



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

**SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNDE
FARMAKOLOJİK TEDAVİ BAŞLANAN
HASTALARIN TEDAVİ BAŞARILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hasan Özcan DEMİR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Haziran 2024
İSTANBUL**



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

**SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNDE
FARMAKOLOJİK TEDAVİ BAŞLANAN
HASTALARIN TEDAVİ BAŞARILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hasan Özcan DEMİR

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

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Haziran 2024
İSTANBUL**

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Hasan Özcan DEMİR'in hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNDE FARMAKOLOJİK TEDAVİ BAŞLANAN HASTALARIN TEDAVİ BAŞARILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

İMZA

Tez Danışmanı

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

(imza)

Üyeler

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

(imza)

Doç. Dr.Burcu ARPINAR YİĞİTBAŞ
(Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı)
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

(imza)

Tarih: 06 / 06 / 2024

YAZAR BİLDİRİMİ

“SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNDE FARMAKOLOJİK TEDAVİ BAŞLANAN HASTALARIN TEDAVİ BAŞARILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Hasan Özcan DEMİR;

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

Haziran, 2024

BİLGİLENDİRME

- 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. Hasan Özcan DEMİR

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimi boyunca klinik bilgi ve deneyimlerini her zaman faydaladığım değerli hocam İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a;

Tezimin oluşum sürecinde ve yazım aşamasında her zaman destek olup eğitimimin her safhasında büyük katkıları olan sevgili hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU'ya;

Veri toplama sürecindeki katkı ve destekleri için başta Dr. Ömer Faruk YILDIRIM, Dr. M. Oğuzhan ŞANVER olmak üzere İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki tüm çalışma arkadaşlarıma,

Tez sürecinde yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen ve tezin istatistiğinde önemli katkıları olan sevgili kardeşim Dr. Furkan Alp EREN'e ;

Hayatıma girdiği günden itibaren her zaman çalışmamda beni motive eden sevgili yol arkadaşım Fatma KARAMUSTAFA'ya

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, desteklerini her zaman yanımda hissettiğim canım annem Gülaydın DEMİR, canım babam Mustafa DEMİR'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hasan Özcan DEMİR

İÇİNDEKİLER

YAZAR BİLDİRİMİ	iii
BİLGİLENDİRME	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. TÜTÜN NEDİR	2
2.2. TÜTÜN ÜRÜNLERİ	2
2.3. TÜRKİYE’DE SİGARA KULLANIMI	3
2.4. NİKOTİN VE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI	4
2.5. TÜTÜN KULLANIM BOZUKLUĞU	5
2.6. KLİNİK DEĞERLENDİRME	6
2.6.1. 5A modeli	6
2.6.2. 5R modeli.....	8
2.7. FARMAKOLOJİK TEDAVİLER	9
2.7.1. Bupropion	9
2.7.2. Vareniklin	10
2.7.3. Nikotin replasman tedavileri.....	10
3. GEREÇ ve YÖNTEM	13
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	13
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	13
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	13
3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri.....	13
3.3.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri	13
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	13
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	14
3.6. ETİK VE ONAM İZİNLERİ	15

4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	41
EKLER.....	46
EK 1: SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ İLK BAŞVURU KAYDI FORMU	46
EK 2: FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ	48
EK 3: KONTROL TAKİP FORMU	49
EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	52
EK 5: ETİK KURUL ONAY FORMU.....	53
EK 6: İNTİHAL RAPORU	55



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Ss	: Standart Sapma
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Nikotin bandı yan etkileri.	11
Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler.	16
Tablo 4.2. Kronik hastalıklarla ilgili özellikler.	17
Tablo 4.3. Alkol ve madde kullanım ile ilgili özellikler.	17
Tablo 4.4. Sigara kullanımıyla ilgili özellikler.	18
Tablo 4.5. Nikotin bağımlılık düzeyleriyle ilgili özellikler.	18
Tablo 4.6. Başvuruda doktor önerisi durumu.	19
Tablo 4.7. Sigarayı bırakmaya karar vermekte etkili olan en önemli nedenler.	19
Tablo 4.8. Aile ve sosyal çevre ve daha önceki sigara bırakma girişimleri.	20
Tablo 4.9. Farmakolojik tedaviye başlamama nedenleri.	21
Tablo 4.10. Farmakolojik tedaviye devam ettirmeme nedenleri.	22
Tablo 4.11. Sosyodemografik durumlara göre sigara bırakma durumu.	23
Tablo 4.12. Sigara bırakmaya karar vermekte etkili olan en önemli nedene göre sigara bırakma durumu.	24
Tablo 4.13. Kronik hastalıklara göre sigara bırakma durumu.	25
Tablo 4.14. Sigara bırakma girişimlerine göre sigara bırakma durumu.	25
Tablo 4.15. Yaş, sigara kullanım öyküsü ve kontrole sayısına göre sigara bırakma durumu.	26
Tablo 4.16. Kontrol durumuna göre sigara bırakma durumu.	26
Tablo 4.17. Tedavilerin fagerström nikotin bağımlılık düzeyi puanları.	27
Tablo 4.18. Nikotin bağımlılık düzeyine göre sigara bırakma durumu.	29

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1.	Her gün tütün kullanan bireylerin cinsiyete göre dağılımı.	4
Şekil 2.2.	Fagerström nikotin bağımlılık testi.	7
Şekil 4.1.	Sigara bırakma deneme sayıları	20
Şekil 4.2.	Önerilen ve başlanan tedaviler	21
Şekil 4.3.	Kontrol durumları.	21
Şekil 4.4.	Bupropion ve bupropion + nikotin replasman tedavisinin sigara bırakma başarısı.	27
Şekil 4.5.	Nikotin replasman tedavisi ve farmakolojik tedavi başlanan tüm hastaların sigara bırakma başarısı.	28
Şekil 4.6.	Hastaların tedaviyi kestikleri zaman aralığı.	29
Şekil 4.7.	Yan etki yaşayanlarda kontrol durumu.	30

ÖZET

SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNDE FARMAKOLOJİK TEDAVİ BAŞLANAN HASTALARIN TEDAVİ BAŞARILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmada sigara bıraktırma polikliniğimizde farmakolojik tedavi başlanan hastalarda tedavi etkinliğini değerlendirmeyi ve tedavi başarısını etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma polikliniğine başvuran 18-80 yaş arası, çalışmaya katılmayı kabul eden 203 hasta dahil edilmiştir. Farmakolojik tedavi başlanması planlanan hastalara sosyodemografik özelliklerini, sigara kullanım öyküsünü, sigara bırakma deneyimlerini sorgulayan “Sigara bıraktırma polikliniği ilk başvuru kaydı formu” uygulanmıştır. Nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek için “Fagerström nikotin bağımlılık testi” uygulanmıştır. 3 ay sonra hastalarımıza telefon ile ulaşılarak “Kontrol takip formu” uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Katılımcıların %50,2’si (n:102) erkek, %49,8’si (n:101) kadındı. Katılımcıların yaşları 18 ile 74 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları $41,49 \pm 8,15$ ’ti. Sigarayı bırakabilenlerin yaş ortalaması bırakamayanlardan daha yüksekti ($p:0,047$). Düzenli olarak bir işte çalışan katılımcıların %38’i (n:40), düzenli bir işte çalışmayan katılımcıların %23,7’si (n:18) sigarayı bırakmıştır ($p:0,04$). Kronik hastalığı olanların %42,9’u (n:33) sigarayı bırakmış, kronik hastalığı olmayanların %24’ü (n:25) sigarayı bırakmıştır ($p:0,007$). Yaşadığı evde kendisi dışında sigara içen birisi olmayanların %39,5’u (n:34); sigara içen başka birey ile yaşayanların %25,3’ü (n:24) sigarayı bırakabilmiştir ($p:0,04$). Kontrole gelen hastaların %58’i (n:35) sigarayı bırakırken, kontrole gelmeyenlerin %19’u (n:23) sigarayı bırakabilmiştir ($p<0,001$).

Çalışmamızda sigara bıraktırmak için farmakolojik tedavi başlanan hastalarda kontrol muayenesine gelen hastaların tedavi başarısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Farmakolojik tedavi başlanan hastalarımıza kontrol randevusu oluşturulması ve kontrol randevusuna gelmelerinin sağlanması farmakolojik tedavi başarısını artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Sigarayı Bırakma, Farmakolojik Tedavi, Bupropion, Kontrol.



ABSTRACT

ASSESSMENT OF TREATMENT SUCCESS IN PATIENTS INITIATED ON PHARMACOLOGICAL THERAPY AT SMOKING CESSATION CLINIC

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of treatment in patients starting pharmacological therapy at our smoking cessation clinic and to identify factors affecting treatment success. A total of 203 patients aged between 18 and 80 who applied to the Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital Family Medicine Smoking Cessation Clinic and agreed to participate in the study were included. A "First Visit Record Form for Smoking Cessation Clinic" was applied to patients planned to start pharmacological treatment, questioning their sociodemographic characteristics, smoking history, and smoking cessation experiences. The "Fagerström Nicotine Dependency Test" was applied to determine the level of nicotine addiction. Three months later, the patients were contacted by phone and a "Follow-up Control Form" was applied. The data obtained in the study were analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 23.0 program.

Of the participants, 50.2% (n:102) were male, and 49.8% (n:101) were female. The ages of the participants ranged from 18 to 74, with a mean age of 41.49 ± 8.15 . The mean age of those who were able to quit smoking was higher than those who were not ($p:0.047$). 38% of participants who were regularly employed (n:40) and 23.7% of participants who were not regularly employed (n:18) had quit smoking ($p:0.04$). 42.9% of participants with chronic diseases (n:33) had quit smoking, while 24% of participants without chronic diseases (n:25) had quit smoking ($p:0.007$). 39.5% of participants who did not have anyone else smoking in their living environment (n:34) and 25.3% of participants living with another smoker (n:24) were able to quit smoking ($p:0.04$). 58% of patients who came for follow-up appointments (n:35) quit smoking, while only 19% of those who did not come for follow-up appointments (n:23) quit smoking ($p<0.001$).

In our study, it was observed that the success of treatment was higher in patients starting pharmacological therapy for smoking cessation who came for follow-up appointments. Creating follow-up appointments for patients starting pharmacological therapy and ensuring their attendance will increase the success of pharmacological treatment.

Keywords: Smoke, Smoking Cessation, Pharmacologic Therapy, Bupropion, Control



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tütün kullanımı, dünyanın karşılaştığı en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Her yıl 7 milyon insanın aktif tütün kullanımından ve yaklaşık 1,3 milyon insanın ise sigara dumanına maruz kalmasından dolayı öldüğü bilinmektedir (1).

En fazla kullanılan tütün ürünü sigaradır. Sigara kullanımı, KOAH başta olmak üzere solunum sistemi hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar ve çeşitli kanserlerin önemli bir risk faktörüdür. Sigara kullanımının bırakılması, önlenebilir bu hastalıklara bağlı ölümleri önemli bir şekilde azaltacaktır (2). Tütünde bulunan nikotin, beyin ödül sistemini etkileyerek bağımlılığa yol açar. Tütün ürünlerinin zararlarının bilinmesine rağmen kullanımının sürdürülmesine neden olur (3).

Sigara kullanımı, kronik ve tekrarlayan bir sağlık sorunu olarak ele alınmalıdır. Ancak, birçok durumda etkili bir şekilde tedavi edilmesi mümkündür. Başarılı bir sigara bırakma tedavisinde farmakolojik tedavi, farmakolojik olmayan müdahalelerle beraber kullanılmalıdır. Sigara bırakma sürecinde, hasta ile klinisyen arasında yakın iş birliğini gerektiren uzun vadeli bir yaklaşım benimsenmelidir (4).

Sigara içenlerin büyük bir kısmı yardıma başvurmadan sigarayı bırakmayı denemekte ve başarısız olmaktadır. Sigara bırakma tedavisinde motivasyon temelli destek tedavisi ve farmakolojik tedavinin faydalı olduğu gösterilmiştir (5). Sigara bırakma tedavileri arasında kanıtlanmış farmakolojik yöntemler arasında, bupropion, vareniklin ve nikotin replasman ürünleri ilk sıralarda gelmektedir (6).

Çalışmamızda hastanemiz bünyesinde hizmet veren sigara bırakma polikliniğimizde farmakolojik tedavi başlanan hastalarda tedavi etkinliğini değerlendirmeyi ve tedavi başarısını etkileyen faktörlerin tespit edilmesini amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN NEDİR

Tütün patlıcangiller (solanaceae) familyasının “nicotiana” cinsindendir. Çoğunlukla bir yıllık bitkidir nadir türleri çok yıllıktır. 65 çeşit nicotiana cinsine ait türü vardır. Tütün üretiminin çok büyük bir çoğunluğunda “Nicotiana tabacum” türünü kullanılmaktadır.

Tütün yaprağında total azot, indirgen maddeler ve nikotin bulunmaktadır. Tütünün kökünde sentezlenip yaprağında depolanan organik azotlu ve alkaloid yapıda olan nikotin tütünü diğer bitkilerden ayıran en önemli yapısıdır (7).

Tütünün kökenleri ile ilgili bilgiler Gately tarafından araştırılmış ve MÖ. 5000-3000'den beri yetiştirildiği ve kökenlerinin Amerika'ya dayandığı düşünülmektedir. Tütün o dönemlerde çiğneyerek, yenilerek, koklanarak veya vücut yüzeylerine sürülerek kullanılmış. Tütün hastalıkların tedavisinde de kullanılmış. Ayrıca ağrı kesici ve antiseptik amaçlarıyla kullanılmıştır. Tarımda tarlalarda böcek öldürücü olarak da kullanılmıştır. Dini ve kültürel törenlerde mistik ve gerçek nitelikleriyle kullanılmıştır (8).

Tütün dumanı nikotin, katran, aromatik hidrokarbon ve fenol gibi sitotoksik, karsinojenik dört bini aşkın madde içermektedir. Akciğere alınan dumanın içerisindeki partiküller solunabilir düzeydedir (9).

2.2. TÜTÜN ÜRÜNLERİ

Genetiği değiştirilerek veya değiştirilmeden tütün yaprağının kısmi olarak veya tamamının hammadde olarak kullanılarak içe çekerek, emme, burna çekme amacıyla kullanılan ürünlere “tütün ürünü” denir. Tütün ürünlerinin, tütünden elde edilmesine “tütün fabrikasyonu” denir.

Tütünün yanmasından oluşan dumanların kullanılmasıyla kullanılan başlıca ürünler:

1) Sigara: En çok kullanılan tütün ürünüdür. İnce bir kâğıda kıyılmış tütünün sarılmasıyla hazırlanır. Filtreli ve filtresiz olarak türleri mevcuttur. İçeriğinde gaz halinde olmayan ve nikotin harici “katran” adı verilen kimyasallar mevcuttur. Katran küçük hava yolları ve alveollerde depolanmaktadır. 1856 da Kırım Savaşında askerler arasında gazeteye sarılarak kullanılan sigara bu savaşla dünyada yaygınlaşmaya başlamıştır.

2) Pipo: En eski tütün ürünlerinden olan pipo “lüle” adı verilen yanma haznesine koyulan özel harmanlanmış, belirli miktarda neme sahip olan tütünün yakılmasıyla tüketilir. Ağızlık bölmesinde aktif karbon içeren filtreleri mevcuttur. Tütüne soslandırma amacıyla meyan kökü, incir özü gibi çeşitli maddeler kullanılabilir.

3) Nargile: Tütünün yanmasıyla oluşan dumanın kurulan düzenekle soğuk sudan geçirilir ve soğuk sudan geçen dumanın inhale edilmesiyle kullanılır

4) Sarmalık kıyılmış tütün: Sigaraya benzer etkileri olan ve tütünün kıyılması yöntemiyle hazırlanan dumanlı tütün ürünüdür.

Tütünün dumansız olarak kullanıldığı başlıca ürünleri:

1) Çiğnemelik tütün (chewing tobacco): Dumanlı tütün ürünlerinin yasak olduğu yerlerde kullanılmaktadır. Virginia, Burley tipi tütünlerden yapılmaktadır. Kullanımı arada çiğnenerek yanakta bekletilerek kullanılır.

2) Enfiye: Yüksek nikotine sahip tütünün bergamot, karanfil, karbonat ve tarçın karışımının toz haline getirilip burna çekilerek kullanılır.

