraya yeniden başlama arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (89). Literatürde yapılan bir çalışmada düşük eğitim düzeyinin yüksek relaps oranı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (90). Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde sigaranın zararları ve sigara bırakma konusunda farkındalığın yüksek olması beklenen bir durum olsa da eğitim düzeyinin bırakma süresi ve relaps durumunda tek etkili faktör olması çok beklenen bir durum değildir.

Katılımcılar büyük oranda aktif olarak bir işte çalışıyordu. Çalışma durumuna göre sigarayı bırakma süresi açısından gruplar arasında farklılık bulamadık. İşyerinde sigara kısıtlaması ve dumanlı işyeri ortamı sağlanması sigarayı bırakma ve bırakma durumunun sürdürülmesi üzerinde etkili bir faktördür. Literatürde bununla ilgili yapılmış çalışmalar mevcuttur (91, 92). Fakat bizim çalışmamızın kısıtlılıklarından biri çalışan kişilerde çalışma ortamında sigara içilmesi durumunun sorulmaması olduğundan bu ilişkiyi kurmamız mümkün olmadı.

Gelir düzeyleri bakımından incelendiğinde ise katılımcılarımızın çoğunun 3000- 6000 TL gelir düzeyine sahip oldukları gözlenmiştir. Gelir düzeyi bakımından sigarayı bırakma süresi ise farklı bulunmamıştır. Hollanda'da yapılan bir çalışmada 8 yıllık süreçte yaklaşık 18 bin hasta değerlendirilmiş olup düşük gelir düzeyli grupta psikososyal tetikleyicilerin fazla olması, bağımlılık ve sigara tüketiminin fazla olması, daha az bırakma motivasyonunun olması, ilaç tedavisinin bulunması ve devamlılığı

konusunda yaşadıkları sıkıntılar nedeni ile relapsın daha fazla görüldüğü bulunmuştur (93). Kore’de 954 katılımcı ile yapılan bir çalışmada da daha düşük gelir düzeyi olanlarda sigarayı bırakma süresinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (94). Polikliniğimize başvuran hasta profilinin değişken olması ve çalışmamıza dahil edilen katılımcılardan yüksek gelir düzeyli olanların oranının az olması literatürden farklı bulmamızda etkili olmuş olabilir.

Katılımcıların sigara içme süreleri ortalama $19,84 \pm 11,07$ yıl olup literatürdeki çalışmalarla benzer bulunmuştur (95, 96). Sigara içilen süre ile sigarayı bırakma süreleri arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki bulduk. Yaşın ilerlemesi ve sigara içilen sürenin artışı ile birlikte sağlık sorunlarının ve hekim kontrollerinin artması; hekim önerisi ile sigara bırakma farkındalığının oluşmasını sağlamaktadır. Bu durumun sigarayı bırakma süresindeki artışta etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki katılımcıların relaps sonrası şu anda içtikleri sigara miktarına baktığımızda en fazla 11-20 adetti. Bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla benzerdi (8, 64, 96). Katılımcıların sigarayı bırakmadan önce içtikleri sigara miktarı oranları da benzerdir ve en çok 11-20 adettir. Relaps ile ilgili bir makalede bırakmadan önceki içilen sigara miktarı çalışmamızla benzerdir (97). Bırakmadan önce içilen sigara adedi ile bırakma süresi arasında ise anlamlı ilişki bulamadık. Çalışmamızdan farklı olarak yapılan bir çalışmada sigarayı uzun süre bırakma ile günde 10 dan az sigara içmek aynı yönde ilişkili bulunmuştur (97). Bu durumun çalışmamızda 10dan az sigara içen gruptaki katılımcıların sayısının az olması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda sigaraya başlama nedeni en sık özenti ve merak olarak bulunmuştur. Gerçek ve arkadaşlarının çalışmasında ilk iki neden; özenti ve çevredir (98). Ülkemizde yapılan diğer iki çalışmada da merak ve özenti en yaygın iki nedendir (99, 100).

Fidan ve arkadaşları, sigara tetikleyicilerini en sık yemek sonrası, ikinci sırada çay, sonrasında stres/üzüntü olarak bulmuşlardır (101). Bizim çalışmamızda da benzer olarak sigara içmeyi tetikleyen durumlar en sık yemek sonrası, ikinci sırada stres, sonrasında çay veya kahve’ idi.

Çalışmamızda alkol kullanımı, sigara içmeyi tetikleyen durumlar(%18,2) arasında yer almaktadır. Fidan ve arkadaşlarının çalışmasında da alkol kullanımı(%6) sigara içmeyi tetikleyen bir durumdu (101). Çalışmamızdaki tekrarlayan sigara bırakma girişimi olan katılımcılardan çoğu alkol kullanmadıklarını belirtirken (%59,5); alkol kullanan ve kullanmayanların bırakma süreleri ise birbirinden farklı bulunmamıştır. Literatürde relaps görülen katılımcılarla yapılan bir çalışmada alkol kullanımının özellikle erken relaps üzerinde etkili olduğu ve özellikle sigarayı bıraktıktan sonraki ilk aylarda arkadaşlarla bar ve partilerde görüşmenin bu duruma neden olabileceği bu nedenle bu ortamlardan uzak durulması gerektiği bildirilmiştir (95). Bizim çalışmamızdaki katılımcıların daha çok yoğun alkol kullanımı olmayan sosyal içilerden oluşması bu sonucu bulmamızda etkili olmuş olabilir.

Katılımcılarımızdan çocukken yaşadığı evde sigara içildiğini belirtenlerin sayısı daha fazlaydı. Anne ve babanın sigara içtiği evlerde çocukların sigara içme durumunun arttığını belirten bir çalışma mevcuttur (102). Boyacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukların yaklaşık %70'nin evinde en az bir kişinin sigara içtiği ve ülkemizde çocukların dörtte üçünün pasif sigara dumanına maruz kaldığı bildirilmiştir (103). Çocukken yaşanan evde sigara içilmesi ile bırakma süresi arasında ise anlamlı bir ilişki bulamadık. Bireylerin sigaraya karşı olan tutum ve davranışlarının temeli çocukluk döneminde şekillenmeye başlasa da; yetişkinlik dönemini etkileyen farklı çevresel ve psikolojik faktörlerin sigarayı bırakma ve bırakma durumunun sürdürülmesinde daha ön planda olduğunu düşünüyoruz.

