



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN SİGARA İÇME ARZUSU ve SİGARA
BIRAKMA YORGUNLUĞU İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Ersin İSTEK

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

Haziran, 2020

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN ORANLARININ SİĞARA İÇME ARZUSU ve
SİĞARA BIRAKMA YOĞUNLUĞU İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Ersin İSTEK
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin MUTLU

İSTANBUL

Haziran, 2020

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Ersin İSTEK'in hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SİGARA İÇME ARZUSU ve SİGARA BIRAKMA YORGUNLUĞU İLE İLİŞKİSİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İMZA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin MUTLU

.....

Üyeler

Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

.....

Doç. Dr. Ekrem ORBAY

.....

Tez Savunma Tarihi: 15/06/2020

Yazar Bildirimi

“SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN SİĞARA İÇME ARZUSU ve SİĞARA BIRAKMA YORGUNLUĞU İLE İLİŞKİSİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Ersin İSTEK;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları "Bilgilendirme" bölümünde 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, 2020

Dr. Ersin İSTEK

İmza:

Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.

- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu tez herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.

Dr. Ersin İSTEK



Teşekkür

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içinde eğitimime katkıda bulunan tüm değerleri hocalarıma;

Asistanlığa başladığım günden itibaren ve her çalışmamda desteğini esirgemeyen aynı zamanda tez danışmanım olan değerli hocam Dr Öğretim Üyesi Hasan Hüseyin Mutlu'ya;

Uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, yardımlarını esirgemeyen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Mehmet Sargın'a;

Asistanlık sürecinde bana destek olan ve bu sürecin verimli ve keyifli geçmesini sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma;

Desteğini asla esirgemeyen sevgili eşim Sonay İstek ve beni sabırla bekleyen oğlum Çınar'a;

Bugünlere ulaşmamı sağlayan annem Hanife İstek ve babam İbrahim İstek ile değerli kardeşim Demet İstek'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım

Dr. Ersin İSTEK

Özet

SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SİĞARA BIRAKMA ORANLARININ SİĞARA İÇME ARZUSU ve SİĞARA BIRAKMA YORGUNLUĞU İLE İLİŞKİSİ

AMAÇ: Sigara tüm dünyada bilinen ve ispatlanmış en önemli sağlık sorunlarından biridir. Amacımız; sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sigara bırakma yorgunluğu ve sigara içme arzusu arasındaki ilişkileri ve tedaviyi kolaylaştırıcı ölçekleri araştırmak, polikliniğe başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve sigara içme alışkanlıklarını ölçmektir.

YÖNTEM: Çalışmamıza İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne Mayıs - Kasım 2019 tarihleri arasında başvuran hastalar arasından 302 erkek ve 303 kadın hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Dosyalarında kayıtlı olan sosyodemografik verileri, sigara kullanım alışkanlıkları, FNBT sonuçları, HAD, sigara içme arzusu ve sigara bırakma yorgunluğu ölçeklerinin sonuçları kaydedilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, duygudurum ölçek skorları, bağımlılık düzeyleri ile ilişki incelenmiştir.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 39.14 ± 11.81 yaş. sigaraya başlama yaşı ortalaması 17.92 ± 4.73 yaş, içilen günlük sigara miktarı ortalaması 24.53 ± 10.29 (median=20) sigaradır. Hastaların %33.1'inde kronik hastalığı mevcuttur. Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği puanı ortalaması 7.59 ± 4.11 (median=7), Beck Depresyon Ölçeği puanı ortalaması 6.32 ± 3.79 (median=6), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ortalaması 6.44 ± 2.42 (median=7), Sigara İçme Arzusu Anketi puanı ortalaması 39.2 ± 15.61 (median=40), Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı ortalaması 16.85 ± 6.22 (median=17), Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı ortalaması 8.29 ± 3.18 (median=8) ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı ortalaması 18.11 ± 3.82 idi.