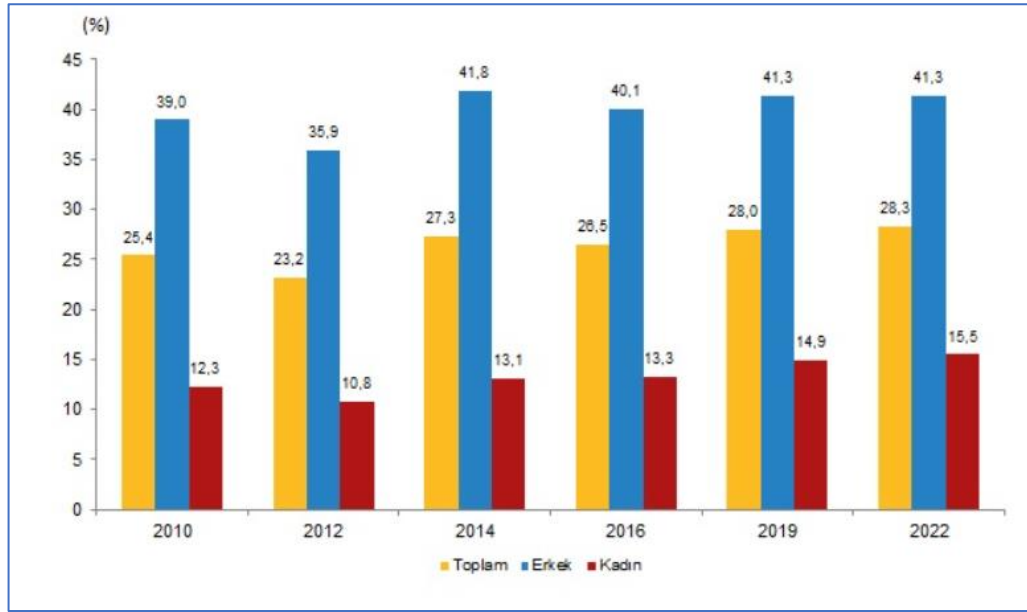
3) Maraş (ağız) otu: Yüksek nikotin içeren “Nicotina rustica L” tütün türünün; meşe, asma ve ceviz ağaçlarından yapılan külle eşit bir şekilde karıştırılması ile edilir. Türkiye’de özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesinde kullanılır. Sigara kağıdına sarılıp alt dudak ile çene arasına koyulup ağız içinde bekletilerek kullanılır.

4) İsveç snus: Nemli tütün ürünlerindendir. Bergamot gibi çeşitli otlarla tatlandırılır. Nazal yolla kullanılabildiği gibi üst dudak altına yerleştirilerek de kullanılır.

5) Amerikan snuff: İsveç snus un kuru formu gibidir ve nazal yolla kullanılır. Düşük ph ve neme sahip olduğundan emilimi daha azdır (10).

2.3. TÜRKİYE’DE SİGARA KULLANIMI

Türkiye’de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 verilerine göre toplam nüfusun %31,6’sı tütün ve tütün ürünleri kullanıyordu. Erkeklerde oran %44,1, kadınlarda ise %19,2 tespit edilmiştir. Ülkemizin %29,6’sı her gün düzenli sigara kullanımı mevcuttur. Erkeklerin %41,8’i kadınların %19,2’si düzenli olarak sigara kullanıyordu. Ortalama sigaraya başlama yaşı 17’dir. Sigara kullanıma başlayanların büyük çoğunluğu 18 yaş ve altında başladığı belirlenmiştir (11).



Şekil 2.1. Her gün tütün kullanan bireylerin cinsiyete göre dağılımı (12).

TÜİK verilerine göre ülkemizde 15 yaş ve üzerinde düzenli sigara kullanımı oranı 2022 yılında toplamda %28,3, erkeklerde bu oran %41,3, kadınlarda ise %15,5 olarak belirlenmiştir. Erkeklerde sigara kullanım oranı 2019 yılına göre artış göstermemiştir. TÜİK verilerine göre kadınlarda sigara kullanımı oranı 2012 yılında %10,8, 2014 yılında %13,1, 2016 yılında %13,3, 2019 yılında %14,9, 2022 yılında %15,5 olarak belirlenmiş. Kadınlarda 10 yılda sigara kullanım oranı artış göstermiştir (12).

2.4. NİKOTİN VE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Tütünün bağımlılık yapıcı faktörü nikotindir. Tütünün köklerinde sentezlenen nikotinin ana bileşenleri triptofan ve lizindir. Nikotin renksiz, alkaloid yapılu uçucu bir sıvıdır. N-metil pirolidin ve piridin halkalarından oluşan tersiyer bir amindir.

Organik azot yapısındaki nikotin, suda eriyen ve yüksek lipofilik yapılu ufak bir moleküldür. Suda ve yağda Emilimi iyi olduğu için nikotin mukozalarından ve ciltten iyi emilir. Nikotinin Emilimi pH arttıkça Emilimi artar, ancak asidik ortamda Emilimi azalır

Sigaradan alınan nikotin sigara dumanı alındıktan 7 saniye gibi kısa bir zamanda beyne ulaşır lipofilik olduğundan kan-beyin bariyerinden kolayca geçer (13). Nikotin beyin dokusuna ulaştığında asetilkolin reseptörlerine (nAChR) bağlanırlar. Bağlanma gerçekleşince kanallar açılır ve katyonik özellikteki sodyum ve kalsiyum iyonları içeri girerler. Böylece kalsiyum kanalları aktifleşerek kalsiyum kanaldan içeri girer. İnsan beyinde bol miktarda $\alpha 4\beta 2$, $\alpha 7$ ve $\alpha 3\beta 4$ bulunmaktadır ve $\alpha 4\beta 2$ nikotin bağımlılığında önemli rol oynamaktadır (14).

Nikotin tarafından merkezi sinir sistemdeki nikotinik asetilkolin reseptörleri uyarıldığında dopamin başta olmak üzere çeşitli nörotransmitterler salgılanır. Nikotin bağımlılığında nAChR sayısı artar. Kronik olarak nikotine maruz kalındığında nikotinik asetilkolin reseptörlerinde duyarlılık azalabilir.

Nikotin, karaciğerde metabolizma olur. Metabolizmasında CYP2A6 enzimi görev alır bu nedenle yaş, cinsiyet, böbrek fonksiyonları ve genetik nikotinin metabolizması üzerinde etkilidir. Bu etmenlerin insanların nikotin bağımlılık düzeylerinde etkili olduğu düşünülmektedir (15).

Presinaptik $\alpha 4\beta 2$ reseptörleri uyarıldığında dopamin ve glutamat salınır, MAO-A ve MAO-B düzeyleri azalır. Tolerans gelişmesi, $\alpha 4\beta 2$ reseptörlerinin duyarlılığının azalmasından kaynaklanır (16).

Tütün bağımlılığı oluşmasında, nikotinin beyin ödül sistemini aktive etmesi önemli bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, bağımlılık düzeyinin gelişiminde, nikotinin psikofarmakolojik etkileri yanı sıra bireyin genetik ve çevresel yapısı da önemlidir.

2.5. TÜTÜN KULLANIM BOZUKLUĞU

Sigara bağımlılığı DSM-5'e göre (2013) tütün kullanım hastalıkları kategorisinde "Tütün kullanım bozukluğu" olarak tanımlanmaktadır. Tanı konulabilmesi için son 12 ay içerisinde en az iki belirtinin olması gerekmektedir.

- Tütün tüketiminin alınmak istenenden daha fazla olması
- Tütün kullanımı kontrol etmeye yönelik sürekli bir istek ve başarısız çabalar
- Tütün elde etmek ve kullanmak için çok daha fazla zaman ayrılması
- Tekrarlayan sigara kullanımı nedeniyle okulda, işte ve özel hayatındaki yükümlülüklerini yerine getirememesi
- Tütünün etkilerinden kaynaklanan toplumsal ve kişiler arası ilişkilerde sorunlara rağmen tütün kullanımına devam edilmesi
- Tütün kullanımından dolayı sosyal ve iş hayatındaki etkinliklerin azalması
- Tehlikeli olabilecek durumlarda yineleyici şekilde sigara kullanımı
- Tütün kullanımının neden olduğu zararları bilinmesine rağmen tütün kullanılması
- Tolerans gelişmesi, istenen etkiyi sağlamak için daha fazla miktarda tütün kullanılması veya aynı ölçüde tütün kullanılmasına rağmen belirgin olarak daha az etki görülmesi
- Tütün yoksunluk semptomları görülmesi (17).

Sigaranın bırakılmasıyla nikotin çekilmesine bağılı olarak oluşan belirtilere nikotin yoksunluğu denir. Depresif duygu durum, dikkat dağınıklığı, iştahta artış, kilo alımı, uyku bozuklukları, sinirlilik, huzursuzluk hali, kaygı ve sigara içme arzusunda artış başlıca nikotin yoksunluk semptomlarıdır (18).

2.6. KLİNİK DEğERLENDİRME

Her hasta ile karşılaştığımızda, tütün kullanım durumunu sorgulamak, değerlendirmek, kayıt altına almak ve bırakmaya yönlendirmek en önemli adımdır. Her hastaya, etkili olabilecek ve kendi tütün bağımlılığı durumlarına uygun olan tedavilerin varlığı anlatılmalı ve tütün kullanımını bırakması önerilmelidir.

Birey sigara bırakma konusunda isteksizlik yaşarsa bunun en önemli nedenin nikotin bağımlılığı olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle yargılayıcı ve kınayıcı bir yaklaşım göstermemeye özen göstermeliyiz (19).

Hekime herhangi bir sebep ile başvuran hastalarda, sadece üç dakika gibi kısa bir sürede yapılan görüşmenin bile sigarayı bırakma konusunda anlamlı derecede artışa neden olduğu belirlenmiştir (20).

Sigara kullanan ve bırakma konusunda istekli olan bireylere destek için 5A MODELİ; Sigara içen ancak bırakma konusunda isteksiz olan bireylere 5R MODELİ uygulanabilir.

2.6.1. 5A modeli

1) Ask/Öğren-Sor: Klinisyen, hastanın başvuru nedenine bakmaksızın tütün ve tütün ürünleri kullanım durumunu sorgulamalı ve belgelemelidir.

- “Herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz?”
- “Hiç sigara itiniz mi?”

Sigara içen kişilerin sigara kullanım öyküleri alınmalıdır. Ne zaman sigara kullanmaya başladığı, bir günde kaç adet sigara içtiği gibi bilgiler sorgulanır.

Sigarayı bırakma kılavuzları, hekimlerin hastalarının sigara kullanma durumunu yılda en az bir kez kontrol etmelerini ve kullanıcılara sigarayı bırakmalarını önermelerini vurgulamaktadır. Sigara içmeyen bireylere bu durumun sürdürölmesi için geribildirimde bulunmalıdır.

2) Advise/Öner: Tütün kullanıcılarına net, güçlü ve kişiselleştirilmiş şekilde sigarayı bırakmaları konusunda önerilerde bulunulmalıdır. Örnek cümleler;

- “Sigarayı bırakmak sağlığını korumak ve iyileştirmek için atabileceğiniz en etkili adımlardan biridir.”
- “Sigarayı bırakmak kanser, KOAH ve kalp hastalığı gibi önemli hastalıklara yakalanma ihtimalinizi azaltacak”

3) Assess/Değerlendir-Ölç: Tütün kullanıcısının değerlendirilmesi, bırakma isteği tespit edilmeli ve çözüm önerileri bulunulmalıdır. Aynı zamanda bu basamakta hastanın bağımlılık düzeyi tespit edilmelidir. Bırakma isteği sorgulanmalıdır. Bırakmak isteyen hastanın kararlılığı belirlenmelidir. Prosha ve arkadaşları tarafından geliştirilen değişim aşamaları sorgulanmalıdır. Nikotin bağımlılık düzeyini fagerström nikotin bağımlılık testi ile ölçülebilir (21).

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

Tabloda yer alan sorulardan elde edilen puanların toplamı aşağıdaki şekilde yorumlanmalıdır:

0-2 = düşük düzeyde bağımlılık

3-7 = orta düzeyde bağımlılık

8-10 = yüksek düzeyde bağımlılık

Şekil 2.2. Fagerström nikotin bağımlılık testi (21).

4) Assist/Önderlik Et: Sigara bırakmaya hazır olan hasta ile ilk görüşmeden itibaren iki hafta içinde sigara bırakma günü tayin edilmelidir. Hastanın sigarayı bırakma kararı ve geliştirilen bırakma planı, aile ve arkadaşları gibi yakın çevresiyle paylaşılmalıdır. Bu, onların desteğini almak için önemlidir. Sigara bırakıldıktan sonraki ilk birkaç hafta, nikotin

yoksunluk sendromu belirtilerinyoğun olarak hissedilebilir. Hastaya yoksunluk semptomları tariflenmelidir. Karşılaşabileceği zorlukları ve nasıl kolay atlatabileceği konusunda bilgi verilmelidir. Bazı örnek tavsiyeler;

- Sigarayı hatırlatacak öğelerden uzak durması söylenebilir.
- Hastayı sigaradan uzak tutacak egzersiz ve yürüyüş önerilebilir.
- Belirlenen sigara bırakma gününden itibaren bir tek sigara dahi olsa içmemesi gerektiği vurgulanmalıdır. İçilen bir sigara dalı dahi tekrar tütün kullanımına başlamasına neden olabileceği belirtilmelidir.
- Gerekli görülen ve hastaya uygun ise medikal tedaviler önerilmelidir. İlaçların mekanizmaları ve nasıl bir destek sağlayabilecekleri anlatılmalıdır. Sigarayı bırakma sürecinde en önemli aktörün kişinin kendisi olduğu belirtilmelidir.
- Hastanın sosyokültürel düzeyine uygun bilgilendirici materyaller kullanılabilir (22).

5) Arrange/ Takip: Sigara bırakma gününden sonra iletişimde kalınmalı ve hasta takip edilmelidir. Takip telefon veya yüz yüze olacak şekilde ayarlanmalıdır.

Yoksunluk semptomlarıyla başa çıkma yöntemleri değerlendirilmelidir. Yaşadığı problemler belirlenmeli ve bu süreçte yaşayabileceği problemler üzerine bilgi verilmelidir. Farmakolojik tedavi alıyorsa ilaç kullanımı ve bununla ilgili sorunlarına çözüm bulunmalıdır. Eğer sigara içimi olmuşsa(relaps) bu durumun öğrenim deneyimi olduğu hatırlatılmalıdır

2.6.2. 5R modeli

1) Relevance/İlişkilendir: Hastaya, tütün ürünlerini kullanmanın, mevcut sağlık durumuna olan olumsuz etkileri, yakın çevresine verdiği olumsuz örnek, ikinci el dumanın neden olduğu zarar ve gelecekte karşılaşılabileceği potansiyel sorunlar ile bağlantılı olduğunu anlatılmalıdır. Tütün tüketiminin bırakılmasıyla, bu olumsuz durumların iyileşmesinin sağlanabileceği belirtilmelidir.

2) Risks/Riskler: Hastaya tütün ürünleri kullanmasıyla oluşabilecek kısa ve uzun vadeli riskler anlatılmalıdır.

Akut riskler: nefes darlığı, astım alevlenmesi, artmış solunum enfeksiyon riski, impotans, gebelik komplikasyonları

Uzun vadeli riskler: inme, kalp krizi, akciğer kanseri başta olmak üzere çeşitli kanserler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, osteoporoz, uzun süreli engellilik durumu

Çevresel riskler: eşinde artmış yeni hastalık ve kanser riski, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinde artış, ani bebek ölümü sendromu, sigara içenlerin çocuklarında artmış solunum yolu enfeksiyon riski ve orta kulak iltihabı enfeksiyonu,

3) Rewars/Ödüller: Hastaya tütün ürünleri bırakmasıyla elde edeceği kazanımlar hakkında bilgilendirme yapılır. Sağlık durumundaki iyileşmeler anlatılır.

Yiyeceklerin tadını daha iyi alınabilmesi, koku alma duyusunun artması, sağlığını daha iyi hissetmesi, fiziksel aktivite performansında artış, çevresindeki insanlara daha iyi örnek olması, eşyaları, kıyafetleri ve nefesinin kötü kokmaması, ciltteki yaşlanmanın ve kırışıklıkların azalması, ekonomik kazançlar örnek olarak hastaya anlatılabilir (20).

4) Roadblocks/Engeller: Hastadan tütün ve tütün ürünlerini bırakmasına engel olan durumları ifade etmesi istenir. Klasik engeller; yoksunluk semptomları, kilo alma, başarısızlık korkusu, depresif duygudurum, etkili tedavi seçeneklerinden haberdar olmama olarak sıralanabilir.

5) Repetition/Tekrar: Tütün ürünlerini bırakmada isteksiz olan hastalara her fırsatta motivasyonel görüşmeler yapılmalıdır. Daha önce başarısız deneme girişimleri olan hastalara tekrarlayan denemeler sonucunda tütün bağımlılığından kurtulabileceği vurgulanmalıdır (5).

2.7. FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

2.7.1. Bupropion

Norepinefrin ve dopamin geri alım inhibitörü olan ve antidepresan olarak kullanılan bupropion, FDA tarafından sigara bıraktırma tedavisinde kullanılması için de onay almıştır (23). Bupropion ayrıca nikotinik asetilkolinergik reseptör antagonizması etkisiyle tütün yoksunluk semptomlarını azaltmaktadır. Nikotin bağımlılığı yüksek olan hastalarda tütün bırakmaya bağlı gelişebilen depresif şikayetlerin azalmasında ve kilo alımının önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (24).

Hasta bupropion tedavisine belirlediği sigara bırakma gününden önce başlamalıdır. Bupropion kanda kararlı düzeye ulaşması 1-2 haftayı bulabilmektedir. Sigara kullanımı bupropionun farmakodinamiğini etkilemediği için bu geçiş döneminde tütün ürünleri kullanılmaya devam edilebilir (25).