Çocukken yaşadığı evde sigara içilen bireylerde sigaraya başlama yaşının daha düşük olduğu bulundu. Literatürde ebeveynin sigara içmesinin çocukların sigaraya erken başlama ihtimalini arttırdığı belirtilen bir çalışma mevcuttur (104). Diğer bir çalışmada da ebeveynlerin sigara içmesinin, erken ergenlik döneminde sigara içmeye başlama ile ilişkili olduğu bulunmuştur (105).

Çalışmamızdaki katılımcıların anne ve baba eğitim düzeyine bakıldığında ilkokul olanlar daha fazlaydı. Anne ve babalarının eğitim düzeyine göre sigaraya başlama yaşı ise değişmemektedir. Çalışmamızdan farklı olarak başka bir çalışmada anne-baba eğitim düzeyi düşük olan ailelerin

çocuklarının daha erken yaşlarda sigara içtiği sonucu bulunmuştur (106). Bu durum katılımcılarımızın çoğunun anne ve babalarının düşük eğitim düzeyli olmasına bağlandı.

Katılımcılardan şu anda yaşadıkları evde kendisinden başka sigara içen birey olduğunu belirtenlerin oranı daha fazladır ve şu anda yaşadığı evde kendisinden başka sigara içen birey olanların olmayanlara göre sigarayı daha kısa süre bırakabildikleri bulunmuştur. Literatürde sigarasız bir evde yaşamının daha uzun süre sigara bırakılması ile güçlü ilişkisi bulunmuştur (107). Benzer olarak dumansız evlerin relaps oranını azaltmada ve tekrar sigaraya başlama durumunu geciktirmede etkili olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (108, 109).

Katılımcılara “Evinizin hangi bölümünde sigara içilir?” sorusunu sorduk. Ortak yaşam alanında sigara içilenler, evde sigara içilmeyenlere göre daha kısa süre sigarayı bırakabilmişlerdir. Sigara içilmeyen evlerde, sigara içilen evlere göre daha uzun süreli sigara bırakıldığı bulunmuş çalışmalar mevcuttur (110, 111). Evde sigara içmeyen birinin olması daha destekleyici ve motive edici olabilir ayrıca bireyin yakınlarını pasif sigara dumanından koruma isteği de sigara bırakma durumunun sürdürülmesinde etkili olabilir.

Katılımcılarımıza “İş yerinizde sigara içilir mi?” ve “Arkadaş ortamınızda sigara içilir mi?” sorusunu sorduğumuzda büyük oranda ‘evet’ yanıtını aldık. İş yerinde ve arkadaş ortamında sigara içilmesi ile bırakma süresi arasında ise anlamlı bir farklılık yoktu. Literatürde iş yeri ve arkadaş ortamında sigara içilmesinin nüks oranını arttırdığı ile ilgili çalışmalar varken bırakma süresi ile ilişkisine bakılan çalışma bulamadık. Sigarayı bırakma süreci ve sonrasında, sigara içilen arkadaş ortamına girmemek, işyerinde sigara içme molasına çıkmamak veya pasif sigara dumanına maruz kalmamak bırakma devamlılığı açısından önemli bir konudur. Çalışmamızda “Bırakma süreci ve sonrasında yanınızda sigara içildi mi?” ya da “Bu süreçte sigara içilen ortamlara girdiniz mi ?” sorusunu sormamış olmamız çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

Çalışmamızda “Sigarayı neden bırakmak istiyorsunuz?” sorusuna hastalarımız en çok ‘hasta olma endişesi’ yanıtını verdi. Bunu ‘ekonomik

nedenler' ve 'çevreme zarar veriyorum' yanıtları takip etti. Hastalığım nedeni ile ve doktor önerisi ile diyen hastalarımız daha az orandaydı. Ülkemizde yapılan bir çalışmada en sık nedenler; ileride hasta olma korkusu ve şu andaki hastalık olarak bulunmuştur (101). Salepçi ve arkadaşlarının çalışmasında da en sık neden sağlığını korumak olarak bulunmuştur (112).

Çalışmamızdaki katılımcılara "Sigarayı en uzun ne kadar süre bıraktınız?" sorusunu sorduk. En uzun '3-6ay' süre ile bıraktıklarını bulduk. Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında en uzun bırakma süresi '1 aydan az' olarak bulunmuş (96). Hastalarımızdan birkaç deneyimi olanların daha önceki girişimlerinde ve en son bırakma girişiminde ne kadar süre sigarayı bıraktıklarını ise bilmiyoruz. Literatürde geçmişte sigarayı bırakan kişi ne kadar uzun süre sigarayı bıraktıysa, bir sonraki denemede başarılı olma ihtimalinin de o kadar yüksek olacağını belirten bir çalışma mevcuttur (113). Bazı çalışmalarda ise daha önceki olumsuz sigara bırakma deneyimleri ile bırakıp-bırakmama durumu arasında ilişki bulunamamıştır (8, 101, 114). Biz de çalışmamızda bırakmayı deneme sayısı ile bırakma süresi arasında ilişki bulamadık. Ancak kişilerin sigarayı bırakmayı deneme aşamasında kullandığı bırakma yöntemleri ve diğer kişisel farklılıklar da bırakma denemesinin başarısını, süresini ve dolaylı olarak deneme sayısını etkileyebilir.

"Sigarayı bırakma sürecinde bir nefes dahi olsa sigara içtiniz mi?" sorusuna evet ve hayır yanıtını veren kişiler arasında sigarayı bırakma süresi açısından fark bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada sigarayı bıraktıktan sonra herhangi bir sigara içme davranışının, nihai nüksetmenin çok güçlü bir göstergesi olduğu belirtilmiştir (115). Sigara bırakma sürecinde yapılan hatalar erken nüksün öngörücüsüdür ancak nüksün ne zaman gerçekleşeceğinin öngörücüsü değildir. Bu durum, hatanın nükse dönüşmesinde ve bırakma durumunun sürdürülmesinde kişinin bilişsel-motivasyonel durumunun daha önemli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda bırakma denemesinde en sık karşılaşılan güçlük sinirlilik olarak bulundu. Bunu aşırı sigara içme isteği, iştah/kilo artışı, konsantrasyon bozukluğu takip etmekteydi. Çalışmamızla benzer olarak Fidan ve arkadaşları, sigarayı bıraktıkça karşılaşılan sorunları sıklık sırasına göre sinirlilik, aşırı sigara içme isteği, konsantrasyon güçlüğü,

iştah artışı şeklinde belirtmişler (62). Salepçi ve arkadaşları da en sık iştah artışı, aşırı sigara içme isteği ve sinirlilik olarak bulmuştur (112).