SONUÇ: Çalışmamızda, hastaların nikotin bağımlılık düzeylerinin yüksek olması sigarayı bırakma tedavisini zorlaştırdığı görülecektir. Ölçekler, Testler ve Anketler sigara bırakma tedavisinin seyrinde bize yol gösterici olacaktır. Bu sayede, hastaların tedavi uyumu arttıracak ve hastalara daha

Özet

sık motivasyonel görüşme ile bırakma başarısını artırmamızı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, anksiyete-depresyon, sigara içme arzusu, sigara bırakma yorgunluğu.



Abstract

RELATIONSHIP BETWEEN THE DESIRE TO SMOKE AND SMOKING CESSATION FATIGUE OF PATIENTS WHO APPLIED TO THE SMOKING CESSATION OUTPATIENT CLINIC

OBJECTIVE: Smoking is one of the most important health problems that are known and proven all over the world. Our aim is to investigate the relationship between smoking cessation fatigue and the desire to smoke and the scales that are made the treatment easier, to evaluate the sociodemographic features and habits of cigarette smoking of the patients who applied to the outpatient clinic.

METHODS: 302 male and 303 female patients were included in the study among the patients who applied to Istanbul Medeniyet University-Göztepe Training and Research Hospital-Family Practice- Smoking Cessation Outpatient Clinic between May and November 2019. The results of the sociodemographic datas, smoking habits, FNBT results, HAD, smoking desire and smoking cessation scales' results that were registered to their files were recorded. The relationship between the patients' sociodemographic features, scores of the Profile of Mood State, and addiction levels was examined.

RESULTS: The average age of the patients was 39.14 ± 11.81 years. The average age to start smoking is 17.92 ± 4.73 years and the average amount of cigarettes smoked is 24.53 ± 10.29 (median = 20) cigarettes. Chronic illness is present in 33.1% of the patients. These patients' Average Beck Anxiety Inventory score is 7.59 ± 4.11 (median = 7), Average Beck Depression Inventory score is 6.32 ± 3.79 (median = 6), Average Fagerström Test score for Nicotine Dependence is 6.44 ± 2.42 (median = 7), Average the questionnaire on Smoking Urges score is 39.2 ± 15.61 (median = 40), average Smoking Cessation Fatigue Survey-Emotional score is 16.85 ± 6.22 (median = 17), Average Smoking Cessation Fatigue Survey-Pessimism score is 8.29 ± 3.18 (median = 8) and Average Smoking Cessation Fatigue Survey-Devaluation score is 18.11 ± 3.82 .

CONCLUSION: In our study, it will be seen that patients' high nicotine dependence levels complicated treatment of smoking cessation. Tests,

Abstract

Inventories and Surveys will guide us in the course of quitting the treatment. We think that this study will increase the compliance of the patients and increase the success of smoking cessation with more frequently motivational interviews

Keywords: Smoking cessation, anxiety-depression, desire to smoke, smoking cessation fatigue.



İçindekiler

Şekil Listesi	xi
Tablo Listesi	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNÜ NEDİR	3
2.1.1 Tütünün Dünyada ve Türkiye’de tarihçesi	3
2.2. DÜNYA’DA VE TÜRKİYE’DE TÜTÜN EPİDEMİYOLOJİSİ	4
2.3. SİGARANIN İÇERİĞİ	4
2.4. SİGARANIN İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ	5
2.5. NİKOTİNİN FARMKOLOJİK ÖZELLİKLERİ	6
2.6. NİKOTİN BAĞIMLILIĞI	7
2.7. PASİF SİGARA MARUZİYETİ	8
2.8. SİGARANIN EKONOMİK ETKİLERİ	9
2.9. TÜTÜN KONTROLÜ	10
2.10. SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ	12
2.11. FARMAKOLOJİK AJANLAR	15
2.11.1. Nikotin Replasman Tedavisi	15
2.11.2. Bupropion	16
2.11.3. Vareniklin	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. ÇALIŞMA	18
3.2. TANIMLAR	19
3.3. ARAŞTIRMANIN BAĞIMZSIZ DEĞİŞKENLERİ VE ÖLÇÜTLERİ	20

4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	50
5.1. TARTIŞMA	50
5.2. SONUÇ	53
Kaynaklar	55
Etik Kurul Onay Formu	63
Sigara Bıraktırma Polikliniği Formu	66
Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	68
Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği	69
Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği	70
Sigara İçme Arzusu Ölçeği	71