Önerilen ve maksimum bupropion dozu 300 mgdır. Tolere edemezse günlük 150 mg kullanılır. Karaciğer ve böbrek yetmezliğinde dikkatli kullanılmalıdır. Kontrendike olduğu durumlar: gebelik ve emzirme durumu, ciddi kafa travması, nöbet öyküsü, santral sistem

tümörü, yeme bozuklukları, alkol kullanımı, benzodiazepin kullanımıdır (24). Bipolar bozukluk, ağır hepatik nekroz, ağır siroz, kontrolsüz hipertansiyon, bupropiona aşırı duyarlılık, 18 yaş altında olunması da kontrendike durumlardandır.

Yan etkiler:

Çok Yaygın Olarak: Uykusuzluk, baş ağrısı, baş dönmesi, ağız kuruluğu, bulantı ve kusmayı içeren gastrointestinal rahatsızlıklar görülür.

Yaygın Olarak: Tremor, sersemlik, kontrastasyon bozuklukları, görme bozuklukları, ürtiker benzeri aşırı duyarlılık reaksiyonları, iştahsızlık(anoreksi), abdominal ağrı, kabızlık görülür (26).

2.7.2. Vareniklin

Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilk seçenek farmakolojik ajanlardan biridir. Vareniklin nöronal $\alpha 4$, $\beta 2$ nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir. Reseptörleri yarışmalı olarak inhibe ederken aynı zamanda dopamin salgılanmasını sağlamaktadır. Vareniklin kullanırken hasta sigara içtiğinde, antagonistik etkisini göstererek dopamin artışına neden olmaz. Vareniklin yoksunluk semptomlarını ve tütün bağımlılığını azaltır.

Vareniklin başlangıç dozu 0,5 mg 3 gün kullanılır ve sonrasında dördüncü-yedinci günler arasında sabah akşam 0,5 mg kullanılır ve sabah akşam 1 mg lık doza geçiş yapılır. Tedaviye başlanıldığında, vareniklinle beraber sigara içilirken tercihen tedavisinin ikinci haftasında (8-14 günler arasında) bir sigara bırakma günü belirlenerek, sigarayı bırakması hedeflenir.

En sık görülen yan etki bulantıdır. Anormal düş (canlı rüyalar), baş ağrısı, uykusuzluk ve gastrointestinal yakınmalar görülen yan etkilerdendir. Yan etki gelişme olasılığını azaltmak için vareniklin tedavisine düşük dozlarda başlanıp kademeli şekilde doz artırılır.

Vareniklin idrarla değişmeden atılmaktadır, böbrek yetmezliğinde düşük dozajda kullanılır. Karaciğer yetersizliğinde doz ayarına gerek yoktur. Diğer ilaçlarla etkileşimi gösterilmemiştir (27).

2.7.3. Nikotin replasman tedavileri

Sigara bağımlılığının tedavisinde ilk olarak nikotin sakızları kullanılmıştır. Nikotin replasman tedavileri ile beyin ödül merkezinden dopamin salgılanması sağlanmaktadır (16).

Tütün ürünlerinin bırakılmasına bağlı olarak oluşan nikotin yoksunluk semptomlarını azaltarak sigara bırakma tedavisinde başarıyı sağlaması hedeflenmektedir (28).

Nikotin replasman ürünlerinin, sigara bırakma başarısı açısından birbirlerine üstünlükleri gösterilmemiştir. Hastanın nikotin replasman ürününü seçmesi, tedaviye uyumu artıracaktır. Günde 20'den fazla sigara içerenlerde yüksek dozajlı nikotin sakızı tercih edilmesi başarıyı artırmaktadır.

Nikotin Replasman Tedavi Ürünleri

- Nikotin Transdermal Band
- Nazal spreyler
- Oral formlar
- Nikotin Sakızı
- Nikotin İnhaler
- Dil altı tabletleri
- Pastiller (29).

Nikotin Transdermal Bandı: Deriye uygulanarak kullanılan bir nikotin replasman ürünüdür. Bantların farklı dozajlarda formları mevcuttur ve böylelikle hastanın bağımlılık düzeyine göre tedaviye başlanmasını sağlamaktadır. 16 saatlik ve 24 saatlik formları mevcuttur. 16 saatlik formun; 5mg, 10 mg ve 15 mg'lık formları varken 24 saatlik formun; 7mg, 14mg, 21 mg'lık formları vardır. Hasta sabah kılız, kuru ve temiz bir bölgeye bandı yapıştırır ve gün boyu vücudunda kalır. Diğer formlara göre daha yavaş nikotin Emilimi olsa da gün boyu daha yüksek plazma konsantrasyonu sağlar.

Nikotin bandı belirlenen sigara bırakma gününde kullanılmaya başlanır. Günde 15 adet ve daha fazla içenlerde 21 mg dozda başlanır. Başlangıç dozajında altı haftaya kadar devam edilebilir. Kademeli olarak 14 mg ve 7 mg'lık nikotin bantlarına geçilerek tedaviye 8 veya 10 haftaya tamamlanması önerilmektedir. Günde 15 adetten az içenlerde 21 mg'dan daha düşük dozlarda tedaviye başlanabilmektedir. Nikotin bandı kullanılan dönemde tütün ve tütün ürünleri kullanılmamalıdır.

Tablo 2.1. Nikotin bandı yan etkileri (30).

Ciltte alerjik reaksiyon	Aritmi	Taşikardi
Baş ağrısı	Uykusuzluk	Bulantı/Kusma
Anormal rüya görme	Dispepsi	Kas ağrısı
Soğuk algınlığı benzeri semptomlar	Sersemlik	Anksiyete

Nikotin bandına bağı en sık görülen yan etki ciltte lokal alerjik reaksiyondur (30).

Nikotin Sakızı: Nikotin sakızların 2 mg ve 4 mg olmak üzere 2 formu mevcuttur. Bağımlılık düzeyi yüksek olanlarda 4 mg'lık nikotin sakızı tercih edilmelidir. Nikotin sakızı kullananların %5-20'sinde bağımlılık gelişebileceği gösterilmiştir.

Nikotin sakızı kullanıma bağı bulantı, hazımsızlık, oral mukozada enflamasyon, diş etinde kanama, uykusuzluk, çarpıntı ve baş ağrıları görülebilir. En sık bulantı ve hazımsızlık yan etkileri görülmektedir (31).

Nikotin nazal sprey: Nikotini hızlı alınması için tasarlanmıştır. Her iki burun deliğine püskürtülerek kullanılır. Günde maksimum 40 doz uygulanabilir.

Nikotin oral inhaler: Ağızlık ve nikotin içeren kartuştan oluşur. Bu uygulama ile nikotin yoksunlukları azalttığı gibi el ağız alışkanlığı gibi davranışsal alışkanlıkların karşılanmasına yardımcı olur.

Nikotin dil altı tabletleri: Bu ürün dil altında tutularak kullanılır, çiğnenmesi gerekmemektedir. Nikotin dil altından emilir.12 hafta kullanılması gerekmektedir. Kesilirken kademeli olarak azaltılması önerilmektedir.

Nikotin pastili:2 mg ve 4 mg'lık olmak üzere 2 formu vardır. Nikotin sakızında olduğu gibi oral mukozadan emilmektedir. Nikotin sakızının alternatifidir ve nikotin sakızından farkı çiğnenmemesidir (32).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma prospektif bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

15.04.2023-15.10.2023 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Sigara Bıraktırma polikliniğinde yürütülmüştür.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırma Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma polikliniğine başvuran 18-80 yaş arası, çalışmaya katılmayı kabul eden 203 hasta dahil edilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş üzerinde olmak
- Aktif sigara içicisi olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Farmakolojik tedavi (bupropion, nikotin replasman tedavisi veya kombinasyonları) başlanan hastalar

3.3.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- 18 yaş altı kişiler
- Çalışmaya dahil olmayı reddeden bireyler
- Tedavinin 3. ayında kontrol için telefonla aranıp ulaşılamayanlar

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin Aile Hekimliği Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalardan aydınlatılmış onam alınarak yapılmıştır. Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastalarımız değerlendirilip hastayla beraber farmakolojik tedavilerine karar verilmektedir.

Tedaviye başladıktan sonra, başladıkları tedaviyi 8 hafta boyunca kullanmaları gerektiği anlatılıp birinci ayın sonunda kontrol için gelmeleri önerilmektedir.

Sigara bıraktırma polikliniğinde farmakolojik tedavi başlanması planlanan hastalara Sigara bıraktırma polikliniği ilk başvuru kaydı formu, tedavi başlayan hekim tarafından hastaya yüz yüze sorularak doldurulmuştur. Sigara bıraktırma polikliniği ilk başvuru formunda; hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalıkları, sigara bırakmaya karar vermekte etkili olan en önemli nedeni, doktor önerisi alıp almadığı sorgulanmıştır. Ayrıca sigara kullanım öyküsü, daha önceki bırakma deneyimleri, daha önce farmakolojik tedavi alıp almadığı, sigarayı bırakabilmişse en uzun ne kadar süre kullanmadığı gibi durumların sorgulandığı 23 soruluk anketimiz poliklinik şartlarında doldurulmuştur. Hastaların nikotin bağımlılık seviyesi Fagerström Nikotin bağımlılık testi ile belirlenmiştir. Sigara bıraktırma polikliniği ilk başvuru kaydı formu ekte mevcuttur (EK 1).

Çalışmaya dahil edilen hastalarımız tedavi başlangıcından 3 ay sonra telefon ile aranmıştır. Ulaşılamayan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır. Hastalar telefon ile arandığında Kontrol Takip Formu'nda mevcut olan sorular sorulmuştur. Kontrol takip formunda hastalara önerilen tedavileri başlayıp başlamadığı, ne kadar süre kullandığı, sigara içme durumu, kontrole gelip gelmediği, tedavi yan etkisi yaşayıp yaşamadığı sorgulanmıştır. Kontrol takip formu ekte mevcuttur (EK 3).

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Hipotez testlerine geçmeden önce sürekli verilerin dağılım özelliğine Kolmogorov Smirnov testi, Shapiro-Wilk testi ve varyans homojenliğine Levene testi ile bakılmış ve koşulların sağlandığı durumda bağımsız iki grup arasında sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem T-testi, sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi, sağlanmadığı durumda Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak LSD ve Tukey testi, Kruskal Wallis testi için ise ikili Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. ETİK VE ONAM İZİNLERİ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik

Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.04.2023 tarih ve 2023/0246 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında gerekli bilgiler verilerek yazılı onamlar alınmıştır (EK 4).



4. BULGULAR

Çalışmamız Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma polikliniğine başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 203 hasta ile yapılmıştır (Tablo 4.1).

Çalışmaya dahil edilen 203 hastanın %50,2'si (n:102) erkek, %49,8'si (n:101) kadınlardan oluşmaktadır. Hastaların yaşları 18 ile 74 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları $41,49 \pm 8,15$ 'tir. Katılımcıların %41,4'ü (n:84) bekar, %58,6'sı (n:119) evlidir (Tablo 4.1).

Katılımcıların %1,5'un (n:3) okuryazar olmadığı, %28,6'sının (n:58) ilköğretim, %29,6'sının (n:60) lise ve %40,4'ün (n:82) yükseköğretim ve üzeri mezunu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Çalışma dahil edilenlerin %57,1'i (n:116) düzenli bir işte çalışırken, %41,9'u (n:87) düzenli bir işte çalışmıyordu. Katılımcıların aylık gelir durumu incelendiğinde; %45,8'i (n:93) 0-10.000 TL, %33,5'u (n:68) 10.000-20.000 TL, %13,8'i (n:28) 20.000-30.000 TL ve %6,9'u (n:14) 30.000 TL ve üzerinde aylık gelirleri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler.

Değişkenler	n	%
Cinsiyet	Erkek	102
	Kadın	101
Medeni Durum	Bekar	84
	Evli	119
Eğitim Durumu	Okur -yazar değil	3
	İlköğretim	58
	Lise	60
	Yükseköğretim ve üzeri	82
Çalışma Durumu	Çalışıyor	116
	Çalışmıyor	87
Gelir Durumu	0-10.000 TL	93
	10.000-20.000 TL	68
	20.000-30.000 TL	28
	30.000 TL ve üzeri	14
Toplam	203	100
Ortalama		Standart Sapma
Yaş	41,49	$\pm 8,15$

Çalışmaya dahil edilenlerin %44,3'ün (n:90) kronik bir hastalığı mevcuttur. En sık görülen kronik hastalıklar diyabet, hipertansiyon, tiroid bozuklukları, koroner arter hastalıkları ve psikiyatrik hastalıklardır. Bunların dışında kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, kanser, hiperlipidemi, aritmi, gastroözofageal reflü, aritmi, periferik vasküler hastalıklar da mevcuttur (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kronik hastalıklarla ilgili özellikler .

Değişkenler	n	%
Kronik Hastalıklar		
Var	90	44,3
Yok	113	55,7
Kronik Hastalıklar		
Hipertansiyon	26	12,8
Diyabet	27	13,3
Koroner arter hastalığı	8	3,9
Hiperlipidemi	7	3,4
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	8	3,9
Astım	7	3,4
Kanser	9	4,4
Psikiyatrik hastalık	10	4,9
Tiroid bozuklukları	15	7,4
Gastroözofageal reflü	6	3
Periferik vasküler hastalık	2	1
Diğer	14	6,9

Katılımcıların alkol kullanımı sorgulandığında; %26,6'sı (n:54) düzenli alkol alırken, %3,4'ü (n:7) sosyal ortamlarda alkol kullandığını ve %70'i (n:142) alkol kullanmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %2'sinin (n:4) madde kullanımı mevcuttur (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Alkol ve madde kullanım ile ilgili özellikler.

Değişkenler	n	%
Alkol Kullanımı	Var	54
	Yok	142
	Sosyal içici	7
Madde Kullanımı	Var	4
	Yok	199
Toplam	203	100

Katılımcıların sigaraya başlama yaşları ortalaması $18,42 \pm 5,20$ olarak hesaplanmıştır. Sigara kullanmaya en erken başlayan hastanın 10, en geç başlayan hastanın 40 yaşında başladığı tespit edilmiştir. Sigara kullandıkları süre yıl olarak incelendiğinde ortalaması $22 \pm 12,3$ yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.4).

Bir günde içilen sigara sayısı paket bazında ortalama $1,24 \pm 0,53$ 'dür. Bir pakette sigara sayısı 20 adet olduğundan hastalardan günde en az içen kişinin günde içtiği sigara sayısı 5, en çok içen hastanın ise 60 adet sigara kullandığı öğrenilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Sigara kullanımıyla ilgili özellikler.

Değişkenler	Ortalama	Standart sapma
Sigaraya başlama yaşı	18,42	$\pm 5,20$
Sigara içilen süre(yıl)	22,00	$\pm 12,30$
Bir günde içilen sigara (paket sayısı)	1,24	$\pm 0,53$

Hastaların nikotin bağımlılık düzeyi fagerström nikotin bağımlılık testi ile ölçülmüştür. Teste göre 0 ile 10 arasında puan alan hastalar; 0-2 puan: Çok az bağımlılık, 3-4 puan: az bağımlılık, 5 puan: orta bağımlılık, 6-7 puan: yüksek bağımlılık, 8-10 puan: çok yüksek bağımlılık olarak gruplara ayrılmıştır.

Katılımcıların %33'ü (n:67) çok yüksek bağımlılık, %30'u (n:61) yüksek bağımlılık, %19,7'si (n:40) az bağımlılık, %16,7'si (n:34) orta düzey bağımlılık ve %0,5'i (n:1) ise çok az bağımlılığa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Hastaların fagerström nikotin bağımlılık testine göre aldıkları ortalama puan $6,39 \pm 2,04$ olarak bulunmuştur. En düşük puan alan katılımcı 2 puan, en yüksek puan alan hasta ise 10 puan almıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Nikotin bağımlılık düzeyleriyle ilgili özellikler.

Değişkenler	Fagerström nikotin bağımlılık puanı	n	%
Çok az bağımlılık	0-2	1	0,5
Az bağımlılık	2-4	40	19,7
Orta derece bağımlılık	5	34	16,7
Yüksek bağımlılık	6-7	61	30,0
Çok yüksek bağımlılık	8-10	67	33,0
	Ortalama $\pm$ Ss	En düşük	En yüksek
Fagerström nikotin bağımlılık puanı	$6,39 \pm 2,04$	2	10

Katılımcıların %45,3'ü (n:92) sigarayı bırakması yönünde doktor önerisi almışken; %54,7'si (n:111) doktor tarafından sigarayı bırakma önerisi almamıştır. Polikliniğe başvurmaya karar vermesinde hastaların sadece %19,7'sinde (n:40) doktor önerisi alması etkili olmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Başvuruda doktor önerisi durumu.

Değişkenler		n	%
Doktor önerisi	Almış	92	45,3
	Almamış	111	54,7
Başvuru tipi	Doktor önerisiyle	40	19,7
	Kendi isteğiyle	163	80,3

Hastaların sigarayı bırakmaya karar vermekte etkili olan en önemli neden sorgulandığında hastaların %22,2'si (n:45) hasta olma endişesi, %21,2'si (n:43) solunumsal şikayetleri nedeniyle, %11,8'i (n:24) yakınlarının öneri ve teşvikleriyle, %9,9'u (n:20) hastalıkları nedeniyle, %8,9'u (n:18) doktor önerisiyle, %8,9'u (n:18) kokusundan rahatsızlık duyduğu için, %4,4 (n:9) ekonomik nedenlere, %3,9'u (n:8) çevresindeki insanların hasta olması endişesiyle, %2'si (n:4) bıkkınlık verdiği için, %2'si (n:4) cilt sağlığı için, %2'si (n:4) yaşam değişikliği için, %1,5'u (n:3) sigarayı bırakanlar örnek olduğu için cevaplarını vermişlerdir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Sigarayı bırakmaya karar vermekte etkili olan en önemli nedenler.