Çalışmamızda bırakma denemesinde sinirlilik, baş ağrısı, aşırı sigara içme isteği yaşayanlar yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha kısa süre sigarayı bırakabilmiştir. Erken görülen nükslerin en sık nedenlerinin yoksunluk semptomları ve aşırı sigara içme isteği olduğunu belirten bir çalışma mevcuttur (6). Yapılan başka bir çalışmada özellikle ilaç kullanmadan sigarayı bırakmayı deneyen bireylerde yoksunluk semptomlarına bağlı daha erken relaps görüldüğü belirtilmiştir (116). Bu durum hastalara bırakma süreci öncesinde sinirlilik, baş ağrısı, aşırı sigara içme isteği gibi yoksunluk belirtileri hakkında bilgi verilmesinin ve bunlarla başa çıkma yöntemlerinin konuşulmasının ve ilaç tedavisi seçeneklerinin önerilmesinin önemini gösterir niteliktedir. İştah/kilo artışı olanlar ise olmayanlara göre daha uzun süre sigarayı bırakabilmişlerdir. Bu durum sigara içme alışkanlığı yerine yemek yeme alışkanlığının koyulmasının hastaları daha az zorluyor olabileceği ile açıklanabilir.

Doktor önerisi ile sigarayı bırakma oranları kronik hastalığı olanlarda anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Literatürde sağlıklı sigara içenlere oranla, kalp ve solunum sistemi hastalarında doktor tavsiyesinin sigarayı bırakma başarı oranında artışa neden olduğu belirtilmiş (117). Çalışmamızda kronik hastalığın ne olduğuna göre sigarayı bırakma oranında ise anlamlı bir fark görülmemiştir. Komorbiditenin ne olduğunun sigara bırakma durumuna etkisi açısından fark olmadığı gösterilmiş çalışmalar da mevcuttur (8, 64). Kronik hastalığı olsun ya da olmasın sigara kullandığını belirten her bireye sigarayı bırakmasının önerilmesi tüm hekimlerin sorumluluğu olup hekim tavsiyesinin sigara bırakma başarısını arttıran bir durum olduğu literatürde çoğu kez belirtilmiştir (118, 119).

Sigara bırakma sürecinde en sık kullanılan ilaç tedavisi vareniklidir. Sıklık sırasına göre nikotin bandı, bupropiyon, nikotin sakızı ise diğer kullanılan ilaç tedavileriydi. Çalışmamıza benzer olarak sigarayı bırakamayan kişilerin araştırıldığı bir çalışmada en sık kullanılan tedavi vareniklin, ikinci sıklıkta bupropion, en son ise nikotin replasman tedavisidir (120). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada ise en sık vareniklin, ikinci sırada bupropion kullanılmıştır (88). Ülkemizde vareniklinin sağlık bakanlığı tarafından

hastalara ücretsiz olarak temin edilmesinin bu sonucu bulmamızda etkili olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda sigara bırakma sürecinde profesyonel destek alanların sigarayı bırakma süresi almayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Alınan profesyonel desteğin ne olduğuna göre ise sigarayı bırakma süresinin değişmediği bulundu. Bazı katılımcıların önerilen sürede tedaviyi tamamlamamaları, farklı tedavilerin bırakma sürecine etkilerini değerlendirmede sınırlayıcı faktör oluşturmıştır. Bu nedenle bu konuda uygun tedavi süresini tamamlamış daha fazla sayıdaki katılımcı ile daha güvenilir sonuçlar elde edilebileceğini düşünmekteyiz. Kullanılan ilaç tedavisinin ne olduğuna göre sigarayı bırakma süresi ise değişmekteydi ve vareniklin ya da bupropion kullananlarda nikotin bandı kullananlara göre bırakma süresi daha uzun bulunmuştur. Literatürde çalışmamızdan farklı olarak katılımcıların aldıkları ilaç tedavileri ile relaps süreleri açısından anlamlı bir ilişki tespit edilemeyen çalışmalar mevcuttur (88, 120).

Hastalarımızın çoğu sigarayı bırakma sürecinde önerilen ilaç tedavisini uygun doz ve sürede kullandıklarını belirtti. İlacı önerilen yeterli doz ve sürede kullananların sigarayı bırakma süresi kullanmayanlara göre daha uzun bulundu. Sigara bırakma süresinde ilaç tedavisine uyumun başarıyı arttırdığı bugüne kadar yapılan tüm çalışmalarla da desteklenmiştir (8, 64, 114, 120).

Çalışmamızda 33 kişi (%8,2) sigarayı bıraktıktan sonra başka bir tütün ürünü kullandığını belirtmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da hastaların %7,9' u başka tütün ürünü kullandıklarını belirtmiştir (121). Sigara dışındaki tütün ürünlerinin daha az bağımlılık yapacağını ve daha az zararlı olduğunu düşünmek, sigarayı bırakmak için diğer tütün ürünlerini kullanmak gibi yanlış düşüncelerin düzeltilmesinin de önemli bir konu olduğunu düşünüyoruz. Kullanılan tütün ürünlerini en sık nargile, ikinci sırada ise elektronik sigara olarak bulduk. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kullanılan sigara dışı tütün ürünü en sık elektronik sigara, ikinci sırada ise nargile olarak bulunmuş (122).

Tekrar sigaraya başlama nedenlerine baktığımızda en sık stres/üzüntü olarak bulduk. Bunu sırası ile alışkanlıklar, ev/iş/arkadaş ortamında

sigara içilmesi, kolayca bırakabileceğine inanma, bir kereden bir şey olmaz düşüncesi, karşılaşılan güçlükler takip etmekteydi. Fidan ve arkadaşlarının çalışmasında sigaraya başlama nedeni olarak sırasıyla; aşırı sigara içme isteği (en sık), stres, sinirlilik, arkadaş ortamı cevapları verilmiştir (101). Kocakaya ve arkadaşlarının çalışmasında sigaraya tekrar başlayanlarda yeniden başlama sebepleri sorgulandığında en sık yoksunluk durumunda yaşanan şikayetler, ikinci sırada ise stres olduğu görülmüştür (120).