Şekil Listesi

4.1. Sigara içmeyi tetikleyen durumlar	26
4.2. Sigarayı bırakmak denendiğinde karşılaşılan güçlükler (%) ...	27
4.3. Sigarayı bırakma isteme nedenleri (%)	28



Tablo Listesi

2.1.	Sigarada bulunan kimyasal maddeler.....	5
2.2:	5A (5Ö) stratejileri.....	13
2.3:	5R (TERKET) modeli.....	14
2.4:	Nikotin replasman tedavisinde kullanılan nikotin formları...	16
4.1:	Sosyodemografik ve klinik özellikler	23
4.2:	Sigara kullanım özellikleri ve alkol kullanım durumu	25
4.3:	Hastaların ortalama değerleri	29
4.4:	Ölçek, test ve anket puanları.....	30
4.5:	Hastaların özelliklerine göre Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları	32
4.6:	Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları ile korelasyon	33
4.7:	Hastaların özelliklerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları.....	35
4.8:	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ile korelasyon.....	36
4.9:	Hastaların özelliklerine göre Sigara İçme Arzusu Anketi puanları	38
4.10:	Sigara İçme Arzusu Anketi puanı ile korelasyon	39
4.11:	Hastaların özelliklerine göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi puanları	42
4.12:	Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi puanları ile korelasyon .	47
4.13:	Ölçek, anket ve test puanlarının birbirleri ile korelasyonu ...	49

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	Adrenokortikotropik hormon
ÇSD	Çevresel Sigara Dumanı
DSM-V	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç İdaresi)
FNBT.....	Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi
KYTA.....	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
LDL	Serum Düşük Dansiteli Lipoprotein
M-POWER.....	Küresel Tütün Kontrolü İçin Politika Paketi
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
NRT.....	Nikotin Replasman Tedavisi
TAPDK.....	Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasa Düzenleme Kurulu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	Vücut Kitle İndeksi

GİRİŞ ve AMAÇ

Tütün kullanımı tüm dünyada mortalite ve morbidite açısından önlenabilir sağlık en önemli nedenlerinden biridir [1]. Tütün kullanımının yol açtığı çeşitli hastalıklardan dolayı dünyada her yıl 5 milyondan fazla kişinin ölümü ile sonuçlanmaktadır[2]. Türkiye’de senede 125 bin civarında kişinin sigaraya bağlı direkt ve indirekt nedenlerden dolayı hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. [2]. 21. Yüzyılda 1 milyar insanın tütün kullanımı nedeniyle hayatın kaybedeceği öngörülmektedir [1]. Tütün kullanımı, beklenen yaşam süresini 15 yıl civarında kısalttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. [3]. Türkiye’de yapılan araştırmalarda toplumun yaklaşık %24,7’sinin tütün ve tütün mamulü kullanmaktadır[4]. TÜİK’in yaptığı 2016 Sağlık Araştırması verilerine göre ise 15 yaş üzeri nüfusta her gün sigara içenlerin yüzdesi erkekte %40,1’i kadında %13,3’ü ve toplamda %26,5’i olarak bulunmuştur.[5] 2000-2025 yılları arasında dünyada 150 milyon insan sigara ve sigara ilişkili nedenlerden yaşamını kaybedeceği tahmin edilmektedir. 2025-2050 yılları arasında bu rakamın 300 milyona çıkması ve 2050 ile 2100 seneleri arasında yarım milyardan fazla insanın sigara sebebiyle hayatını kaybetmesi beklenmektedir. Sonuç olarak 21. yüzyılda bir önceki yüzyıla göre on misli artarak 1 milyardan fazla insan yaşamını sigara sebebiyle hayatını kaybedecektir[6].