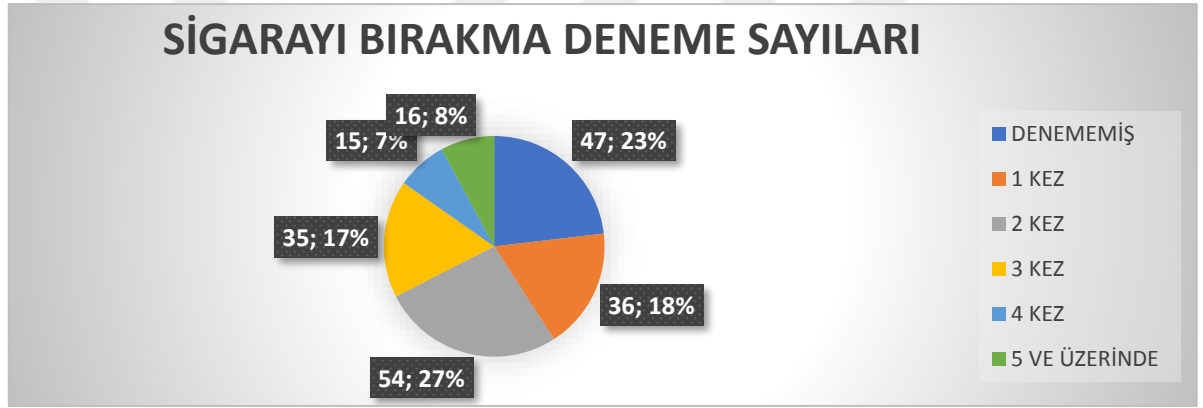
Değişkenler	n	%
Hasta olma endişesi	45	22,2
Ekonomik nedenler	9	4,4
Hastalıkları nedeniyle	20	9,9
Yakınlarının öneri ve teşvikleriyle	24	11,8
Doktor önerisiyle	18	8,9
Solunumsal şikayetleri nedeniyle	43	21,2
Kokusundan rahatsızlık duyduğu için	18	8,9
Çevresindeki insanların hasta olma endişesiyle	8	3,9
Sigarayı bırakanlar örnek olmuş	3	1,5
Bıkkınlık verdiği için	4	2
Cilt sağlığı	4	2
Yaşam değişikliği	4	2
Diğer	3	1,5
Toplam	203	100,0

Katılımcıların %39,4'ün (n:80) çalıştıkları iş yerinde sigara içiliyor. Katılımcıların %51,2'sinin (n:104) sigara içen birisiyle aynı evde yaşıyordu. Katılımcıların %76,8'i (n:156) en az bir kez sigara bırakmayı denemişlerdir. Katılımcıların %38,4'ü (n:78) sigara bırakmak için daha önce farmakolojik bir tedavi kullanmışlardır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Aile ve sosyal çevre ve daha önceki sigara bırakma girişimleri.

Değişkenler		n	%
İş yerinde sigara içiliyor mu?	Evet	80	39,4
	Hayır	123	60,6
Evde başka sigara içen var mı?	Evet	104	51,2
	Hayır	99	48,8
Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?	Evet	156	76,8
	Hayır	47	23,2
Farmakolojik tedavi aldınız mı?	Evet	78	38,4
	Hayır	125	61,6
Toplam		203	100

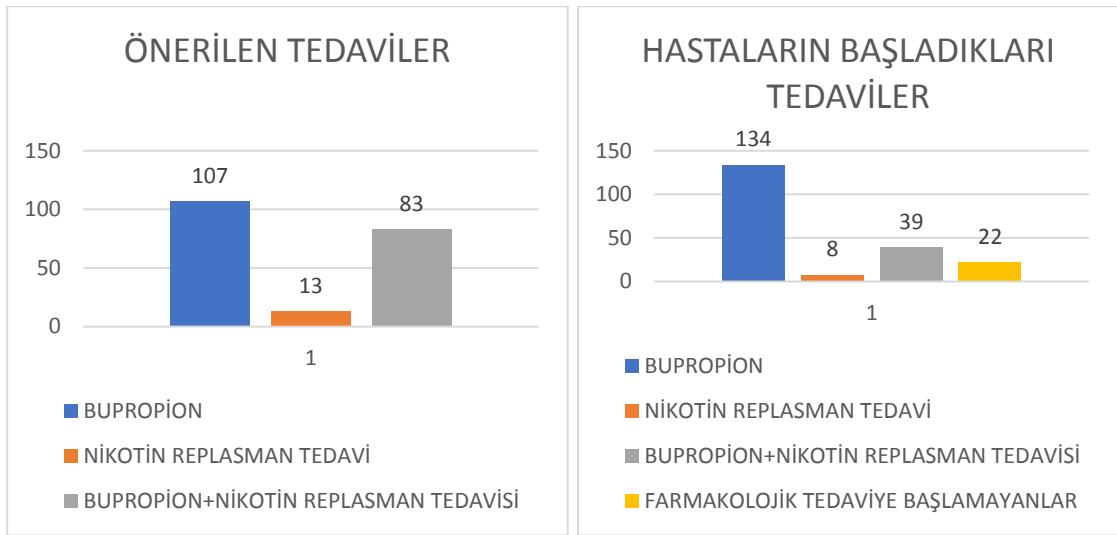
Hastaların %23'ü (n:47) sigarayı daha önce bırakmayı denememişken; %18'i (n:36) bir kez, %27'si (n:54) iki kez, %17'si (n:35) üç kez, %7'si (n:15) dört kez ve %8'i (n:16) beş kez ve üzerinde sigarayı bırakmayı denedikleri öğrenilmiştir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Sigara bırakma deneme sayıları

Danışanların %52,7'sine (n:107) bupropion, %6,4'üne (n:13) nikotin replasman tedavisi, %40,9'una (n:83) bupropion ve nikotin replasman tedavisine başlaması önerilmiştir.

Farmakolojik tedavi önerilen 203 katılımcının %10,8'i (n:22) önerilen tedaviye başlamadığı, %66'sı (n:134) bupropion, %4'ü (n:8) nikotin replasman tedavisi, %19,2'si (n:39) bupropion ve nikotin replasman tedavisine başlamıştır. Bupropion ve nikotin replasman tedavisini beraber kullanmasını planladığımız katılımcıların bazılarının sadece bupropion tedavisini kullandıkları tespit edilmiştir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Önerilen ve başlanan tedaviler

Herhangi bir farmakolojik tedaviye başlamayan katılımcılara önerilen tedavilere neden başlamadıkları soruldu. Tedaviye başlamayan katılımcıların %45'i (n:10) motivasyonsuzluk, %32,5'u (n:7) yan etki yapmasından çekindiği için, %9'u (n:2) ekonomik nedenlerle, %9'u (n:2) ilaç arzında problem ve %4,5'u (n:1) ise etki edeceğini düşünmediği için önerilen farmakolojik tedaviye başlamamıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Farmakolojik tedaviye başlamama nedenleri.

Değişkenler	n	%
Motivasyonsuzluk	10	45
Yan etki yapmasından çekindiği için	7	32,5
Ekonomik nedenlerden	2	9
İlaç arzında problem	2	9
Etki edeceğini düşünmediği için	1	4,5
Toplam	22	100

Farmakolojik tedaviye başlayan 181 danışanın %33'ü (n:60) kontrol randevusuna gelirken; %67'si (n:121) kontrol randevusuna gelmediği tespit edilmiştir (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Kontrol durumları.

Katılımcılara başladıkları farmakolojik tedaviye devam ettirmeme nedenleri sorgulandığında; %27,6'sı (n:37) yan etki nedeniyle, %17,9'u (n:24) sigarayı bıraktığı için, %14,9'u (n:20) tedavinin etki etmediğini düşündüğü için, %11,2'si (n:15) motivasyonsuzluk nedeniyle, %10,4'ü (n:14) aşırı sigara içme isteği olduğu için, %9,7'si (n:13) tedaviye ulaşımında problem yaşadığı için, %5,2'si (n:7) ekonomik nedenlerle, %3'ü (n:4) önemli bir yaşam olayı yaşadıkları için başladıkları farmakolojik tedaviye devam edememişlerdir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Farmakolojik tedaviye devam ettirmeme nedenleri.

Değişkenler	n	%
Yan etki nedeniyle	37	27,6
Sigarayı bıraktığı için	24	17,9
Tedavinin etki edeceğini düşünmediği için	20	14,9
Motivasyonsuzluk	15	11,2
Aşırı sigara içme isteği	14	10,4
Tedaviye ulaşımında problem	13	9,7
Ekonomik nedenlerle	7	5,2
Önemli yaşam olayı	4	3
Toplam	134	100

Tablo 4.11'de cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu, doktor önerisi alıp almaması, alkol kullanımı, madde kullanımı, işyerinde sigara içilme durumu ve evde başka sigara içen başkasının olmasının sigara bırakma üzerine etkili olup olmadığını incelenmiştir. Düzenli olarak çalışan katılımcıların %38'i (n:40), düzenli bir şekilde çalışmayan katılımcıların %23,7'si (n:18) sigarayı bırakmıştır (p:0,04). Kronik hastalığı olanların %42,9'un (n:33) sigarayı bıraktığı, kronik hastalığı olmayanların %24'ün (n:25) sigarayı bıraktığı ve anlamlı olarak kronik hastalığı olanların daha çok sigarayı bırakabildiği bulunmuştur (p:0,007). Yaşadığı evde kendisi dışında sigara içen birisi olmayanların %39,5'u (n:34); sigara içen başka birey ile yaşayanların %25,3'ü (n:24) sigarayı bırakabilmiştir. Anlamlı olarak sigara içen bir bireyle yaşayanlar daha düşük oranlarda sigarayı bırakabildikleri tespit edilmiştir (p:0,04). Diğer durumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.11. Sosyodemografik durumlara göre sigara bırakma durumu.

Değişkenler	Sigara bırakma				P
	Bıraktı		Bırakmadı		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın (n=90)	24	26,7	66	73,3	0,123
Erkek (n=91)	34	37,4	57	62,6	
Medeni Durum					
Bekar (n=76)	22	28,9	54	71,1	0,447
Evli (n=105)	36	34,3	69	65,7	
Eğitim Durumu					
Okur Yazar Değil (n=3)	2	66,7	1	33,3	0,377
İlkokul (n=52)	18	34,6	34	65,4	
Lise (n= 52)	13	25	39	75	
Yüksekokul ve üzeri (n=74)	25	33,8	49	66,2	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor (n=105)	40	38,1	65	61,9	0,04
Çalışmıyor (n=76)	18	23,7	58	76,3	
Gelir Durumu					
0-10.000 (n=79)	24	30,4	55	69,6	0,594
10.000-20.000 (n=63)	18	28,6	45	71,4	
20.000-30.000 (n=27)	11	40,7	16	59,3	
30.000 bin ve üzeri (n=12)	5	41,7	7	58,3	
Kronik Hastalık Durumu					
Yok (n=104)	25	24	79	76	0,007
Var (n=77)	33	42,9	44	57,1	
Doktor Önerisi					
Almamış(n=100)	27	27	73	73	0,106
Almış(n=81)	31	38,3	50	61,7	
Alkol Kullanımı					
Düzenli kullanıyor(n=48)	13	27,1	35	72,9	0,661
Sosyal içici(n=5)	2	40	3	60	
Kullanmıyor (n=128)	43	33,6	85	66,4	
Madde Kullanımı					
Var (n=177)	0	0	4	100	0,165
Yok (n=4)	58	32,8	119	67,2	
İşyerinde Sigara içiliyor mu?					
Evet (n=74)	24	32,4	50	67,6	0,926
Hayır(n=107)	34	31,8	73	68,2	
Evde Başka Sigara içen var mı?					
Evet(n=95)	24	25,3	71	74,7	0,040
Hayır(n=86)	34	39,5	52	60,5	

p<0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir ,Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 4.12’de sigarayı bırakmaya karar vermekte etkili en önemli nedenlerin sigara bırakma üzerinde etkisi gösterilmiştir. Hasta olma endişesiyle sigarayı bırakmaya karar verenlerin %38,5’u (n:15), ekonomik nedenlerle karar verenlerin %37,5’u (n:3), mevcut hastalıkları nedeniyle bırakmak isteyenlerin %35,3’ü (n:6), kokusundan rahatsızlık duydukları için sigarayı bırakmak isteyenlerin %31,3’ü (n:5), öksürük, balgam, nefes darlığı

gibi solunumsal semptomları olduğu için sigarayı bırakmak isteyenlerin %30,8'i (n:12) sigarayı bırakabilmiştir. Doktor önerisiyle sigara bırakmaya karar verenlerin %29,4'ü (n:5), yakınlarının önerisiyle karar verenlerin %22,7'si (n:5) sigarayı bırakabilmiştir. Sigarayı bırakanları örnek alarak sigarayı bırakmaya karar veren katılımcılarımızdan hiçbiri sigarayı bırakamamıştır. Diğer sigarayı bırakmaya karar verme nedenlerinin de sigara bırakma oranları tabloda verilmiştir. Çalışmamızda sigarayı bırakmaya karar vermekte etkili olan en önemli nedenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:0,775).

Tablo 4.12. Sigara bırakmaya karar vermekte etkili olan en önemli nedene göre sigara bırakma durumu.

Değişkenler	Bıraktı		Bırakmadı		P
	n	%	n	%	
Hasta olma endişesi	15	38,5	24	61,5	0,775
Ekonomik nedenler	3	37,5	5	62,5	
Hastalıkları nedeniyle	6	35,3	11	64,7	
Yakınlarının öneri ve teşvikleriyle	5	22,7	17	77,3	
Doktor önerisiyle	5	29,4	12	70,6	
Solunumsal şikayetleri nedeniyle	12	30,8	27	69,2	
Kokusundan rahatsızlık duyduğu için	5	31,3	11	68,7	
Çevresindeki insanların hasta olma endişesi	1	16,7	5	83,3	
Sigarayı bırakanlar örnek olmuş	0	0	3	100	
Bıkkınlık verdiği için	2	50	2	50	
Yaşam değişikliği	1	25	3	75	
Cilt sağlığı	1	25	3	75	

p<0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir ,Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 4.13'te çalışmaya katılan hastaların kronik hastalıklarının sigara bırakma üzerine etkisi gösterilmiştir. Kanser hastalarının %50'si (n:4), hipertansiyon hastalarının %47,6'sı (n:10), astım hastalarının %42,9'u (n:3), diyabet hastalarının %41,7'si (n:10), tiroid bozuklukları olanların %41,7'si (n:5) sigarayı bırakabilmiştir. Psikiyatrik hastalık tanıları olan hastaların %22,2'si (n:2) sigarayı bırakabilmiştir. Diğer hastalıkların sigara bırakma oranları Tablo 4.13'te verilmiştir. Kronik bir hastalığın olup olmamasının sigara bırakma başarısına etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p:0,775).

Tablo 4.13. Kronik hastalıklara göre sigara bırakma durumu.

Kronik hastalıklar	Sigara bırakma				p
	Bıraktı		Bırakmadı		
	n	%	n	%	
Astım	3	42,9	4	57,1	0,53
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	3	37,5	5	62,5	0,73
Hipertansiyon	10	47,6	11	52,4	0,10
Diyabet	10	41,7	14	58,3	0,27
Kroner arter hastalığı	3	30	7	70	0,88
Kanser	4	50	4	50	0,26
Hiperlipidemi	1	14,3	6	85,7	0,30
Tiroid bozukluk	5	41,7	7	58,3	0,46
Psikiyatrik hastalık	2	22,2	7	77,8	0,51
Gastroözofageal reflü	2	33,3	4	66,7	0,94
p<0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir ,Ki-kare testi kullanılmıştır.					

p<0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir ,Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 4.14’de daha önce sigara bırakma deneyimi olup olmamasının, sigara bırakmak için farmakolojik tedavi kullanımlarının sigara bırakma başarısına etkisi incelenmiştir. Daha önce sigara bırakma girişimi olanların %30,7’si (n:43), olmayanların %36,6’sı (n:15) sigarayı bırakabilmiştir (p:0,479). Daha önce farmakolojik tedavi kullananların %34,3’ü (n:24), farmakolojik tedavi kullanmayanların %30,6’sı (n:34) sigarayı bırakabilmiştir (p:0,608). Bupropion kullanımı olanların %27,8’si (n:5), kullanmayanların %32,5’u (n:53) sigarayı bırakabilmiştir (p:0,683). Vareniklin kullanımı olanların %36,2’si (n:17), olmayanların %30,6’sı (n:41) sigarayı bırakabilmiştir (p: 0,481). Nikotin replasman tedavisi kullananların %40,7’si (n:11), kullanmayanların %30,5’u (n:47) sigarayı bırakabilmiştir (p:0,294).

Tablo 4.14. Sigara bırakma girişimlerine göre sigara bırakma durumu.