Çalışmamızda katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanı arttıkça sigara bırakma süresinin kısaldığına dair zayıf bir ilişki tespit ettik. Depresyon tanılı sigara kullanan hastaların bırakma çabasından sonra yeniden sigaraya başlama olasılıkları ve başlama hızları daha yüksektir; bu durum nikotin bağımlılıklarının daha fazla olması, sigarayı bıraktıklarında duyudurumla ilgili belirtilerinin daha şiddetli olmasına bağlanmıştır (123). Sigara bırakma tedavisinin devamlılığı ve başarısı için polikliniğe başvuran hastaların tedavi başlangıcında depresyon, stres ve anksiyete açısından değerlendirilmesinin ve tedavi edilmesinin sigara bağımlılığı tedavisini daha da kolaylaştıracağını düşünmekteyiz.

Hastalarımıza uyguladığımız depresyon, anksiyete ve stres ölçeğinde her durum için alt kategorilere (normal, hafif, orta, ileri, çok ileri) ayrı ayrı bakıldığında ise; alt kategorilere göre sigarayı bırakma süresi değişmemiştir. Literatürde çalışmamıza benzer bir çalışma bulamasak da depresyon şiddetinin sigara bırakma tedavisindeki başarıyı öngörmediği belirtilen bir çalışma mevcuttur (124). Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri hastalarımızı uzun süreli takip etmemiş olmamızdır. Bu durum bırakmadan önceki depresyon, anksiyete, stres skorlarını bilmemizi ve yorum yapmamızı engellemiştir. Sigarayı bırakmadan önceki ölçeklere de bakılarak yapılan çalışmaların bu konuyu daha çok aydınlatacağını düşünmekteyiz. Depresyon, anksiyete, stres puanının sigarayı bırakma süresi üzerinde etkisi olduğunu görsek de; depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi ve stres düzeyine göre sigara bırakma süresi üzerinde farklı etki görülmemiştir. Bu sonuç, hafif depresyon dahi olsa tedavi edilmesinin önem taşıdığını düşündürmüştür.

5.2 ÇALIŞMANIN KISITLILIĞI

Çalışmamızın en önemli kısıtlayıcı faktörü kesitsel bir çalışma olması ve kısa bir süreyi kapsamasıdır. Katılımcıların eşlerinin sigara içme durumunun sorgulanmamış olması, daha önceki başarısız bırakma deneyimleri olanlara önceki deneyimlerinde ne kadar süre sigarayı bıraktıklarının sorulmaması, çalışan bireylerin iş yerinin hangi kısmında sigara içildiğinin ve bırakma sürecinde sigara içilen ortamlarda bulunma durumunun sorulmaması çalışmamızı kısıtlayan diğer durumlardır.

5.3 SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigara kullanımı, insan sağlığı üzerindeki önemli ve ölümcül etkilerinin yanı sıra ekonomi ve çevre üzerinde de pek çok olumsuz etkiye sahip bir halk sağlığı sorunudur.

Sigara bırakma mücadelesi ile birlikte gündeme gelen en önemli konu ise 'laps' ve 'relaps' tır. Bu nedenle hastalara tedavi başlangıcında karşılaşacakları güçlükler hakkında bilgi verilmeli ve bu güçlüklerle başa çıkma yolları anlatılmalıdır. Hastalara bırakma sürecinde mutlaka takiplere katılmaları önerilmelidir. Genç yaş grubu ile bırakma öncesi yapılan motivasyonel görüşme süresinin arttırılması ve takiplerinin sık yapılması, arkadaş grubunun sigara içme durumunun sorgulanmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Evde sigara içen başka birey olup olmadığının görüşme esnasında sorgulanması, mümkünse o kişinin de sigara bırakma polikliniğine gelmesinin teşvik edilmesi , eğer bu durum mümkün değilse evin dumansız hale getirilmesi önerilmelidir.

Hastalara sigara bırakmanın uzun bir yolculuk olduğu, ilaç tedavisinin mutlaka uygun doz ve sürede kullanılması gerektiği ve verilen ilaç tedavisinin yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Aksi takdirde hastalar yan etki nedeni ile veya sigarayı bıraktıklarını düşünerek tedavilerini yarım bırakabilirler. Sigarayı bırakma sürecinde ve sigarayı bıraktıktan sonraki süreçte ise sıkıntı yaşadıkları her an başvurabilecekleri hastalara hatırlatılmalıdır.

Başvuru anında her bireyin depresyon, anksiyete, stres düzeyinin değerlendirilmesi ve düzeyi farketmeksizin tedavi edilmesinin sigara bağımlılığı tedavisi için önemli olduğunu düşünüyoruz. Sigarayı bıraktıktan sonra da depresyon, anksiyete, stres düzeylerinde artış olabileceğinden hastaların bırakma süreci ve sonrasında da bu açıdan değerlendirilmelerinin sigara bırakma süresine olumlu etkisi olacağını düşünmekteyiz.

Kronik hastalığı olsun ya da olmasın polikliniğe gelen her hastaya sigara kullanım durumunun sorulması ve sigarayı bırakmasının önerilmesi oldukça önemlidir. Birinci basamak hekimlerine ise bu konuda çok daha fazla sorumluluk düşmektedir.

Son olarak, sigara içme alışkanlığının çok küçük yaşlardan itibaren öncelikle aile, daha sonrasında arkadaş ortamı gibi pek çok çevresel faktörle ilişkili olduğu ve bu konuda toplumdaki her bireye sorumluluk düştüğü görülmektedir.

Kaynaklar

1. WHO T. 12.5.2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.]
2. Mackay J, Eriksen M, Eriksen MP. The tobacco atlas: World Health Organization; 2002.
3. Bilir N. Türkiye tütün kontrolünde dünyanın neresinde? Turk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal. 2009;10(1).
4. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks dergisi. 2006;7(1):51-64.
5. Kurumu HS. 2012 Aralığında Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA). Ankara; 2008.
6. Derneği TTG. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Ankara; 2014.
7. Brown RA, Lejuez C, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. Clinical psychology review. 2005;25(6):713-33.
8. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, et al. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Türk Toraks Dergisi. 2013;14(3):81-7.
9. Barton GR, Aveyard P, Notley C, Holland R, Bachmann MO, Sutton S, et al. Differences in longer-term smoking abstinence after treatment by specialist or non-specialist advisors–secondary analysis of data from a relapse prevention trial. 2015.
10. Aytemur ZA. Sigara Bırakma: Nüks ve Tedavisi.
11. Aytemur Z. Sigara bırakma tedavisinde pratik güncel öneriler. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2011;2(4):75-82.

12. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. Substance abuse treatment, prevention, and policy. 2011;6(1):1-17.
13. Taşdemir ZA. Tütün Ürünleri. Güncel Göğüs Hast Serisi [Internet]. 2016;4(1):27-31.
14. Ersan A. Tütün Sektör Profili. İstanbul Ticaret Odası, Etüt ve Araştırma Şubesi. 2004.
15. Bakanlığı TS, Müdürlüğü TSHG. Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı (hekimler için). Ankara: Anıl Matbaacılık. 2010.
16. Parlak EŞ, Karalezli A. Tütün Bitkisi ve Ürünleri. GÖĞÜS Hastalıkları.21.
17. Gately I. Tobacco: The story of how tobacco seduced the world: Grove Press; 2001.
18. Mu GŞO. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri.
19. Seydioğulları M. Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları, Tütün ve Tütün Kontrolü. Sağlık Bakanlığı-Türk Toraks Derneği Yayınları. 2011;2:3-21.
20. Okulu TEY. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını. 1978:9-18.
21. Dogruel F, Dogruel AS. Osmanlı’dan Günümüze Tekel. Tarih Vakfı Yurt Yayınları, İstanbul. 2000.
22. ERDİNÇ Ş. Camel Sigara Paketlerinde Kullanılan Görsel Yapının Analizi ve Sunulan Türk İmajının Kökeni. Arkeoloji ve Sanat. 2021;167(167):111-8.
23. Öztürk S. Osmanlı İmparatorluğu’nda Kamusal Alanın Dinamikleri. Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi. 2005;21:95-124.
24. Yılmaz F. Tütünün Macerası II. The Adventure of Tobacco], Tombak. 2000:34.
25. [Available from: WHO. The History of Tobacco. Erişim: <https://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>.

26. Shaik SS, Doshi D, Bandari SR, Madupu PR, KuLKARNI S. Tobacco use cessation and prevention–A Review. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2016;10(5):ZE13.
27. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use: World Health Organization; 2019.
28. Öntaş E, Aslan D. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016-HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63) <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr>. Erişim tarihi. 2019;22.
29. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. World. 2002;58(44):1-20.
30. Örsel O. Tütün içeriği, farmakokinetiği ve tütün ürünleri. Tütün ve Tütün Kontrolü, Toraks Kitapları İstanbul: Aves Yayıncılık. 2010;10:137.
31. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. Bmj. 1994;309(6959):937-9.
32. ÇALIŞKAN Ş. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler (Ekonometrik bir yaklaşım). Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;8(2):23-48.
33. Bernhard D, Pfister G, Huck CW, Kind M, Salvenmoser W, Bonn GK, et al. Disruption of vascular endothelial homeostasis by tobacco smoke—impact on atherosclerosis. The FASEB Journal. 2003;17(15):2302-4.
34. Aslan D, Bilir N, Dilbaz H, Kılınç O, ÖRSEL O, Özcebe L, et al. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı. 2010.
35. Derneği TT. Tütün ve tütün kontrolü. İstanbul: AVES yayıncılık; 2010.
36. Shaykhiev R, Crystal RG. Early events in the pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. Smoking-induced reprogramming of airway epithelial basal progenitor cells. Annals of the American Thoracic Society. 2014;11(Supplement 5):S252-S8.

37. SS H. Alt solunum sistemi ve tütün. Karadağ M, Bilgiç H, editörler Tütün ve Tütün Kontrolü Matris Matbaa Hizmetleri San Tic Ltd Şti, AVES Yayıncılık. 2010:173-89.
38. Hamzany Y, Hadar T, Feinmesser R, Guttman D, Shvero J. Laryngeal carcinoma in nonsmoking patients. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*. 2008;117(8):564-8.
39. Hassan MM, Spitz MR, Thomas MB, El-Deeb AS, Glover KY, Nguyen NT, et al. Effect of different types of smoking and synergism with hepatitis C virus on risk of hepatocellular carcinoma in American men and women: case-control study. *International journal of cancer*. 2008;123(8):1883-91.
40. Li L, Chan R, Lu L, Shen J, Zhang L, Wu W, et al. Cigarette smoking and gastrointestinal diseases: the causal relationship and underlying molecular mechanisms. *International journal of molecular medicine*. 2014;34(2):372-80.
41. Fujiwara Y, Kubo M, Kohata Y, Machida H, Okazaki H, Yamagami H, et al. Cigarette smoking and its association with overlapping gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia, or irritable bowel syndrome. *Internal Medicine*. 2011;50(21):2443-7.
42. Özkayın N, Aktuğlu K. Sigaranın Kas-İskelet Sistemi Üzerine Etkileri. *Sted*. 2003;12(3):102.
43. Hasan S. ATS statement--cigarette smoking and health. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 1996;154(5):1579-80.
44. Tobacco. WH. 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>].
45. Türkcan A. Sigara Bırakma Rehberi. İstanbul: Sistem Yayıncılık. 2004.
46. Küçükkavruk E. Atatürk Sağlık Yüksek Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı Ve Bunu Etkileyen Faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri. 2002.

47. Rezvani AH, Levin ED. Cognitive effects of nicotine. Biological psychiatry. 2001;49(3):258-67.
48. Derneği TT. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi.“. Tütün ve Tütün Kontrolü” içinde(ed) Karadağ M, Bilgiç H İstanbul, AVES Yayıncılık. 2010:25-34.
49. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: World Health Organization; 1992.
50. Üneri Ö, Tural Ü, Çakın Memik N. Şizofreni ve sigara içimi: Biyolojik bağlantı nerede. Turk Psikiyatri Derg. 2006;17:55-64.
51. Jarvis MJ. Why people smoke. Bmj. 2004;328(7434):277-9.
52. Benowitz NL. Nicotine addiction. New England Journal of Medicine. 2010;362(24):2295-303.
53. Derneği TT. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi Hekim El Kitabı. Ankara: Sentez Yayıncılık. 2013:1-28.
54. Birliği AP. Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı (DSM-5)(5. Baskı). Çev: E Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013.
55. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de tütün kontrolü politikaları. World Health Organization Report Available from: URL: http://www.euro.who.int/document/E_2010_93038.
56. Mutlu El, Seydioğulları M. Tütün Kontrolü ve Hukuk: Son Gelişmeler. Yayın Kurulu. 2017:30.
57. Ekerbiçer HÇ, Berberoğlu U, İnci MB. Dumansız bir çevre mücadelesi: dününden bugüne. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(3):470-4.
58. ÖRSEL O. Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri (MPOWER 2015). Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2015;4(1):13-21.
59. Saraçoğlu S, Öztürk F. Türkiye’de tütün kontrol politikaları ve tütün tüketimi üzerine bir değerlendirme. Politik Ekonomik Kuram. 2020;4(1):20-44.