Sigara dumanı 4000’den fazla kimyasal madde içermektedir. Bunlardan en az 250’sinin insan sağlığına zararlı ve 80’den civarında kanserojendir. Bu maddelerden bilinen en zararlısı nikotindir, nikotin en önemli bağımlılık yapan maddelerden biridir ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen uluslararası hastalıkların sınıflaması (ICD-10)’na ve DSM IV-TR’ye göre nikotin bağımlılığı hastalık sınıflamasına alınmıştır[7]. Sigara içme veya sigara dumanının solunması zaman içerisinde güçlü psişik ve zayıf fiziksel bağımlılık yapar. Tütünde ana bağımlılık oluşturan maddenin nikotin olduğunu farmakolojik kanıtlarla tespit edilmiştir. Sigaradaki nikotinin bağımlılıktan sorumlu tutulma sebepleri arasında uyarıcı (psikoaktif) oluşu ve pozitif pekiştireç (keyif verici) etkisi, sigara harici alınan nikotinin de

bağımlılık yapması ve nikotini azaltılmış sigaraların daha az tercih edilmesi buna örnek gösterilebilir[8, 9].

Bu araştırmanın amacı hastanemizde sigaraya polikliniğine başvuran hastaların sigara bırakma oranlarını ve bunu etkileyen faktörleri tespit etmek ve Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara Bırakma Oranlarının Sigara İçme Arzusu ve Sigara Bırakma Yorgunluğu ile ilişkisini belirlemektir.



GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNÜ NEDİR

Bitkiler sistematğinde patlıcangiller familyasında (solanaceae) yer alan tütün (nicotiana) anavatanı Güney Amerika olan bir bitki türüdür[10]. Ticari olarak bitkinin en değerli bölgesi yaprağıdır, bununla birlikte bitkinin en çok yararlanılan kısmıdır. Tütün yaprağının kimyasal yapısında bulunan organik azotlu bir madde olan “nikotin”dir.[10]

2.1.1 Tütünün Dünyada ve Türkiye’de tarihçesi

Amerika’nın keşfinden sonra ilk önce İspanya ve Portekiz, sonra da diğer Avrupa ülkelerinde kullanılmaya başlanmıştır. Bilim insanları tütünün bazı hastalıkları iyi gelebileceğini varsayarak hem tütün yetiştirmişler hem de kendileri tütün tüketmişlerdir. Bilim insanlarının bu yaklaşımı tütünün tüm Avrupa’da kullanımının yaygınlaşmasında önemli bir işlev görmüşlerdir. Amerika’nın keşfinden sadece asır sonra tütün tüm Avrupa’nın tamamına, Uzak Doğu, İç Asya, Sibirya, Hindistan ve Afrika’ya kadar yayılmış ve yaygın ticareti yapılan bir bitki haline almıştır. Osmanlı topraklarına ise ilk olarak İngiliz, Venedik ve İspanyol tüccarlar tarafından getirilmiş. Takip eden yıllar içerisinde Osmanlı topraklarında tütün yetiştiriciliği ilk olarak Makedonya, Yenice ve Kırcaali’de başlamıştır[11]. 1874 yılında tütün kıyma imalathaneleri kurulmuş, sigara yapımı da devlet tekeline olmuştur. İlk sigara fabrikası İstanbul’da Cibali semtinde kurulmuştur. Cumhuriyet döneminde tütün serbestisi tütün tekeli kurulması ile sona ermiştir, 1938 senesinde de sigara fabrikaları tamamen devlet tarafından kurulup geliştirilen bir sanayi haline almıştır. Bu kapsamda birçok şehirde sigara fabrikaları açılmıştır, 1986 yılından çıkarılan yasa ile sigara devlet tekeline çıkarılarak üretim ve pazarlaması serbest piyasa ekonomisine uygun hale getirilmiştir[12].