Değişkenler	Sigara bırakma				P
	Bıraktı		Bırakmadı		
	n	%	n	%	
Daha önce sigara bırakmayı denemiş mi?					
Hayır	15	36,6	26	63,4	0,479
Evet	43	30,7	97	69,3	
Daha önce sigarayı bırakmak için farmakolojik tedavi almış mı?					
Hayır	34	30,6	77	69,4	0,608
Evet	24	34,3	46	65,7	
Daha önce sigara bırakmak için Bupropion kullanımı olmuş mu?					
Hayır	53	32,5	110	67,5	0,683
Evet	5	27,8	13	72,2	
Daha önce sigara bırakmak için Vareniklin kullanımı olmuş mu?					
Hayır	41	30,6	93	69,4	0,481
Evet	17	36,2	30	63,8	
Daha önce sigara bırakmak için Nikotin Replasman ürünleri kullanımı olmuş mu?					
Hayır	47	30,5	107	69,5	0,294
Evet	11	40,7	16	59,3	

p<0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir ,Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 4.15'te sigarayı bırakan ve bırakamayan hastalar yaş, sigaraya başlama yaşı, sigara içtiği süre, bir günde içilen sigara sayısına ve kontrole geliş sayısına göre karşılaştırılmıştır. Sigarayı bırakabilenlerin yaş ortalaması $43,62 \pm 13,23$ iken, sigarayı bırakamayanların yaş ortalaması $39,47 \pm 12,85$ olarak bulunulmuştur. Sigarayı bırakabilenlerin yaş ortalaması anlamlı olarak daha büyüktü ($p:0,047$). Sigaraya başlama yaşı olarak sigarayı bırakanların ortalaması $18,96 \pm 5,98$, bırakamayanların ortalaması $18,2 \pm 4,87$ bulundu ve anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p:0,363$). Sigara içilen süre olarak sigarayı bırakanların ortalama süresi $23,34 \pm 12,84$ iken, bırakamayanların $20,38 \pm 11,94$ 'dir ($p:0,130$). Bir günde içilen sigara sayısı (paket olarak) sigarayı bırakanların ortalama $1,21 \pm 0,54$ iken bırakamayanların $1,31 \pm 0,53$ tespit edildi ($p:0,232$). Tedavi başladıktan sonra kontrole gelme sayıları incelendiğinde sigarayı bırakanların ortalaması $0,64 \pm 0,58$, bırakamayanların $0,21 \pm 0,45$ olarak bulunmuştur. Hastalar kontrol randevularına gelme sayıları artıkça istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda sigarayı bırakabildikleri tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Tablo 4.15. Yaş, sigara kullanım öyküsü ve kontrole sayısına göre sigara bırakma durumu.

Değişkenler	Sigara Bırakma				F	P
	Bıraktı		Bırakmadı			
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss		
Yaş	43,62	13,23	39,47	12,85	0,27	0,047
Sigaraya başlama yaşı	18,96	5,98	18,20	4,87	2,49	0,363
Sigara içilen süre(yıl)	23,34	12,84	20,38	11,94	0,50	0,130
Bir günde içilen sigara(paket)	1,21	0,54	1,31	0,53	0,67	0,232
Kontrole gelme sayısı	0,64	0,58	0,21	0,45	15,71	<0,001

$p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir, Bağımsız Örneklem T Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.16 'da katılımcıların kontrole gelip gelmeme durumlarının sigara bırakma başarısı üzerine etkisi incelenmiştir. Kontrole gelen hastaların %58'i (n:35) sigarayı bırakırken, kontrole gelmeyenlerin %19'u (n:23) sigarayı bırakabilmiştir. Kontrol muayenesine gelen hastaların anlamlı olarak daha yüksek oranda sigarayı bırakabildikleri tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Tablo 4.16. Kontrol durumuna göre sigara bırakma durumu.

Kontrole geldiniz mi?	Sigara bırakma				P
	Bıraktı		Bırakmadı		
	n	%	n	%	
Hayır (n:121)	23	19	98	81	<0,001
Evet (n:60)	35	58,3	25	41,7	

$p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir, Ki-kare testi kullanılmıştır.

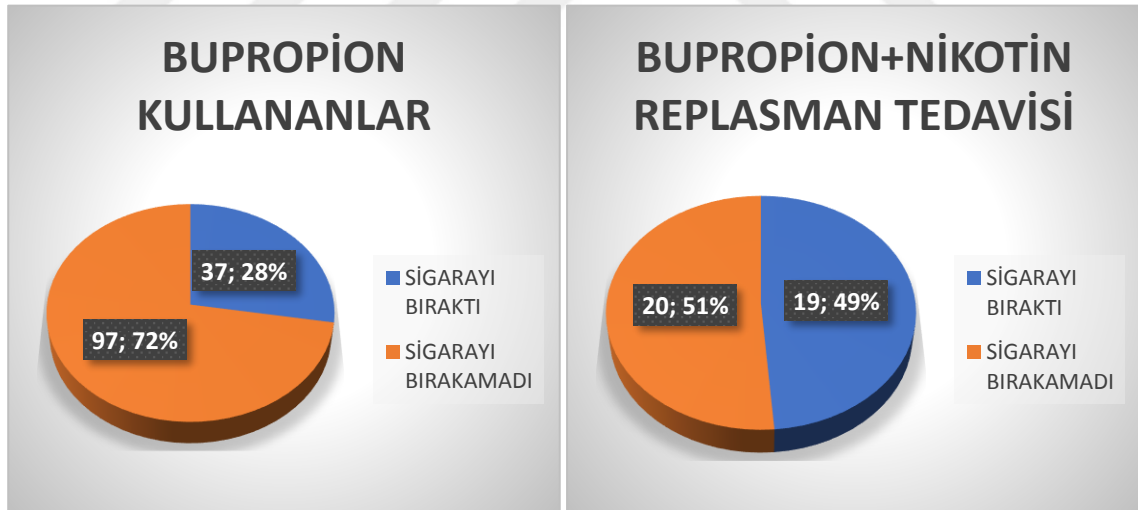
Bupropion tedavisi başlanan hastaların fagerström nikotin bağımlılık düzeyleri puanları 2 ile 10 arasında değişirken ortalama fagerström puanı ise $6,12 \pm 1,98$ bulunmuştur. Bupropion ve nikotin replasman tedavisi beraber başlanan hastaların fagerström nikotin bağımlılık düzeyleri incelendiğinde FNBT puanları 5 ile 10 arasında değişirken, ortalaması ise $7,92 \pm 1,38$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Tedavilerin fagerström nikotin bağımlılık düzeyi puanları.

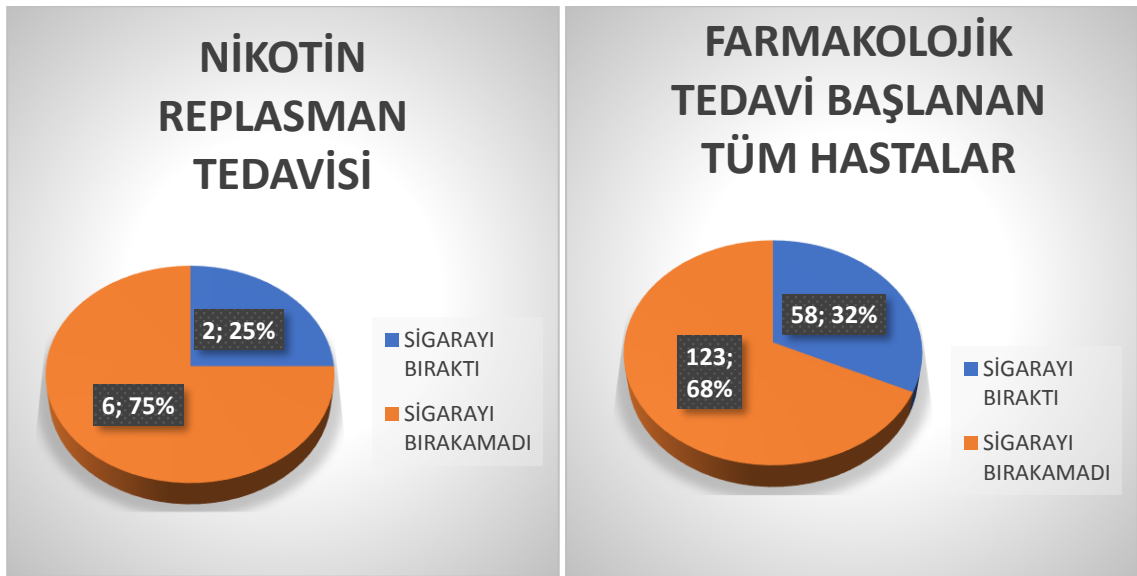
Tedaviler	Ortalama	Standart Sapma
Bupropion	6,12	$\pm 1,98$
Bupropion+ Nikotin replasman tedavisi	7,92	$\pm 1,38$

Bupropion tedavisi kullanan katılımcıların %28'i (n:37) sigarayı bırakmış, %72'si (n:97) sigarayı bırakamamıştır. Bupropion + nikotin replasman tedavisi kullanan katılımcıların %49'u (n:19) sigarayı bırakabilirken, %51'i (n:20) sigarayı bırakamamıştır.

Nikotin replasman tedavisi alan katılımcıların %25'i (n:2) sigarayı bırakabilmişken, %75'i (n:6) sigarayı bırakamamıştır. Farmakolojik tedavi başlanan katılımcılar değerlendirildiğinde, katılımcıların %32'si (n:52) hasta sigarayı bırakabilmiş, %68'i (n:123) ise sigarayı bırakamamış olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.4; Şekil 4.5)



Şekil 4.4. Bupropion ve bupropion + nikotin replasman tedavisinin sigara bırakma başarısı.



Şekil 4.5. Nikotin replasman tedavisi ve farmakolojik tedavi başlanan tüm hastaların sigara bırakma başarısı.

Bupropion tedavisi başlanan katılımcıların %0,7'si (n:1) çok az bağımlılığa, %22'si (n:30) az bağımlılığa, %20,5'i (n:28) orta derece bağımlılığa, %27,2'si (n:37) yüksek bağımlılığa ve %29,4'ü (n:40) çok yüksek bağımlılığa sahiptir. Çok az bağımlılığa sahip 1 hasta sigarayı bırakamamış. Az bağımlılığı olan hastaların %46,7'si (n:14) sigarayı bırakabilmiş, orta derece bağımlılığı olanların %28,6'sı (n:8) sigarayı bırakabilmiş, yüksek bağımlılığı olan hastaların %32,4'ü (n:12) sigarayı bırakabilmiş ve çok yüksek bağımlılığı olan hastaların %7,5'u (n:3) hasta sigarayı bırakabilmiştir.

Nikotin bağımlılığı düzeyi ile sigara bırakabilme başarısı değerlendirildiğinde anlamlı olarak bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakabilme başarısının düştüğü tespit edilmiştir (p:0,006). Sigara bırakma durumu ile bağımlılık kategorileri ki-kare testi ile karşılaştırıldığında bulunan anlamlı sonucun post-hoc analizi yapılmış, bonferroni metoduna göre düzeltilen sonuçta az bağımlılık olan grup ile çok yüksek bağımlılık olan grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

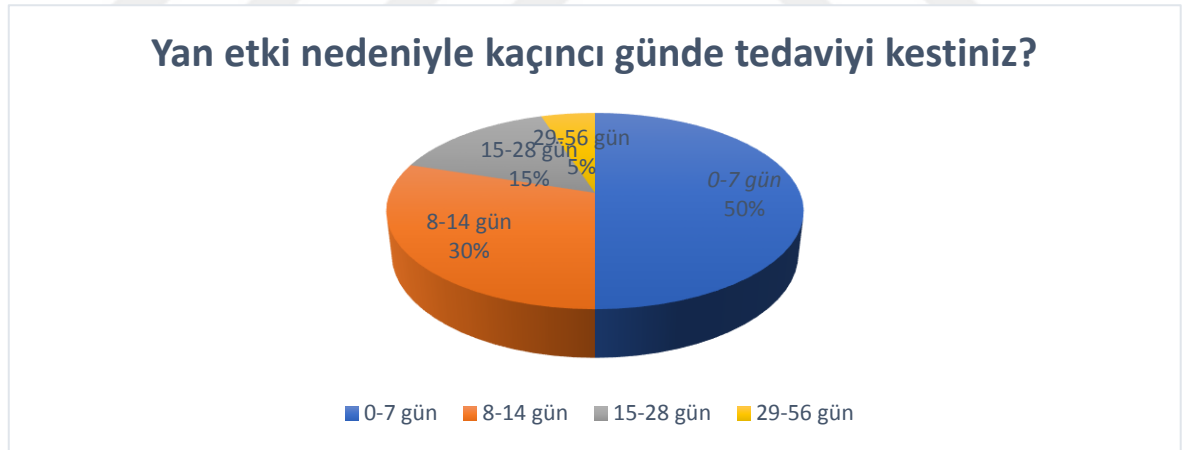
Bupropion ve nikotin replasman tedavisini beraber kullanan 39 katılımcının %7'si (n:3) orta derece bağımlılık, %33'ü (n:13) yüksek bağımlılık ve %59'u (n:23) ise çok yüksek bağımlılığa sahiptir. Orta derece bağımlılığa sahip hastaların %66,6'sı (n:2), yüksek derece bağımlılığa sahip olanların %53,8'i (n:7) sigarayı bırakabilmiştir. Çok yüksek bağımlılığa sahip olanların ise %43,4'ü (n:10) sigarayı bırakabilmiştir. Bupropion ve nikotin replasman tedavilerini beraber kullanan hastaların nikotin bağımlılığı düzeyi ile sigara bırakabilme başarısı değerlendirildiğinde; bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakabilme başarısının düştüğü ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p:0,678).

Tablo 4.18. Nikotin bağımlılık düzeyine göre sigara bırakma durumu.

Değişkenler	Sigara bırakma				P
	Bıraktı		Bırakmadı		
	n	%	n	%	
Bupropion tedavisi kullanan hastalar					
Çok az bağımlılık (n:1)	0	0	1	100	0,006
Az bağımlılık (n:30)	14	46,7	16	53,3	
Orta derece bağımlılık (n:28)	8	28,6	20	71,4	
Yüksek bağımlılık (n:37)	12	32,4	25	67,6	
Çok yüksek bağımlılık (n:40)	3	7,5	37	92,5	
Bupropion + Nikotin replasman tedavisi kullanan hastalar					
Çok az bağımlılık (n:0)	0	0	0	0	0,678
Az bağımlılık (n:0)	0	0	0	0	
Orta derece bağımlılık (n:3)	2	66,6	1	33,4	
Yüksek bağımlılık (n:13)	7	53,8	6	46,2	
Çok yüksek bağımlılık (n:23)	10	43,4	13	56,6	

p<0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir ,Ki-kare testi kullanılmıştır.

“Yan etki nedeniyle tedaviyi kestiniz mi?” şeklinde sorgulandığında; farmakolojik tedaviye başlayanların %22’si (n:40) yan etki yaşadıklarını düşündükleri için tedaviyi kesmişlerdir. Yan etki nedeniyle tedaviyi sonlandıranların %50’si (n:20) tedavinin birinci haftasında, %30’u (n:12) ikinci haftasında, %15’i (n:6) üçüncü ve dördüncü haftalarda ve %5’i (n:2) ise dördüncü haftadan sonra tedaviyi sonlandırmıştır.



Şekil 4.6. Hastaların tedaviyi kestikleri zaman aralığı.

Yan etki nedeniyle tedaviyi kesen katılımcıların %10’u (n:4) kontrol muayenesine gelmişken; %90’ı (n:36) kontrol muayenesine gelmedikleri tespit edilmiştir.



Şekil 4.7. Yan etki yaşayanlarda kontrol durumu.

5. TARTIŞMA

Sigara bıraktırma polikliniğinde farmakolojik tedavi başladığımız hastaların tedavi başarısını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmamızda; hastaların yaşı, çalışma durumu, kronik hastalık olması, evde sigara içen başka birey olmasının, kontrol başvurusunun ve nikotin bağımlılık düzeyinin sigara bırakma başarısını etkilediğini tespit ettik.

Çalışmamızda sigarayı bırakmaya karar vermekte etki olan en önemli sebep sorgulandığında en çok “hasta olma endişesi” ve ikinci sırada da “solunumsal şikayetleri olduğu için” bırakmak isteyenler oluştuyordu. Sigara bırakma nedenlerinin araştırıldığı bir literatür derlemesinde, sigarayı bırakan veya bırakmayı düşünenlerde en yaygın olarak sağlıkla ilgili endişelerin sigarayı bırakmayı teşvik ettiği bulunmuştur (33). Sigara içen genç yetişkinlerle yapılan gözlemsel çalışmada, “ergenlerde sigarayı bırakma ölçeği” uygulanarak sigara bırakma nedenleri önem sırasına göre sıralanmıştır. En önemli neden olarak yaşlandıkça hastalanma endişesi olduğu bulunmuştur (34). Ülkemizde yapılan bir araştırmada da çalışmamıza benzer şekilde sağlığının bozulma korkusuyla bırakmak isteyenler çoğunluğu oluştuyordu (35). Türkiye’de sigarayı bırakan kişilerle yüz yüze anket ile yapılmış bir çalışmada da sigarayı bırakmanın en sık nedenin sağlığının bozulacağı korkusu olduğu tespit edilmiştir (36). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan 338 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada; balgam, öksürük ve hırıltı gibi semptomları olan hastaların, sigarayı bırakma niyetinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (37). Çalışmamızda tespit edilen sigara bırakma nedenleri, literatürdeki bulgularla örtüşmektedir.