60. Yildirim GE. Tütün Bağımlılığı ve Tedavisinde Hekim Sorumluluğu ve 5A 5R Yaklaşımı.
61. Bilir N, Özcebe H. Tütün Bağımlılığı ve Kontrolü: Bireysel, Toplumsal ve Sosyal Pazarlama Yaklaşımları. *Eurasian J Pulmonol.* 2014;16:63-8.
62. Fidan F, Ebru P, SEZER M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 2005;6(3):27-34.
63. Demir T. Sigara ve Sigara Yöntemleri.
64. Şahbaz S, Kılınç O. Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri. *Sted.* 2005;14(5):98-102.
65. Tedavileri NR. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi.
66. Aytemur ZA. Tütün Kullanım Bozukluğunun Farmakolojik Tedavisi. *Göğüs Hastalıkları.*94.
67. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. *Sted Journal of Continuing Medical Education.* 2003;12(5):166-71.
68. Elkins GR, Rajab MH. Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of a three-session intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.* 2004;52(1):73-81.
69. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019(6).
70. Covino NA, Bottari M. Hypnosis, behavioral theory, and smoking cessation. *Journal of dental education.* 2001;65(4):340-7.
71. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2002(2).
72. Zhang Y-Y, Yu Z-Y, Lan H-D, Liang S-B, Fang M, Robinson N, et al. Non-traditional acupuncture therapies for smoking cessation: a systematic review of randomized controlled trials. *European Journal of Integrative Medicine.* 2021;47:101390.

73. Cabioglu MT, Ergene N, TAN Ü. Smoking cessation after acupuncture treatment. *International Journal of Neuroscience*. 2007;117(5):571-8.
74. Sanati Masboughi Z. Application of Modern Physics Findings in Medicine: Bio-Resonance Therapy. *Karafan Quarterly Scientific Journal*. 2021;18(Special Issue 1):165-76.
75. Nienhaus J, Galle M. Placebo-controlled study of the effects of a standardized MORA bioresonance therapy on functional gastrointestinal complaints. *Forschende Komplementarmedizin* (2006). 2006;13(1):28-34.
76. Wee LH, West R, Bulgiba A, Shahab L. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop-smoking clinics in Malaysia. *Nicotine & Tobacco Research*. 2011;13(2):151-6.
77. Hymowitz N, Sexton M, Ockene J, Grandits G, Group MR. Baseline factors associated with smoking cessation and relapse. *Preventive medicine*. 1991;20(5):590-601.
78. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Jama*. 2000;284(20):2606-10.
79. Matheny KB, Weatherman KE. Predictors of smoking cessation and maintenance. *Journal of clinical psychology*. 1998;54(2):223-35.
80. Fidler JA, West R. Enjoyment of smoking and urges to smoke as predictors of attempts and success of attempts to stop smoking: a longitudinal study. *Drug and alcohol dependence*. 2011;115(1-2):30-4.
81. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. It is possible to help smokers in early motivational stages to quit: the Inter99 study. *Preventive Medicine*. 2005;40(3):278-84.
82. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *New England Journal of Medicine*. 1991;324(11):739-45.
83. Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. *Chest*. 2003;123(5):1730-9.

84. Tobacco TCPGT. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. American journal of preventive medicine. 2008;35(2):158-76.
85. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation: a randomized, controlled trial. Annals of internal medicine. 2001;135(6):423-33.
86. Smith SS, Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, et al. Targeting smokers at increased risk for relapse: treating women and those with a history of depression. Nicotine & Tobacco Research. 2003;5(1):99-109.
87. Hawk Jr LW, Ashare RL, Lohnes SF, Schlienz NJ, Rhodes JD, Tiffany ST, et al. The effects of extended pre-quit varenicline treatment on smoking behavior and short-term abstinence: a randomized clinical trial. Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2012;91(2):172-80.
88. KINALI ÖS. Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Destek Tedavisi Başlanmasına Rağmen Sigarayı Bırakamayan Hastalardaki Başarısızlık Nedenlerinin Araştırılması: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
89. Solberg LI, Asche SE, Boyle R, McCarty MC, Thoele MJ. Smoking and cessation behaviors among young adults of various educational backgrounds. American Journal of Public Health. 2007;97(8):1421-6.
90. Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, Benach J, Ariza C, Ramon JM, et al. Social class, education, and smoking cessation: long-term follow-up of patients treated at a smoking cessation unit. Nicotine & Tobacco Research. 2006;8(1):29-36.
91. Woodruff TJ, Rosbrook B, Pierce J, Glantz SA. Lower levels of cigarette consumption found in smoke-free workplaces in California. Archives of Internal Medicine. 1993;153(12):1485-93.
92. Sorsensen G, Rigotti N, Rosen A, Pinney J, Prible R. Effects of a worksite nonsmoking policy: evidence for increased cessation. American Journal of Public Health. 1991;81(2):202-4.

93. Nagelhout GE, de Korte-de Boer D, Kunst AE, van der Meer RM, de Vries H, van Gelder BM, et al. Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. *BMC public health*. 2012;12(1):1-9.
94. Seo YG, Paek YJ, Jo MW, Choi J. Predictors of long-term abstinence rate by income level in the Korean smoking cessation programme. *Addiction*. 2019;114(11):2056-64.
95. Pineiro B, López-Durán A, Martínez-Vispo C, Del Río EF, Martinez U, Rodríguez-Cano R, et al. Smoking relapse situations among a community-recruited sample of Spanish daily smokers. *Addictive Behaviors*. 2017;75:152-8.
96. Koçak ND, Eren A, Boğa S, Aktürk ÜA, Öztürk ÜA, Arınç S, et al. Relapse rate and factors related to relapse in a 1-year follow-up of subjects participating in a smoking cessation program. *Respiratory care*. 2015;60(12):1796-803.
97. Maskrey V, Blyth A, Brown TJ, Barton GR, Notley C, Aveyard P, et al. Self-help educational booklets for the prevention of smoking relapse following smoking cessation treatment: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2015;110(12):2006-14.
98. Gerçek ÇG, Gümüş G, Demir S, Deniz M, Sürücü ZP, Konuk M, et al. Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı sıklığı ve kullanmaya başlama nedenleri. *Duzce Medical Journal*. 2010;12(3):7-14.
99. Öztuna F, Çan G, Ayık S, Özlü T, Yılmaz I. Long-Term Results of Smoking Cessation Therapy/Sigarayı Birakma Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2013;33(5):1201.
100. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. One-year follow-up results of smoking cessation outpatient clinic: factors affecting the cessation of smoking. *Eurasian J Pulmonol*. 2014;16(2):99-104.

101. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Factors affecting smoking cessation and success rates of the treatment methods used. The medical journal of Kocatepe. 2005;6(3):27-34.
102. SAĞLIK TV. Denizli öl Merkezinde Yaşıayan Erişkinlerin Sigara öçme Özellikleri. Toraks Dergisi. 2007;8(3):179-84.
103. Boyacı H, Duman C, Başyigit İ, Ilgazlı A, Yıldız F. İlkokul çocuklarında çevresel sigara dumanına maruziyetin idrar kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2004;52(3):231-6.
104. Jackson C, Henriksen L. Do as I say: parent smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. Addictive behaviors. 1997;22(1):107-14.
105. den Exter Blokland EA, Engels RC, Hale III WW, Meeus W, Willemsen MC. Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. Preventive medicine. 2004;38(3):359-68.
106. Gecková AM, Stewart R, van Dijk JP, Orosová Og, Groothoff JW, Post D. Influence of socio-economic status, parents and peers on smoking behaviour of adolescents. European addiction research. 2005;11(4):204-9.
107. Messer K, Mills AL, White MM, Pierce JP. The effect of smoke-free homes on smoking behavior in the US. American journal of preventive medicine. 2008;35(3):210-6.
108. Vijayaraghavan M, Benmarnhia T, Pierce JP, White MM, Kempster J, Shi Y, et al. Income disparities in smoking cessation and the diffusion of smoke-free homes among US smokers: results from two longitudinal surveys. PLoS One. 2018;13(7):e0201467.
109. Alboksmaty A, Agaku IT, Odani S, Filippidis FT. Prevalence and determinants of cigarette smoking relapse among US adult smokers: a longitudinal study. BMJ open. 2019;9(11):e031676.
110. Vijayaraghavan M, Messer K, White MM, Pierce JP. The effectiveness of cigarette price and smoke-free homes on low-income smokers in the United States. American Journal of Public Health. 2013;103(12):2276-83.

111. Hyland A, Higbee C, Travers MJ, Van Deusen A, Bansal-Travers M, King B, et al. Smoke-free homes and smoking cessation and relapse in a longitudinal population of adults. *Nicotine & Tobacco Research*. 2009;11(6):614-8.
112. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Toraks Dergisi*. 2005;6(2):151-8.
113. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory medicine*. 2008;102(8):1182-92.
114. Önen ZP, Şen E, Gülbay B, Öztürk A, Yıldız ÖA, ACICAN T, et al. Farklı tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2010;58(4):385-92.
115. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation: Who will quit with and without the nicotine patch. *Jama*. 1994;271(8):589-94.
116. Piasecki TM. Relapse to smoking. *Clinical psychology review*. 2006;26(2):196-215.
117. Lancaster T. The role of doctors in smoking cessation: evidence from the Cochrane Library: smoking cessation. *SA Heart*. 2011;8(1):24-7.
118. Eckert T. Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? *Swiss medical weekly*. 2001;131(3536).
119. Gilpin EA, Pierce JP, Johnson M, Bal D. Physician advice to quit smoking. *Journal of General Internal Medicine*. 1993;8(10):549-53.
120. KOCAYAYA D, ŞENOL H, ASLAN S, ÇIRAKOĞLU AM, ÇAKIR M, TELCİ H, et al. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Bireylerde Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörler. *Bağımlılık Dergisi*. 23(1):1-.
121. Kökten R. Trakya üniversitesi tıp fakültesi sigara bırakma polikliniği çalışmalarının değerlendirilmesi. 2008.

122. Kanik MK, Tözün M. İzmir’de sigarayı bırakma polikliniklerine başvuranların sigara ve diğer tütün ürünleri kullanm özellikleri ve nikotin bağımlılık durumları ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5(1):84-95.
123. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams J. Comparative effectiveness of smoking cessation treatments for patients with depression: a systematic review and meta-analysis of the evidence. 2010.
124. Heffner JL, Strawn JR, DelBello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. Bipolar disorders. 2011;13(5-6):439-53.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Çalışmamızda, **‘Tekrarlayan Sigara Bırakma Girişimi Olan Hastaların Özellikleri ve Sigaraya Tekrar Başlama Nedenleri’** araştırılacaktır. Bilimsel nitelik taşıyan bu araştırmanın, idari ve siyasi herhangi bir yönü yoktur.

Bu anket Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran ve anketimize katılmayı kabul eden hastalarımız tarafından cevaplandırılması için oluşturulmuştur. Bu **anket formunda** 34 adet soru bulunmaktadır. Bu anket formları size evde doldurmanız için verilmiştir. Anketleri doldurmak yaklaşık 10 dk sürecektir. Sorulara mümkün olduğu kadar tek seçenek ile cevap vermeye çalışınız. Sorulara eksiksiz, gerçekçi ve içtenlikle cevap veriniz, bu araştırmanın amacına ulaşmasında katkıda bulunacaktır. Sorulara, aşağısında bulunan a,b,c,d,e,f,g,h... şıklarından birini ya da ”birden fazla işaretlenebilir “yazan sorulardan birkaçını işaretleyerek cevaplandırınız. Verilen şıklarda, size uygun cevaplar olmadığı takdirde, “Diğer veya belirtiniz.....” şeklindeki boşluklara yanıtınızı yazabilirsiniz. Cevap için ayrılan kısımlar yetmediği takdirde, anket formunun boş kısımlarını da yanıt için kullanabilirsiniz.

Depresyon,Anksiyete ve Stres Ölçeği(DASÖ-21),Bu ölçekte (DASS-21) toplam 21 adet soru bulunmaktadır.“Bana uygun değil” diyorsanız 0, “bana biraz uygun”diyorsanız 1, “bana genellikle uygun”diyorsanız 2 ve “bana tamamen uygun” diyorsanız 3 yazan kısmı yuvarlak içine alınız. Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır.

Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplarla yapacağınız değerli yardım ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

Araştırma Yöneticisi
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu

TEKRARLAYAN SİĞARA BIRAKMA GİRİŞİMİ OLAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket no:

Telefon no:

1. Doğum Tarihi:

2. Doğum Yeri:

3. Cinsiyet: a. Kadın b. Erkek

4. Medeni Durum: a. Evli b. Bekar c. Boşanmış / Dul

5. Eğitim Düzeyi: a. Okur-yazar değil b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite

6. Meslek:

7. Gelir Düzeyi: a. 0-3000 TL b. 3000-6000 TL c. 6000-9000 TL d. 9000 TL ve üstü

8. Kronik(Sürekli) Hastalık: a. Var b. Yok Var ise; Hangi hastalık ?(.....)

9. Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı? a. Evet b. Hayır

10. Daha önce antidepresan/antipsikotik ilaç kullandınız mı ya da kullanıyor musunuz ? a. Evet b. Hayır

11. Sigaraya Başlama Yaşı:

12. Sigaraya başlama nedeni: a. Merak b. Özenti c. Stres d. Çevre e. Diğer(.....)

13. Şu anda içtiğiniz sigara miktarı:

14. Çocukken yaşadığınız evde sigara içen kişiler var mıydı?

a. Evet: 1. Anne 2. Baba 3. Kardeşler 4. Diğer b. Hayır

15. Annenizin Eğitim Düzeyi:

a. Okur-yazar değil b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite

16. Babanızın Eğitim Düzeyi:

a. Okur-yazar değil b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite

17. Şu anda yaşadığınız evde sizden başka sigara içen var mı? a. Evet b. Hayır

18. Evinizin Hangi bölümünde sigara içilir?

a. Evde içilmez b. Balkon/pencere c. Ortak yaşam alanı

19. İşyerinizde sigara içilir mi ? a. Evet b. Hayır

20. Arkadaş ortamınızda sigara içilir mi ? a. Evet b. Hayır

21. Alkol kullanır mısınız? a. Evet b. Hayır

22. Sizce sigara içmenizi tetikleyen durumlar nelerdir?

a. Çay b. Kahve c. Yemek sonrası d. Alkol e. Stres f. Diğer(.....)

23. Sigarayı bırakmayı neden istiyorsunuz ?(isterseniz birden çok şıkkı işaretleyebilirsiniz)

a. Hastalığım nedeni ile d. Hasta olma endişesi g. Çevreme zarar veriyorum
b. Ekonomik Nedenler e. İnançlarımdan dolayı h. Çevreme örnek olmak için
c. Toplum/Aile Baskısı f. Doktor önerisi i. Kokusundan rahatsız oluyorum
j. Covid korkusu nedeni ile

24. Sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi ? a. Evet b. Hayır

Cevabınız EVET ise;

25. Sigarayı Bırakabildiniz mi? a. Evet b. Hayır

Cevabınız EVET ise:

- 26. Kaç defa bırakmayı denediniz ?** (.....)
- 27. En uzun ne kadar süre sigarayı bıraktınız ?** (.....)
- 28. Sigarayı bırakma sürecinde bir nefes dahi olsa sigara içtiniz mi?**
a. Evet b. Hayır
- 29. Bırakmayı denediğinizde karşılaştığınız güçlükler nelerdi ?**
a. Sinirlilik d. Uyku sorunu g. Konsantrasyon bozukluğu
b. İştah/Kilo artışı e. Kabızlık h. Aşırı sigara içme isteği
c. Baş ağrısı f. Ağız yaraları ı. Diğer
- 30. Sigarayı bırakmak için profesyonel destek aldınız mı?** a. Evet b. Hayır
Evet ise:
a. İlaç Tedavisi: i. Champix ii. Zyban iii. Nikotin replasmanı (sakız, bant, diğer)
b. Akupunktur c. Hipnoz d. Psikiyatrik e. Biorezonans f. Diğer
- 31. İlaç tedavisi aldıysanız; ilacı önerilen miktar ve sürede kullandınız mı ?**
a. Evet b. Hayır
- 32. Bırakmadan önce günde kaç adet sigara içiyordunuz?** (.....)
- 33. Sigarayı bıraktıktan sonra başka tütün ürünü kullandınız mı?**
a. Evet: i. Pipo ii. Nargile iii. Elektronik sigara iv. Diğer (.....)
b. Hayır
- 34. Tekrar sigaraya başlama nedeniniz nedir?**
a. Stres, üzüntü sonrası başladım
b. Alışkanlıklarım nedeni ile (çay, kahve, alkol...)
c. Evde / İşyerinde/ Arkadaş ortamımda sigara içilmesi nedeni ile
d. Bıraktıktan sonra karşılaştığım güçlükler nedeni ile (kilo artışı, kabızlık, sinirlilik, baş ağrısı, uyku sorunu)
e. Bir kereden bir şey olmaz diye düşündüm
f. İstedimde kolayca bırakabileceğime inandım
g. Diğer (.....)

Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur.

Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

SON BİR HAFTA İÇİNDE

1	Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi.	0 1 2 3
2	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0 1 2 3
3	Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi.	0 1 2 3
4	Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn., aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0 1 2 3
5	Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0 1 2 3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0 1 2 3
7	Titremeler yaşadım (örn., elerimde)	0 1 2 3
8	Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığımı hissettim.	0 1 2 3
9	Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum.	0 1 2 3
10	Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim.	0 1 2 3
11	Tedirgin olduğumu fark ettim.	0 1 2 3
12	Rahatlamak bana zor geldi.	0 1 2 3
13	Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim.	0 1 2 3
14	Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu.	0 1 2 3
15	Kendimi paniklemeğe yakın hissettim.	0 1 2 3
16	Hiçbir şeye karşı bir istek duyamadım.	0 1 2 3
17	Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim.	0 1 2 3
18	Oldukça alıngan olduğumu hissettim.	0 1 2 3
19	Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	0 1 2 3
20	Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0 1 2 3
21	Hayatın anlamsız olduğunu hissettim.	0 1 2 3

EK B. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 06.10.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tekrarlayan Sigara Bırakma Girişimi Olan Hastaların Değerlendirilmesi
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. Nur Seda Uysal			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ 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		☐			
In 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	Version Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLENDİĞİ BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
	Diğer:	☐			
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0493	Tarih: 06.10.2021		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan 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.					

T.C.S.B.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanı
Doç. Dr. Sükrü Sadık ÖNER
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Sükrü Sadık ÖNER
Dip. Tel. No: 200 1025
İmza:

EK B. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)

KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 06.10.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tekrarlayan Sigara Bırakma Girişimi Olan Hastaların Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	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 ☐	
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	Öröloji	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 Kamil 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 ☒	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	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 ☐	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU BAŞKANI
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
Tıbbi Farmakoloji
İmza No: 2001/025