2.2. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE TÜTÜN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyada yaklaşık 5 milyon civarında insanın doğrudan ve dolaylı olarak ölümünden sigara sorumludur. Önlem alınmazsa 2030 yılında bu sayının 8 milyon civarına olacağı tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde olacağı düşünülmektedir[13]. Dünya genelinde 15 yaş üstü nüfusta tütün kullanan sayısı yaklaşık 942 milyon erkek ve 175 milyon kadın olduğu ve bunların büyük çoğunluğu orta ve düşük gelirli ülkelerdedir[4]. Orta gelir grubu ülkelerdeki tütün kullanan erkek nüfusu en büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Dünyada en yüzde olarak en çok sigara içilen ilk beş ülke sırasıyla Kiribati, Karadağ, Yunanistan, Doğu Timur ve Rusya'dır. Türkiye bu sıralamada kırkıncıdır[4]. Türkiye'de 2012 yılında yapılan küresel yetişkin tütün araştırma sonucuna göre Türkiye'de 15 yaş üzeri tütün kullanım miktarı oranı 27,1 iken bu oran erkeklerde 41,5 ve kadınlarda 13,1 olduğu tespit edilmiştir[14]. Ülkemizde yapılan çeşitli epidemiyolojik araştırmalarda üniversite öğrencilerinde tütün kullanım oranı %23-48 Aralığında lise öğrencilerinde %20 civarında ortaokul öğrencilerinde %9 civarında bulunmuştur[15]. Yıllar içinde sigara içme oranı azalmasına rağmen ciddi sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.

2.3. SİGARANIN İÇERİĞİ

Sigaranın ve sigara dumanının içinde birçok kimyasal madde bulunmaktadır. Bunların başlıca etki ve özellikleri şöyle sıralanabilir[16];

Tablo 2.1: Sigarada bulunan kimyasal maddeler

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

2.4. SİGARANIN İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Sigaranın sistemler üzerine bilinen en sık etkileri kardiyovasküler sistem üzerinedir ve kardiyovasküler hastalık riskini iki kat artırır. Sigara kan basıncını yükseltir ve kalp hızını artırır. Periferik damar direnci ve katekolamin salınımını artırır. LDL(Düşük Molekül Ağırlıklı Kolesterol) kolesterolünü okside ederek arterlerde aterosklerotik inflamatuvar süreci başlatır[17].

Nikotin sinir sistemini etkileyen maddelerden biridir. Solunum yollarından emilmesiyle damarlar sayesinde çok kısa sürede santral sinir sistemine geçer[18]. Sigara dumanının solunmasıyla alınan nikotinin yaklaşık %25 7 saniye içinde santral sinir sistemine geçer ve etkisini göstermeye başlar. Nikotin santral sinir sisteminde dopamin salınımı artırır ve keyif ve dikkat artışına yol açar[19]. Bunun birlikte nikotin bağımlı oluşması ve azalması durumunda yoksunluk belirtileri görülür[18].

Sigara gastrointestinal sistemde gastroözefageal reflü, peptik ülser, inflamatuvar bağırsak hastalıklarına zemin hazırlarken; özefagus kanseri, pankreas kanseri, hepatocellüler karsinom gibi kanserlere neden olmaktadır[20]. Sigara dil, dudak ve ağız kanserleriyle yakından ilgili olduğu gösterilmiştir[21].

Sigara alt solunum yollarının tamamında; peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, epitelyal yapıların fonksiyonel değişiklikler, müköz bez hipertrofisi, goblet hücrelerinin çoğalması vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyet gibi patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Solunum yoluyla alınan maddelerin klirensinde bozulma, patojen adherensinde artış, anormal vasküler ve epitelial permeabilite artışı ise sigaranın neden olduğu fonksiyonel bozukluklardır[22].

Diğer sistemlerden farklı olarak solunum sisteminde direkt maruziyet nedeniyle sigara dumanı silyatoksik etki gösterir ve silyaların sayısı ile frekansında azalma yapar. Bu etkiden dolayı akciğerlerimizde toksik maddeler birikir. Biriken bu maddeler önce squamoz metaplaziye sonra karsinoma insitu dönüşerek invaziv bronkojenik karsinoma dönüşmesine neden olur[23]. Akciğer ve larinks kanserlerinin yüzde 94 sigara ile ilişkilidir. Sigara içenlerde içmeyenlere göre akciğer kanseri gelişme sıklığı 24 ila 36 kat arasında artış vardır[24].

Gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebeklerinde SGA gelişimi ve erken doğum olma olasılığı yüksektir. Ayrıca sigara içen anne bebeklerinde ölü doğum, doğum sonrası ani bebek ölümü sendromu ve gelişme geriliği riski sigara içmeyenlere göre daha yüksek gözlenmiştir. Sigara içme emzirmeyi olumsuz etkilemekte ve nikotin emziren annenin sütü ile bebeğe geçebilmektedir. Annenin sigara içmesiyle bebek ve küçük çocuklarda görülen astım alerji atopi ve eozonofili görülme ihtimali artmıştır[25].

Sigara içen kadınlarda amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz gibi durumlar daha sık görülür. Sigara içen kadınlarda ortalama olarak 1 - 2 yıl daha erken menopoz ortaya çıkmakta, sigara içen kadınlarda kemik yoğunluğu hiç sigara içmemişlere göre daha azdır. Sigara içen kadınlarda hiç sigara içmeyenlere göre kalça kırığı riski daha fazladır[25].

2.5. NİKOTİNİN FARAMKOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Sigara bağımlılığının en önemli nedeni Nikotin bağımlılığıdır[26, 27]. Nikotin suda çözünen, renksiz bir alkaloid yapıda kimyasal bir maddedir. Sigaranın fiziksel bağımlılığı ve devamı açısından en önemli maddedir. Nikotin tersiyer

amin olup iki steroizomeri bulnur ve piridin ve pirolidin halkalarından oluşur. S nikotin aktif izomerdir ve nikotinik kolinerjik reseptörlere affinite duyar. R nikotin ise zayıf kolinerjik reseptör agonistidir. Bir adet sigara yaklaşık 0.8 gr tütün ve 9-20 mg nikotin içerir fakat dumanın tamamının inhale edilememesi ve yanarak bir kısmının tahrip olması nedeniyle ancak %10'unu (1-2 mg) absorbe edilir[26]. Nikotinin edilme oranı inhalasyon oranı inspiryum derinliğine ve nefes tutma süresine göre değişir. Solunum yolları mukozası ve alveollerden hızla absorbe olup kana geçer. Nikotin kana karıştıktan sonra hızla santral sinir sistemi dahil bir çok sisteme yayılır. Nikotin lipofilik olmasından ötürü kan-beyin bariyerini hızla geçip beyne ulaşır[26-28]. Nöromuskuler bileşke, otonomik gangliyonlar, adrenal medulla ve beyinde yer alan asetilkolin reseptörlerine üzerine etki eder. Beyinde lokus sereleus uyararak yoğunlaşma ve dikkati artışı sağlar. Yolakları uyararak asetilkolin, nöradrenalin, serotonin, dopamin, vazopressin, endorfin, büyüme hormonu ve ACTH salgılanmasına yol açar[27]. Nikotinin %90' karaciğerde metabolize olur, majör metaboliti kotinindir yarı ömrü 16 saattir. Kotinin kanda ve idrarda ölçülebilir, sigara bırakma polikliniklerinde kan kotinin düzeyi ile takip yapılabilir[26].

2.6. NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Dünya sağlık örgütü (WHO) nikotin bağımlılığını kronik bir hastalık olarak değerlendirmiş ve nikotinin mental ile davranışsal bozukluklara neden olan psikoaktif bir madde olarak kabul etmiştir[29, 30]. Nikotin alındıktan sonra hızla kan beyin bariyerini geçerek nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanır ve dopamin salınımına neden olur. Dopamin salınımı kişide keyif verici ve rahatlatıcı etkilerinden dolayı bağımlılık döngüsünü başlatır. Sigara içiminden bir süre sonra azalan dopmanin miktarı nedeniyle, kişi stresse girer, dopamin yoksunluğu iritabileteye neden olur ve kişi nikotin açlığı çekmeye başlar. Bu durum kişide bağımlılığı daha da artıran bir süreç olarak tanımlanmaktadır[31]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) tanı kriterlerine göre Tütün Kullanım bozukluğu; on iki aylık süre içerisinde belirtilen maddelerden, klinik açıdan kişiyi sıkıntıya sokan, işlevsellikte azalmaya neden olan bir tütün kullanım örüntüsü olarak tanımlanmıştır[32]. Tütün bağımlılığı için tanımlanan maddeler;