Çalışmamızda sosyodemografik durumların sigara bırakma başarısına etkisi incelenmiştir. Sigarayı bırakabilenlerin ve bırakamayanların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Sigarayı bırakabilenlerin yaş ortalaması bırakamayanlardan daha yüksekti. ABD’de 32.374 katılımcı ile yapılan, sigarayı bırakan bireylerle sigarayı bırakamayan bireylerin karşılaştırıldığı çalışmada, 35 yaş ve üzerinde olanların sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (38). Bir kohort araştırmasında, genç yaştaki bireylerin sigara bırakma niyetinin daha yüksek olduğu ancak yaş gruplarının sigara bırakma başarısında benzer sonuçlar elde ettiği gözlemlenmiştir (39). Kore’de sigara içen erkek bireylerle yapılan ve yaş faktörünün sigara bırakma başarısı üzerine etkisinin incelendiği çalışmada, katılımcılar genç yetişkin (19-39 yaş), orta yaşlı (40-

64 yaş) ve yaşlı yetişkin (65 yaş ve üzeri) olarak gruplara ayrılmıştır. Yaş arttıkça sigara bırakma oranlarının yükseldiği görülmüştür (40). Tayvan’da 877 sigara içicisinin dahil edildiği bir çalışma da araştırmamıza benzer şekilde yaşları büyük olanların sigara bırakma oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (41). Genç yaştaki sigara kullanıcılarının daha düşük oranda sigarayı bırakmasında sigaranın olumsuz etkilerini daha az yaşamaları ve sosyal ortamları etki etmiş olabilir.

Çalışmamızda cinsiyetin sigara bırakma başarısı üzerine anlamlı bir etkisi tespit edilmemiştir. Sigara bırakma tedavisinde cinsiyetin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, tedavi başladıktan üç ay ve bir yıl sonra tedavi başarısı değerlendirilmiştir. Erkek ve kadın katılımcılar arasında kısa ve uzun vadede sigara bırakma tedavisi sonuçlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (42). 1.978 katılımcıyla birinci basamakta yapılan sigara müdahalesinin değerlendirildiği bir çalışmada, kadın ve erkek katılımcıların eşit düzeyde sigara bırakma başarısına sahip olduğu görülmüştür (43). Sigara bıraktırma çalışmalarının değerlendirildiği bir başka araştırmada da cinsiyet farklılığının sigara bırakma tedavisini etkilemediği bulunmuştur (44). Brezilya’da sigara bıraktırma amacıyla bupropion tedavisi alan kişilerde yapılan çalışmada da cinsiyetin tedavi başarısını etkilemediği tespit edilmiştir (45). Cinsiyetin, sigara bıraktırma tedavisine etkisi literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Medeni durumun sigara bırakma başarısına etkisi incelendiğinde çalışmamızda evli ve bekar olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ülkemizde Esmer ve arkadaşlarının üç yıllık takip ile yaptıkları çalışmalarında evli olanların anlamlı bir şekilde sigara bırakmada ve sürdürmede daha başarılı olduğu görülmüştür (46). ABD’de yapılan bir çalışmada, evli bireylerin sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğu ve boşanan bireylerin sigara bırakmasının daha zor olduğu tespit edilmiştir (47). Japonya’da yapılan bir çalışmada da evli bireylerin sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğu ve medeni durumun sigara bırakma tedavisinin başarısını etkilediğini tespit edilmiştir (48). Çalışmamızda evli bireylerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha başarılı bulunamaması, katılımcı sayısının azlığından kaynaklanmış olabilir.

Eğitim durumunun, sigara bırakma başarısına etkisi incelendiğinde çalışmamızda eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısını etkileyip etkilemediğinin araştırıldığı bir çalışmada üniversite mezunu olanların en yüksek ve lise mezunu olmayanların ise en düşük sigara bırakma başarısı gösterdiği bulunmuştur (49). Hollanda’da 1.354 katılımcı ile yapılan gözlemsel bir çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip olanların sigara kullanmaya devam etme ihtimalinin

daha yüksek olduğu bulunmuştur (50). Avrupa’da 14 ülkeden 9.053 kişi ile yapılan araştırmada düşük eğitim düzeyine sahip olanların, sigara bırakma başarılarının daha düşük olduğu bulunmuştur (51). Luu ve arkadaşlarının 81.600 kişiyle yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe sigaranın zararlarına karşı farkındalığının arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde sigara bırakma başarısının arttığı bulunmuştur (52). Çalışmamızdaki katılımcıların önemli bir bölümünün eğitim düzeyinin yüksek okul ve üzerinde olması, ayrıca okuryazar olmayanların sayısının çok az olması, eğitim seviyesinin tedavi başarısını etkilemediği sonucunu ortaya çıkarmış olabilir.

Çalışmamızda düzenli bir işte çalışanların sigara bırakma başarılarının, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. ABD ‘de 13.480 kişi ile yapılan kesitsel bir araştırmada işsiz bireylerin sigara içme oranların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (53). Literatürdeki gözlemsel bir çalışmada mesleğin ve çalışma durumunun sigara bağımlılığın gelişmesinde etkisinin olmadığı sonucuna varılmış (49). Monso E ve arkadaşlarının sigara bırakma tedavisinde sosyodemografik özelliklerin etkilerini inceledikleri çalışmalarında istihdam durumunun sigara bırakma başarısı üzerinde etkisini tespit edilmemiştir (54). Literatürde katılımcıları çalışan ve çalışmayan şeklinde ayıran bir araştırmada düzenli bir işte çalışmayanların daha yüksek oranlarda sigarayı bırakabildikleri bulunmuştur. Çalışmayan sigara kullanıcıların daha çok sigara bırakmaları yönünde toplum baskısında kaldıklarını ve sigara bırakma başarısını artırdığını tespit etmişlerdir (55). Çalışmamızda öğrenciler, ev hanımları ve emekliler düzenli bir işte çalışmayan grubuna dahil edilmesinden dolayı düzenli bir işte çalışmayanların tedavi başarıları daha düşük bulunduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcılar gelir düzeylerine göre gruplandırıldı; en çok katılımcı, aylık geliri 0-10.000 TL aralığında olanlardan oluşuyordu. Gelir grupları ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki tespit edemedik. Sigarayı bırakma başarısını artıracak faktörlerin araştırıldığı çalışmada, daha yüksek gelire sahip olanların sigara bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur (56). Literatürdeki bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin farmakolojik tedaviye ulaşımın zor olmasından kaynaklı sigara bırakma olasılıklarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (57). Ülkemizde hane halkı bütçe istatistikleri incelenerek yapılan araştırmada gelir durumu artıkça sigara tüketimin artış gösterdiği belirlenmiş (58). Ülkemizde Dikmen N yaptığı araştırmada sosyoekonomik düzey artıkça sigara kullanımının arttığı gözlenmiştir (59). Literatürden farklı olarak ekonomik düzeyle sigara bırakma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasında, katılımcıların gelir

düzeyinin homojen dağılmaması ve çoğunluğunun aylık gelirinin 0-10.000 TL arasında olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olanların %42, 9'u sigarayı bırakabilirken; kronik hastalığı olmayanların %24'ü sigarayı bırakabilmiştir. Kronik hastalığı olanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda sigarayı bırakabildiği görülmüştür. Ülkemizde sigara bıraktırma polikliniğinde retrospektif yapılan bir incelemede kronik hastalık varlığının sigara bırakma başarısını etkilemediği bulunmuştur (60). Solak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, bireylerde sigara kullanımına bağlı kronik hastalık olmasının sigara bırakma başarısını etkilemediği bulunmuştur (61). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise kronik hastalığı olanların daha zor sigarayı bırakabildikleri tespit edilmiştir (4). Çalışmamızdaki katılımcıların sigarayı bırakmayı istemesinin en çok nedeni hasta olma endişesiydi bu nedenle kronik hastalığı olanların daha başarılı bir şekilde sigarayı bırakmasına etki etmiş olabilir.

Çalışmamızda, doktoru tarafından herhangi bir poliklinik başvurusunda sigara bırakma önerisi alanların oranı %45.3'tü. Doktor önerisi alan hastalarımızın sigara bırakma başarıları, doktor önerisi almayan hastalarımızdan daha yüksekti. Çin'de sigara bırakmayı düşünmeyen tütün kullanıcılarıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada bir gruba doktorlar tarafından telefon danışmanlığıyla sigarayı bırakmayı önermişler. Doktor önerisi alan grubun çalışmamıza benzer şekilde sigarayı bırakmayı artırdığı görülmüştür (62). 39 araştırmanın dahil edildiği sistematik derlemede, hekimlerin sigara bırakma önerilerinin etkinliği değerlendirilmiştir. Öneriler minimal ve yoğun müdahaleler olarak gruba ayrılmıştır. Yoğun tavsiyeler alan grupta sigara bırakma başarısı daha üstün bulunmuştur (63). Literatürdeki bir kesitsel çalışmada da, hekimlerin hastalarına sigarayı bırakmalarını önermelerinin, özellikle kadınlarda ve kronik hastalıkları olan bireylerde sigara bırakmayı teşvik ettiği belirlenmiştir (64). Çalışmamızdaki bulgular, doktor tavsiyesinin sigara bırakma başarısına etkisinin araştırıldığı diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda “iş yerinizde sigara içiliyor mu” sorusu yöneltildiğinde iş yerinde sigara içilenlerle; içilmeyen grubun tedavi başarıları arasında fark tespit edilmedi. ABD'de Yong ve arkadaşların yaptıkları çalışmada sigara içilmesine izin verilen işyerlerinde çalışanların sigara bırakma başarıları düşük bulunmuştur (65). Literatürde sosyal ortamında tütün kullanımı fazla olan bireylerin sigarayı bırakma ihtimallerinin daha düşük olduğu ve bıraktıktan sonra da nüks etme ihtimalinin yüksek olduğu belirlenmiştir (66). Hollanda'da 604 tütün kullanıcısı iş yerinde sigara bıraktırma programına alınmış ve iş arkadaşlarından sosyal destek alanların sigara bırakma oranları daha yüksek tespit edilmiştir (67).

Çalışmamızda iş ortamında sigara içilmesinin tedavi başarısına etki etmemesinin sebebi, katılımcıların ev ortamlarında sigara içen diğer bireylerin bulunması olabilir.

“Yaşadığınız evde başka sigara içen var mı?” şeklinde sorulduğunda, katılımcıların %51,2’si evde başka sigara içen bireyler olduğunu belirtti. Yaşadığı evde sadece kendisi sigara kullanan hastaların %39,5’u sigarayı bırakabilirken; sigara içen bireylerle yaşayan hastaların %25,3’ü sigarayı bırakabilmiştir. Evde başka bireylerin sigara içmesi, tedavi başarısını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde olumsuz etkiledi. Danimarka’da 2554 gönüllü ile yapılan prospektif araştırmada sigara içmeyen birisiyle yaşayanların sigara bırakma başarılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (68). Bupropion tedavisi kullanan hastalarda çevresel faktörlerin sigara bırakmaya olan etkisinin incelendiği bir çalışmada, bupropion tedavisinin evinde sigara içilmeyen gönüllülerde daha etkili olduğu görülmüştür (69). 5 yıllık izlem süresini içeren bir kohort çalışmasında da, evde başka sigara içen birey olmamasının sigara bırakma başarısını artırdığını tespit edilmiştir (70). Ülkemizde, Esmer ve arkadaşlarının 261 gönüllüyü 3 yıl boyunca takip etmişlerdir. Evde sigara içiminin sigara bırakmayı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde zorlaştırdığı bulunmuştur (46). Çalışmamızda sigara içen biriyle yaşamamanın sigara bırakma başarısını azalttığına dair bulgular, bu alandaki diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda, sigarayı bırakmaya karar vermekte etkili olan en önemli nedene göre; “hasta olma endişesi”, “ekonomik nedenler”, “mevcut hastalıkları nedeniyle”, “yakınlarının öneri ve teşvikleriyle”, “doktor önerisiyle”, “solunumsal şikayetleri nedeniyle”, “kokusundan rahatsızlık duyduğu için”, “çevresindeki insanların hasta olma endişesi”, “sigarayı bırakanlar örnek olmuş”, “bıkınlık verdiği için”, “yaşam değişikliği”, “cilt sağlığı için” şeklinde gruplandırılmıştır. Gruplar arasında sigara bırakma oranları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. En çok sigarayı bırakabilen grup ise hasta olma endişesi taşıyan gruptu. Halpern ve arkadaşları, sigara bırakma nedenlerinin başarılı sigara bırakma ile arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Sigaranın sağlığa olan etkilerinden kaygılananlar ve çocuklara iyi örnek olmak isteyenler sigara bırakmada daha başarılı bulunmuştur (71). Literatürde sigara bırakmak isteyen gönüllerle yapılmış araştırmada sağlıkla ilgili kaygıları olanların daha başarılı olduğu tespit edilmiştir (72). Ülkemizde yapılan uzmanlık tezinde de çalışmamıza benzer şekilde en çok bırakma nedeni ilerde hasta olma endişesi bulunmuş ve sigara bırakma başarısı üzerine anlamlı bir etkisi olmamıştır (73). Çalışmamızda sigara bırakmaya karar vermekte etkili en önemli nedenler arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamasında, sigarayı bırakma kararında birçok etkenin rol oynamasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda dahil edilen katılımcıların %76,8'in sigara bırakma girişimi olmuştur. Çalışmamızda daha önce sigara bırakma girişimi olmayanların sigara bırakma başarısı daha yüksek bulundu fakat istatistiksel olarak anlamlı fark oluşmadı. Daha önceki sigara bırakma girişimlerinin sigara bırakma başarısına etkisinin incelendiği çalışmada, son bir yıl içinde başarısız girişimi olanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde sigara bırakma ihtimali azalmıştır (74). 2431 gönüllüyle yapılan bir çalışmada tekrarlayan sigara bırakma girişimleri olan gönüllerin, sigarayı bırakma olasılığının daha az olduğu görülmüştür (75). Sigara bırakmak amacıyla başvuran 300 hastanın iki yıl boyunca takip edildiği bir çalışmada, sigarayı bırakmak için ilk kez başvuranların daha başarılı olduğu tespit edilmiştir (76). Çalışmamızda istatistiksel olarak fark bulunamaması çalışmamızın katılımcı sayısından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda sigarayı bırakabilenlerin ve bırakamayanların sigaraya başlamaya yaş ortalamaları benzerdi. 1700 erkek sigara kullanıcısının dahil edildiği bir araştırmada, 16 yaşından önce sigara içmeye başlayan bireylerin, daha sonraki yaşlarda başlayanlara göre sigarayı bırakmama olasılığının 2,1 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (77). 21 ile 39 yaş arasındaki 3449 kişinin katıldığı bir araştırmada, erken ergenlik döneminde sigara içmeye başlayanların sigarayı bırakma başarısının daha düşük olduğu belirlenmiştir (78). Sigaraya başlama yaşının sigara bırakma başarısına etkisinin incelendiği başka bir çalışmada da, erken yaşta sigaraya başlamanın yüksek nikotin bağımlılığına neden olduğu ve sigarayı bırakma başarısını düşürdüğü bulunulmuştur (79). Çalışmaya alınan hastaların kaç yıldır sigara içtikleri sorgulanmış. Sigarayı bırakabilen ve bırakamayan grubun ortalama sigara kullanım süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi. Literatürde uzun süreli sigara içenlerde nikotin çekilmesine bağlı semptomların daha ağır yaşanabileceği tespit edilmiştir (80). Holm ve ekibinin 2564 kişiyi değerlendirdikleri kohort çalışmasında, sigara kullanım süresi kısaltıkça sigarayı bırakma oranının arttığını göstermiştir (81). Bizim çalışmamızda sigaraya başlama yaşına ve kullanılan süreye göre değerlendirildiğinde diğer sosyoekonomik, ruhsal ve sosyal ortamlar gibi karıştırıcı faktörlerden dolayı istatistiksel fark bulunamamış olabilir.

Çalışmamızda bir günde içilen sigara adedine göre değerlendirildiğinde, sigarayı aktif kullanan ve sigarayı bırakmış grupların ortalama bir günde içtikleri sigara adedi benzerdi. Kenfrod ve arkadaşlarının nikotin bandı kullanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada da, çalışmamıza benzer şekilde bir günde içilen sigara adedinin tedavi başarısını etkilemediği bulunmuştur (82). Ülkemizde Argüder ve arkadaşlarının sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri inceledikleri araştırmada ise bir günde içilen sigara sayısının

tedavi başarısına etki ettiği bulunmuştur. Sigarayı bırakabilenler ve bırakamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş. Bir günde içtiği sigara sayısı 20'den fazla olan bağımlılarda, tedavi başarısının azalmakta olduğu gözlemlenmiştir (4). İsveç'te rastgele örneklemden 1905 sigara kullanıcısı çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen sigara kullanıcılarının 7 yıl sonra sigara kullanım durumlarına bakılmıştır. Katılımcıların %28'i sigarayı bırakabilirken, 10 adet ve daha az sigara içicilerin sigara bırakma oranı %36 bulunmuştur. 10 adetten az sigara içen bireylerin sigara bırakma başarılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (83). Literatürde günlük içilen sigara adedinin nikotin bağımlılığı için önemli bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (84). Çalışmamızda bir günde içilen sigara adedi sorulmuş ancak kullanılan sigara markaları ve kullandıkları sigaraların nikotin düzeyleri sorgulanmamıştır. Ayrıca içilen sigaranın tamamının mı yoksa nefes alıp bırakma şeklinde mi kullandıkları bilinmemektedir. Bir günde içilen sigara adedinin tedavi başarısına etki etmemesinde bu durumlar rol oynamış olabilir.

Önerilen farmakolojik tedaviye başlayan 181 hastadan 60'ı (%33) kontrole gelmiş. Çalışmamızda kontrole gelen hastaların %58.3'ü sigarayı bırakırken; kontrole gelmeyenlerin sadece %19'u sigarayı bırakabilmiş. Hastaların kontrol muayenesine gelmesinin sigara bırakma başarısını önemli ölçüde artırdığını tespit ettik. Çalışmamızda kontrol muayenesine gelmemenin en önemli nedeni olarak başlanan tedavilerin yan etki yapması bulundu. Yan etki yaşayan hastaların tedaviden vazgeçip; kontrol muayenesine gelmedikleri tespit edildi. Sigara bırakma müdahalelerinin değerlendirildiği ve randomize kontrollü çalışmaların dahil edilerek 112.159 kişi ile yapılan araştırmada, 6 ay ve daha uzun süreli takibe devam edilmesinin sigarayı bırakabilen kişi sayısını artırdığı görülmüştür (85). Ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki 239 kişi ile yapılan çalışmada; sigarayı bırakan grubun takip seans sayısının daha yüksek olduğu görülmüştür (86). Tayvan'da Huang ve arkadaşlarının 877 sigara kullanıcısıyla yaptıkları çalışmada birden fazla sigara bıraktırma poliklinik muayenesine gelen hastaların tütün ve tütün ürünlerini daha başarılı bir şekilde bıraktıkları tespit edilmiştir (41). Japonya'da orta yaşlı bireylerle yapılan bir araştırmada, sigara bırakmayı etkileyen faktörler incelenmiş ve kontrollerin durdurulmasının tedavi başarısını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (48). Birinci basamakta sigara bıraktırma müdahalelerin etkinliğinin değerlendirildiği bir araştırmada, altı ay ve daha uzun takipte olanlarda sigarayı bırakan kişi sayısının daha fazla olduğu görülmüştür (85). Çalışmamızda kontrol randevusuna gelmenin ve kontrole devam etmenin tedavi başarısını artırdığı bulunmuştur. Literatürde bu alanda yapılmış diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur

Çalışmamıza dahil edilen hastalar arasında, bupropion ve NRT kombinasyon tedavisi kullananların ortalama FNBT puanları sadece bupropion kullananlardan daha yüksek olmasına rağmen, sigara bırakma başarı oranının da daha yüksek olduğu bulundu. Kombine tedavinin ortalama FNBT puanı $7,92 \pm 1,38$ iken, bupropion kullananların $6,12 \pm 1,98$ 'di. Bupropion ve NRT birlikte kullananların sigara bıraktırma oranı %48; bupropion kullananların %28 tespit edildi. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; davranışsal tedavi ve davranışsal tedavi + farmakolojik tedavi kıyaslandığında; farmakolojik tedavi eklenmesi tedavi başarısını artırmıştır. Farmakolojik tedaviler kıyaslandığında ise en yüksek başarı bupropion ve NRT kombinasyonunda bulunmuştur. Ayrıca bupropion, nikotin replasman tedavisine göre anlamlı derecede daha başarılı bulunulmuştur (87). ABD'de 893 sigara kullanıcısı ile yapılan kontrollü bir çalışmada sadece bupropion kullananlar ile bupropion ve nikotin bandını birlikte kullananlar karşılaştırılmıştır. Bupropion ve nikotin bandını birlikte kullananlar çalışmamıza benzer şekilde en yüksek sigara bırakma oranına sahip olduğu görülmüştür (88). Randomize kontrollü bir çalışmada da, bupropion ve bupropion ile nikotin replasman tedavisini kombine kullananlar karşılaştırılmıştır. Kombine tedavi alanların tedavi başarısı %35,5 sadece bupropion kullananların tedavi başarısı ise %30,3 bulunmuştur (89). Sigarayı bırakmaya yönelik araştırmaların değerlendirildiği bir çalışmada, nikotin replasman tedavileriyle kombine edilmiş tedavilerin monoteraplere göre istatistiksel olarak daha başarılı olduğu bulunmuştur (90). Cahill ve arkadaşlarının Cochrane analizinde 101.804 kişiyi dahil edilmiş ve farmakolojik tedavileri kıyaslamışlardır. NRT ve bupropion tedavileri plasebodan üstün bulunmuştur. Bupropion ve NRT tedavileri benzer sigara bırakma başarısına sahip bulunulmuştur. Vareniklin de monoterapi şeklinde kullanılan nikotin replasman tedavisinden başarılı bulunmuştur (91). Farmakolojik tedavilerin sigara bırakma oranları daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, bupropion tedavisi kullananlarda nikotin bağımlılık düzeylerine göre tedavi başarılarında istatistiksel farklılık tespit edildi. Çok yüksek bağımlılığı olan grupla, az bağımlılığı olan grup arasında anlamlı bir fark bulundu. Bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakmak zorlaşıyordu. Bupropion ve NRT kombinasyonu kullananlarda ise bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma oranı azaldı. 615 katılımcı ile yapılan randomize kontrollü çalışmada bupropion tedavisinin etkinliğini nikotin bağımlılık seviyesinin etkilediği bulunmuştur. Düşük nikotin bağımlılığı olan katılımcıların tedavisi başarısı daha yüksek bulunmuştur (92). Brezilya'da sigara bıraktırma polikliniğinde farmakolojik tedavi alan hastalar 1 yıl takip edilmiştir. Yüksek düzey nikotin bağımlılığın, sigara bırakma tedavisinde önemli bir başarısızlık nedeni olduğu görülmüştür (93). Yaşar ve arkadaşlarının sigara bıraktırma polikliniğine başvuran 241 olguyla yaptıkları çalışmada nikotin bağımlılık düzeyi

azaldıkça tedavi başarısının arttığı tespit edilmiştir (94). İzmir’de sigara bıraktırma polikliniğine başvuran 746 kişiyle yapılan prospektif çalışmada, nikotin bağımlılığı artıkça sigara bırakmanın zorlaştığı ve relapsın arttığı tespit edilmiştir (95). Nikotin bağımlılık düzeyinin tedavi başarısına etkisi, literatürdeki araştırmalarla uyumlu bulunmuştur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda sigara bıraktırmak için farmakolojik tedavi başlanan hastalarda kontrol muayenesine gelen hastaların tedavi başarısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Farmakolojik tedavi başlanan hastalarımıza kontrol randevusu oluşturulması ve kontrol randevusuna gelmelerinin sağlanması farmakolojik tedavi başarısını artıracaktır. Hastalarımızın kontrol randevusuna gelip gelmediği takip edilerek randevusuna gelmeyen hastalar telefonla davet edilebilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Tobacco [Internet]. WHO; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [Erişim tarihi: 20.12.2023]
2. Bilir N, akır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de tütün kontrolü politikaları. World Health Organization Report. 2010. Available from: URL: <http://www.euro.who.int/documentE93038>.
3. Le Foll B, Piper ME, Fowler CD, Tonstad S, Bierut L, Lu L, et al. Tobacco and nicotine use. Nat Rev Dis Primers. 2022 Mar 24;8(1)
4. Rennard SI, Daughton DM. Smoking cessation. Clin Chest Med. 2014 Mar;35(1):165-76.
5. Arguder E, Karalezli A, Hezer H, Kilic H, Er M, Canan Hasanoglu H, et al. Factors Affecting the Success of Smoking Cessation. Tur Toraks Der. 2013 Apr 24
6. Fiore M, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med. 2008 Aug;35(2):158-76
7. Seydioğulları, M., & Eksperi, T. (2009). Dünya’da ve türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları
8. Musk AW, de Klerk NH. History of tobacco and health. Respirology. 2003 Sep;8(3):286-90.
9. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi. 2006;7(1):51-64.
10. Atam Tasdemir Z. Tobacco Products. GGHS. 2017 Feb 22;4(1):27-31.
11. İçin, H. H. S. A. T., & Serisi, B. (2016). Küresel yetişkin tütün araştırması.
12. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>. Erişim Tarihi: 17 Ocak 2024
13. Turner JR, Gold A, Schnoll R, Blendy JA. Translational research in nicotine dependence. Cold Spring Harb Perspect Med. 2013 Mar 1;3(3):a012153.
14. Uysal MA. How Does Nicotine Take You Captive? Neurobiology of Tobacco Addiction. GGHS. 2017 Feb 22;4(1):37-43.
15. McGrath-Morrow SA, Gorzkowski J, Groner JA, Rule AM, Wilson K, Tanski SE, et al. The Effects of Nicotine on Development. Pediatrics. 2020 Mar;145(3):e20191346.
16. Boztaş M, ABATAN E Sigara Bırakmada İlaç Tedavisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2013; 16(2): 110 - 119.
17. ÇELİK ZH, MORTAN SEVİ O. Sigarayı Bırakma Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020 Mar 31;12(1):54-71.
18. Hezer H, Karalezli A. The Effect of Psychological Dependence on Smoking Urge and Nicotine Withdrawal Symptoms. Ankara Medical Journal. 2019 Nov 2
19. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest. 2002 Mar;121(3):932-41
20. Erkmen Yıldırım G. Responsibility of Physician on Tobacco Addiction and Treatment: 5A 5R Approach. GGHS. 2017 Feb 22;4(1):90-6.
21. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2010

22. Şengezer, T. Sigara Bırakma Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yöntemler. GÖĞÜS HASTALIKLARI, 108.
23. Squeglia LM, Fadus MC, McClure EA, Tomko RL, Gray KM. Pharmacological Treatment of Youth Substance Use Disorders. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2019 Aug;29(7):559-72.
24. Giuliotti F, Filipponi A, Rosettani G, Giordano P, Iacoacci C, Spannella F, et al. Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated Review for Daily Clinical Practice. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2020 Oct;27(5):349-62.
25. United States Public Health Service Office of the Surgeon General, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services; 2020
26. Derneği, Türk Toraks Grubu, and Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. "Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu." 2014
27. Uzaslan E. Pharmacological Treatment in Smoking Cessation: Varenicline. GGHS. 2017 Feb 22;4(1):114-7.
28. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Apr 18;4(4):CD013308.
29. Molyneux A, Králíková E, Himmerová V. [ABC of smoking cessation. Nicotine replacement therapy]. Cas Lek Cesk. 2004;143(11):781-3.
30. Abakay A, Işık R. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi. Nikotin Replasman Tedavileri Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):104-107
31. Sahbaz S, Kilinc O. Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri. Sted. 2005;14(5):98-100
32. Wadgave U, Nagesh L. Nicotine Replacement Therapy: An Overview. Int J Health Sci (Qassim).+A31+32:95+32:61+32:63+32:65+32:98
33. Mccauley K, Hockemeyer J, Johnson R, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow R. Sigarayı bırakma motivasyonu: bir inceleme. Bağımlılık yapan davranışlar. 2006;31(1):42-56.
34. Wellman R, O'Loughlin E, Dugas E, Montreuil A, Dutczak H, O'Loughlin J. (2018). Genç erişkin sigara içenlerde sigarayı bırakma nedenleri. Bağımlılık yapıcı davranışlar. 77:28-33.
35. Argüder E, Hasanoğlu HC, Karalezli A, Kılıç H. Sigara bırakmaya eğilimi artıran faktörler. Tuberk Toraks. 2012;60(2):129-135.
36. Kayacık, E., Berktaş, Ö. A., Duysak, L., & Bayır, Y. (2017). Sigarayı bırakan kişilerde bırakma sebepleri. Bağımlılık Dergisi, 18(4), 112-121.
37. Melzer A, Feemster L, Crothers K, Carson S, Gillespie S, Henderson A, Krishnan J, Lindenauer P, McBurnie M, Mularski R, Naureckas E, Pickard A, Au D. (2016). Solunum ve Bronşitik Semptomlar Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan ve Risk Altındaki Halihazırda Sigara İçenlerde Sigarayı Bırakma Niyetini Tahmin Ediyor. Annals of the American Thoracic Society. 13(9):1490-6.
38. Lee C, Kahende J. (2007). Amerika Birleşik Devletleri'nde sigarayı başarılı bir şekilde bırakmayla ilişkili faktörler, 2000. American Journal of Public Health. 97(8):1503-9.
39. Arancini L, Borland R, Grande M, Mohebbi M, Dodd S, Dean O, Berk M, McNeill A, Fong G, Cummings K. (2021). Sigarayı Bırakma Girişimleri ve Bırakma Başarısının Belirleyicisi Olarak Yaş - ITC 4 Ülke Araştırmasından Bulgular (2002-2014). Bağımlılık
40. Kim Y, Lee J, Cho W. (2021). Yaş Grubuna Göre Başarılı Sigarayı Bırakmayla İlişkili Faktörler: 11 Yıllık Kore Ulusal Araştırmasının Bulguları. Uluslararası Çevre Araştırmaları ve Halk Sağlığı Dergisi. 18
41. Huang WH, Hsu HY, Chang BC, Chang FC. Factors Correlated with Success Rate of Outpatient Smoking Cessation Services in Taiwan. Int J Environ Res Public Health. 2018 Jun 10;15(6):1218
42. Marqueta A, Nerín I, Gargallo P, Beamonte A. Gender differences in success at quitting smoking: Short- and long-term outcomes. Adicciones. 2016 Jun 14;29(1):13-21.

43. Whitlock E, Vogt T, Hollis J, Lichtenstein E. (1997). Cinsiyet, klinik bazlı kısa bir sigara müdahalesine verilen yanıtı etkiler mi? *Amerikan Koruyucu Tıp Dergisi*. 13(3):159-66
44. Killen J, Fortmann S, Varady A, Kraemer H. (2002). Erkekler sigarayı bırakma denemelerinde kadınlardan daha iyi performans gösteriyor mu? Belki, ama çok fazla değil. *Deneyel ve Klinik Psikofarmakoloji*. 10(3):295-301.
45. Chatkin JM, Abreu CM, Blanco DC, Tonietto R, Scaglia N, Wagner MB, et al. No gender difference in effectiveness of smoking cessation treatment in a Brazilian real-life setting. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006 May;10(5):499-503.
46. Esmer B, Sengezer T, Aksu F, Özkara A, Aksu K. Clinical, sociodemographic and tobacco-use factors associated with smoking cessation rates at three years follow-up, Ankara, Turkey. *Tob Prev Cessat*. 2019;5:47
47. Waldron I, Lye D. (1989). Aile rolleri ve sigara içme. *Amerikan Koruyucu Tıp Dergisi*. 5(3):136-41.
48. Oshio T. Association between successful smoking cessation and changes in marital and job status and health behaviours: evidence from a 10-wave nationwide survey in Japan. *BMC Public Health*. 2018 Aug 22;18(1):1051.
49. Wetter, D., Cofta-Gunn, L., Irvin, J., Fouladi, R., Wright, K., Daza, P., Mazas, C., Cinciripini, P., & Gritz, E. (2005). Eğitim ve sigarayı bırakma arasındaki ilişki nedir? *Koruyucu hekimlik*, 40(4), 452-460.
50. Droomers, M., Schrijvers, C., & Mackenbach, J. (2002). Eğitim düzeyi düşük insanlar neden sigara içmeye devam ediyor? *Boylamsal GLOBE çalışmasından açıklamalar. Sağlık psikolojisi: Sağlık Psikolojisi Bölümü'nün resmi dergisi, Amerikan Psikoloji Derneği*, 21(3), 263-272.
51. Janson C, Künzli N, de Marco R, Chinn S, Jarvis D, Svanes C, et al. Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J*. 2006 Mar;27(3):517-24.
52. Luu NM, Tran TTH, Luong NK, Phan TH, Phan VC, Khuong QL, et al. Smoking Cessation, Quit Attempts and Predictive Factors among Vietnamese Adults in 2020. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2023 May 1;24(5):1701-10.
53. Fagan, P., Shavers, V., Lawrence, D., Gibson, J., & Ponder, P. (2007). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki işsiz yetişkinler arasında sigara içme ve bırakma davranışları. *Nikotin ve tütün araştırması: Nikotin ve Tütün Araştırmaları Derneği'nin resmi gazetesi*, 9(2), 241-248
54. Monsó E, Campbell J, Tønnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control*. 2001 Jun;10(2):165-9.
55. Nargis N, Yong HH, Driezen P, Mbulo L, Zhao L, Fong GT, et al. Socioeconomic patterns of smoking cessation behavior in low and middle-income countries: Emerging evidence from the Global Adult Tobacco Surveys and International Tobacco Control Surveys. *PLoS One*. 2019;14(9):e0220223
56. Barnes, G., Vulcano, B., & Greaves, L. (1985). Sigarayı bırakmada başarılı sonucu etkileyen özellikler. *Uluslararası bağımlılık dergisi*, 20(9), 1429-1434.
57. Vidrine, J., Reitzel, L., & Wetter, D. (2009). Tütünün kanser sağlığı eşitsizliklerindeki rolü. *Güncel Onkoloji Raporları*, 11, 475-481
58. İpek E. Türkiye'de alkol katılım ve tüketim kararları üzerine ampirik bir çalışma. *Sosyoekonomi*. 2019;27(41):57-71.
59. Dikmen, N. (2005). Türkiye'de sigara tüketimi ve tüketimi etkileyen değişkenler üzerine bir model çalışması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(1), 1-19
60. Erdem F, Altun M, Üçüncü E, Kiraz HD, Arıca S. Aile Hekimliği Polikliniğinde Sigara Bırakma Durumunun Değerlendirilmesi. *TJFMPC*. 2021;15(4):707-714.
61. Solak ZA, Göksel T, Erdiç E, Üstün H. Sigara ile ilişkili ciddi akciğer hastalığı olanların sigara içen yakınlarında sigara bırakma tedavisinin başarısı. *Turk Thorac J*. 2002;3(3):248-252.
62. Wu L, He Y, Jiang B, Zhang D, Tian H, Zuo F, et al. Very brief physician advice and supplemental proactive telephone calls to promote smoking reduction and cessation in Chinese male smokers with no intention to quit: a randomized trial. *Addiction*. 2017 Nov;112(11):2032-40

63. Lancaster, T., & Stead, L. (2004). Sigarayı bırakmak için doktor tavsiyesi. Sistematik derlemelerin Cochrane veri tabanı, 4, CD000165
64. Gao, X., Shen*, F., Li, S., Zhang, R., Jiang, W., Li, B., & Wang, R. (2022). Çin'in Şanghai kentinde mevcut sigara içenler arasında tütün sigarasını bırakma konusunda varsayılan doktor tavsiyelerinin tahmini etkisi: Kesitsel bir çalışma. Tütün Kaynaklı Hastalıklar, 20
65. Yong, L., Luckhaupt, S., Li, J. ve Calvert, G. (2014). ABD çalışan nüfusunda sigarayı bırakmaya ilgi, bırakma girişimi ve son zamanlarda sigarayı bırakma, 2010. Mesleki ve Çevresel Tıp , 71, 405 - 414
66. Shiffman S. Dynamic influences on smoking relapse process. J Pers. 2005 Dec;73(6):1715-48.
67. van den Brand FA, Nagtzaam P, Nagelhout GE, Winkens B, van Schayck CP. The Association of Peer Smoking Behavior and Social Support with Quit Success in Employees Who Participated in a Smoking Cessation Intervention at the Workplace. Int J Environ Res Public Health. 2019 Aug 8;16(16):2831
68. Osler, M., & Prescott, E. (1998). Başarılı sigarayı bırakmanın psikososyal, davranışsal ve sağlık belirleyicileri: Danimarkalı yetişkinler üzerinde uzunlamasına bir çalışma. Tütün Kontrolü, 7, 262-267.
69. Gilpin, E., Messer, K., & Pierce, J. (2006). Sigarayı bırakmaya yönelik farmasötik yardımların popülasyon etkinliği: Artan başarı ile ne ilişkilidir? Nikotin ve tütün araştırması: Nikotin ve Tütün Araştırmaları Derneği'nin resmi gazetesi, 8(5), 661-669
70. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. Tob Control. 1997;6 Suppl 2(Suppl 2):S57-62
71. Halpern, M., & Warner, K. (1993). Sigarayı bırakma motivasyonları: Başarılı sigarayı bırakanlar ve başarısız olanların karşılaştırılması. Madde bağımlılığı dergisi, 5(3), 247-256
72. Curry, S., Wagner, E., & Grothaus, L. (1990). Sigarayı bırakmak için içsel ve dışsal motivasyon. Danışmanlık ve klinik psikoloji dergisi, 58(3), 310-316
73. Deniz Oytun E. Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuranlarda, Sigara Bırakma Nedeninin Bırakma Başarısına Etkisi [tıpta uzmanlık tezi]. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi; 2022
74. Partos, T., Borland, R., Yong, H., Hyland, A., & Cummings, K. (2013). Sigarayı bırakmanın inişli çıkışlı durumu: yakın zamandaki bırakma geçmişi gelecekteki bırakma sonuçlarını nasıl etkiliyor (Uluslararası Tütün Kontrolü 4 ülkeli kohort çalışmasından elde edilen veriler). Nikotin ve Tütün Araştırması: Nikotin ve Tütün Araştırmaları Derneği'nin resmi gazetesi, 15(9), 1578-87
75. Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilsenan, A., Coste, F., & West, R. (2009). Sigarayı bırakma girişimleri ve nüksetme: ATTEMPT kohort çalışmasından elde edilen başarı veya başarısızlıkla ilişkili faktörler. Bağımlılık yapan davranışlar, 34(4), 365-73
76. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. Respir Med. 2005 Oct;99(10):1303-10
77. Khuder, S., Dayal, H., & Mutgi, A. (1999). Sigaraya başlama yaşı ve sigarayı bırakmaya etkisi. Bağımlılık yapan davranışlar, 24(5), 673-7.
78. Chen, J., & Wj, M. (1998). Sigaraya başlama yaşı: bırakmanın sonuçları. Sağlık raporları, 9(4), 39-46 (İng); 39-48 (Fre).
79. Abdolahinia A, Sadr M, Hessami Z. Correlation between the age of smoking initiation and maintaining continuous abstinence for 5 years after quitting. Acta Med Iran. 2012;50(11):755-9
80. Orleans, C. T., Rimer, B. K., Cristinzio, S., Keintz, M. K., & Fleisher, L. (1991). Yaşlı sigara içenlere yönelik ulusal bir araştırma: Büyüyen bir nüfusun tedavi ihtiyaçları. Sağlık Psikolojisi, 10(5), 343-351.
81. Holm M, Schiöler L, Andersson E, Forsberg B, Gislason T, Janson C, et al. Predictors of smoking cessation: A longitudinal study in a large cohort of smokers. Respir Med. 2017 Nov;132:164-9.
82. 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 Feb 23;271(8):589-94.
83. Lundberg, O., Rosén, B., & Rosén, M. (1991). Sigarayı kim bıraktı? İsveç'teki yaşam koşullarına ilişkin bir panel araştırmasının sonuçları. Sosyal bilimler ve tıp, 32(5), 619-22.

84. Sağlık, T. V. (2007). Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. *Toraks dergisi*, 8(2), 110-114.
85. Lindson N, Pritchard G, Hong B, Fanshawe TR, Pipe A, Papadakis S. Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Sep 6;9(9):CD011556.
86. Zeren, O., İlknur, D., Rumeysa, D., & Günher, A. (2022). 65 Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Sigarayı Bırakma Tedavisi Başarısının ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Klinik Gerontolog*, 46, 424-432
87. Onen ZP, Sen E, Eriş Gülbay B, Oztürk A, Akkoca Yıldız O, Acıcan T, et al. [Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates]. *Tuberk Toraks*. 2010;58(4):385-92.
88. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1999 Mar 4;340(9):685-91
89. Capperelli JC, Fiore MC, Smith SS, Jaffee AS, Nowakowski ME, Billiger JF, et al. (1999). Sigarayı bırakmak için sürekli salınan bupropion, nikotin bandı veya her ikisinin kontrollü bir denemesi. *The New England tıp dergisi*, 340(9), 685-91.
90. Shah SD, Wilken LA, Winkler SR, Lin SJ. Systematic review and meta-analysis of combination therapy for smoking cessation. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2008;48(5):659-65.
91. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;2013(5):CD009329
92. Dale L, Glover E, Sachs D, Schroeder D, Offord K, Croghan I, Hurt R. Sigarayı bırakmak için bupropion: başarılı sonucun belirleyicileri. *Göğüs*. 2001;119(5):1357-64
93. Chatkin JM, Mariante de Abreu C, Haggström FM, Wagner MB, Fritscher CC. Abstinence rates and predictors of outcome for smoking cessation: do Brazilian smokers need special strategies. *Addiction*. 2004 Jun;99(6):778-84
94. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. *Eurasian J Pulmonol*. 2014;16(2):99-104.
95. Pekel, Ö. (2012). Balçovada sigara bırakma merkezinde bir yıllık bırakma hızı ve nikotin bağımlılık düzeyinin yeniden başlamaya etkisi. *Journal of Smoking Cessation*, 7(3), 123-135

EKLER

EK 1: SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ İLK BAŞVURU KAYDI FORMU

 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ	OLGU RAPOR FORMU SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ İLK BAŞVURU KAYDI FORMU
---	---

Tarih:

Protokol No:

Telefon Numarası:

Yaş:

Cinsiyet : 1) Kadın 2) Erkek

Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar

Eğitim Durumu : 1) Okur yazar değil 2) İlkokul 3) Lise 4) Yüksekokul ve üzeri

Çalışıyor musun? 1) Evet 2) Hayır

Gelir düzeyi : 1) 0-10000TL 2) 10.000 -20.000 TL 3) 20.000-30.000 TL
4) 30.000 TL ve üzeri

Kronik hastalık: 1) Var 2) Yok

Kronik hastalık var ise :

A) Hipertansiyon B) Kroner arter hastalığı C) Hiperlipidemi

D) Diyabet E) Astım F) KOAH

G) Kanser H) Periferik arter hastalığı I) Psikiyatrik has

İ) Diğer

Doktor önerisi aldınız mı? 1) Evet 2) Hayır

Başvuru : 1) Doktor önerisi 2) Kendi isteğiyle

*** Sigara bırakmaya karar vermekte etkili olan en önemli nedeniz:

- Hasta olma endişesi
- Maddi(ekonomik) nedenler
- Hastalığım nedeniyle
- Yakınlarının öneri ve teşvikleri
- Doktor tavsiyesi
- Solunumsal şikayetlerinden dolayı:
- Kokusundan rahatsız oluyorum
- Çevremdeki insanların hasta olma endişesi
- Bağımlılıktan kurtulmak istediği için
- Diğer.....

EK 1 (Devam): SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ İLK BAŞVURU KAYDI FORMU

SİĞARA KULLANIM ÖYKÜSÜ

- Sigaraya başlama yaşı:.....
- Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz:.....
- Bir günde kaç adet sigara kullanıyorsunuz:.....
- Alkol kullanımı : 1) Var 2) Yok
- Madde kullanımı : 1) Var 2) Yok
- Çalışıyorsa,işyerinde sigara içiliyor mu? 1) Evet 2) Hayır
- Evde sigara içen başka birisi var mı? 1) Evet 2) Hayır
- Daha önce sigara bırakmayı denemiş mi ? 1) Evet 2) Hayır
- En uzun ne kadar süre sigarayı bırakıldınız?.....
- Farmakolojik tedavi aldınız mı? 1) Evet 2) Hayır
- Evet ise

A) Bupropion

B) Vareniklin

C) NRT ve türevleri

FNBT puanı:

A) 0-2: Çok az bağımlılık

B) 3-4: Az bağımlılık

C) 5: Orta derecede bağımlı

D) 6-7: Yüksek bağımlılık

E) 8-10: Çok yüksek bağımlılık

- Başlanan Tedavi:

A) Bupropion

B) NRT

C) Bupropion+NRT

EK 2: FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

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

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

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

EK 3: KONTROL TAKİP FORMU

 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ	KONTROL TAKİP FORMU
---	----------------------------

Protokol no:

Sigara bıraktırma polikliniğimizde hangi tedavi önerildi?

A) Bupropion B) NRT C) Bupropion+NRT

Hangi tedavi veya tedavileri kullandınız?

A) Bupropion B) NRT C) Bupropion+NRT

Önerilen tedaviye neden başlamadınız?

- İlaç arzında problem
- Ekonomik nedenlerle
- Motivasyonsuzluk
- Yan etki yapmasından çekindiği için
- Etki edeceğini düşünmediği için
- Diğer.....

Ne kadar süre tedaviye devam ettiniz ?.....

Tedaviye devam ettirme nedeniz?.....

- Yan etki nedeniyle
- Motivasyonsuzluk
- Ekonomik nedenlerle
- Tedaviye ulaşımında problem
- Tedavinin etki etmediğini düşündüğü için
- Sigarayı bıraktığı için
- Aşırı sigara içme isteği
- Diğer

Sigarayı bırakabildiniz mi?

A) Evet B) Hayır

Sigara bırakma gününüz: (tedavinin kaçınıcı günü):

Sigara bıraktırma polikliniğine kontrole geldiniz mi?

A) Evet B) Hayır

EK 3 (Devam): KONTROL TAKİP FORMU

Evet ise kaç kez geldiniz?.....

*kullandığınız tedavide yan etki yaşadınız mı? A) Evet B) Hayır

EVET İSE YAŞADIĞINIZ YAN ETKİLER:

- Uykusuzluk
- Ağız kuruluğu
- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Çarpıntı
- Bulantı/kusma
- İshal
- Deride kızarıklık/kaşıntı
- Ajitasyon
- Nöbet
- Depresif bulgular
- Kötü rüya
- Diğer

Yan etkilerden dolayı tedaviyi kestiniz mi? A) Evet B) Hayır

SİGARAYI BIRAKTIYSA :

Hiç kaçamak oldu mu? A) Evet B) Hayır

Sigara içme isteği oluyor mu? A) Evet B) Hayır

Sigarayı bıraktıktan sonra bu olumsuzluklardan birini yaşadınız mı?

- Huzursuzluk-gerginlik-sinirlilik
- Uykusuzluk
- Baş ağrısı
- Kabızlık
- Ağız kuruluğu
- İştah artışı
- Aşırı sigara içme isteği
- Ağızda yara

Bu dönemde önemli yaşam olayı oldu mu? (Boşanma/ölüm/iflas)

A) Evet B) Hayır

EK 3 (Devam): KONTROL TAKİP FORMU

SİGARAYI BIRAKAMAMA NEDENİ NEDİR?

A) Aşırı sigara içme isteği

B) İlaç teminde sorun

C) Çevre etkisi

D) ilaç yan etkisi

E) motivasyonel eksiklik

F) iştah artışı/kilo alma

H) önemli yaşam olayı((Boşanma/ölüm/iflas)

ı) diğer

Bir günde ne kadar sigara içiyorsunuz?/PAKET/GÜN

Tekrar sigara bıraktırma polikliniğine başvurmayı düşünüyor musunuz?

A) Evet b) Hayır

EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli hastamız...

Hastanemiz sigara bıraktırma polikliniğinde yapılmakta olan bu çalışmada, Sigara bıraktırma tedavisinde kullanılan farmakolojik tedavilerinin sigara bıraktırma üzerinde başarısını değerlendirmek ve etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla hekiminiz tarafından kronik hastalıklarınız, sosyodemografik özelliklerinizle ilgili bilgileri içeren Sigara Bıraktırma Polikliniği İlk Başvuru Kaydı Formu'ndaki anket doldurulacaktır. Tedavi başladıktan 3 ay sonra telefon ile sizinle iletişime geçilip tedaviye uyum, yan etkiler ve sigara bırakma durumunuzla ilgili bilgileri içeren Kontrol Takip Formu doldurulacaktır.

Sigara Bıraktırma Polikliniği İlk Başvuru Kaydı Formu ve Kontrol Takip Formu 23'er sorudan oluşmaktadır ve yaklaşık 5'er dk sürmektedir.

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

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

24 saat ulaşılabilir Dr. Hasan Özcan DEMİR

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

EK 5: ETİK KURUL ONAY FORMU

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU					
SAYI:		Tarih: 12.04.2023			
KONU: Etik Kurulu Kararı					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sigara Bıraktırma Polikliniğinde Farmakolojik Tedavi Başlanan Hastaların Tedavi Başarılarının 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			
	FAXS	216 565 55 26			
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu- Dr. Hasan Özcan Demir- Dr. Furkan Alp Eren-			
	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 TORU	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	Versiyon 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 ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/0246	Tarih: 12.04.2023			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın 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.				

EK 5 (Devam): ETİK KURUL ONAY FORMU

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

Tarih: 12.04.2023

SAYI:
 KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Biraktırma Polikliniğinde Farmakolojik Tedavi Başlanan Hastaların Tedavi Başarılarının Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☐	☒	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☒	☐	☐	☒	
Dr Öğretim Üyesi Ergül Demirçivi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	☒	☐	☐	☒	☒	☐	
Saliha Şahin	İşçi		☐	☒	☐	☒	☒	☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

EK 6: İNTİHAL RAPORU

The similarity index by Turnitin			
ORIGINALITY REPORT			
8%	8%	1%	3%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	acikbilim.yok.gov.tr Internet Source		3%
2	dergipark.org.tr Internet Source		1%
3	tip.medeniyet.edu.tr Internet Source		<1%
4	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Student Paper		<1%
5	www.halksagligiokulu.org Internet Source		<1%
6	Submitted to Ege Üniversitesi Student Paper		<1%
7	Submitted to (school name not available) Student Paper		<1%
8	doczz.net Internet Source		<1%
9	acikerisim.isikun.edu.tr:8080 Internet Source		<1%