1. Çoğu kez planlanandan daha fazla ya da uzun süreli tütün alımı
2. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için fazla zaman harcamak
3. Tütün kullanmayı bırakmak ya da kontrol altında tutmak için sürekli bir istek veya sonuç vermeyen çabalar
4. İşte, evde ya da okulda yükümlüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan tekrarlayıcı tütün kullanımı
5. Tütün kullanmaya karşı çok fazla isteğin olması, kendini zorlanmış hissetme
6. Tütün kullanmanın neden olduğu toplumsal ya da kişisel sorunlar olmasına rağmen tütün kullanmayı sürdürme
7. Tütün kullanımından dolayı toplumsal veya işle ilgili etkenliklerin ya da eğlenme dinlenme faaliyetlerinin bırakılması ya da azaltılması
8. Tehlikeli durumlarda dahi tütün kullanma
9. Tütün neden olduğu ya da alevlendirdiği bedensel veya ruhsal bir problemi olmasına rağmen tütün kullanımına devam etme
10. Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine tolerans gelişmesi
 - a) Aynı ölçüde tütün kullanımına rağmen daha az etki alınması
 - b) İstenen etkiyi sağlamak için belirgin bir şekilde tütün kullanımının artırılması
11. Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine yoksunluk gelişmiş olması
 - a) Tütün yoksunluk sendromunun belirtilerinin varlığı.
 - b) Yoksunluktan kurtulmak için tütün alınmasıdır[32].

2.7. PASİF SİGARA MARUZİYETİ

Çevresel sigara dumanı, yan duman ve ikince el ana dumandan oluşmaktadır. Yan duman sigaranın yanan uç kısmından çıkan dumandır; ana duman ise sigara içme esnasında ortaya çıkan ve doğrudan solunan dumandır[33]. Bu dumanı soluyan kişilerse pasif içicilerdir. Çevresel sigara dumanı, sigaranın aktif içicilerde oluşturduğu hastalıkların çoğunun pasif içicilerde de oluşmasına neden olur[34, 35]. Sigara içmeyen kişilerdeki

akciğer kanserinin önemli bir kısmı, başkalarının içtiği sigara dumanının solunmasından kaynaklanmaktadır[36]. Pasif içicilerde akciğer kanseri gelişme riski % 20-30, koroner hastalık gelişme riski % 25 oranında artmaktadır[33]. Tüm dünyada akciğer kanseri olan kadınların % 53'ünün ve erkeklerde % 15 hiç sigara içmedikleri tahmin edilmektedir. Sigara içmeyenlerde en sık görülen histopatolojik tip adenokarsinomdur[35].

Sigara içmeyenlerde 30 dakikalık pasif içiciliğe maruz kaldığında, nikotin endotelden salınan nitrik oksitin koroner vazodilatasyonunu inhibe ederek koroner kan akımını sigara içen kişilerdeki gibi aynı düzeyde düşürmektedir. Nikotinin bu etkisi ortamda bulunan en küçük dozlarda bile maksimuma ulaştığından, aktif ve pasif sigara içiminin damarlar üzerindeki etkisi birbirine benzerdir[37].

Pasif sigaranın maruziyeti en yüksek oranda etkilediği gruplardan biri de anne ve babası sigara içen çocuklardır. Pasif sigara dumanını maruz kalan çocuklarda öksürük, balgam ve hırıltı daha sık görülür. Pasif sigara maruziyeti çocukları akciğer fonksiyonlarının gelişimini yavaşlatır. İçicilerin evlerinde yaşayan çocukların bronş duyarlılığı fazlalaşır[38].

2.8. SİGARANIN EKONOMİK ETKİLERİ

Tütün endüstrisi istihdam oluşturmak ve vergi geliri sağlamak gibi ülke ekonomisine katkı sağladığı gibi iddialarının aksine; tütün endüstrisinin girdiği tüm ülkeler hastalıklar, ölümler ve ekonomik kayıplar nedeniyle sorun yaşamaktadır[39]. Tütün kullanımı nedeniyle oluşan hastalıkların artışı ve buna bağlı sağlık bütçesinde bu hastalıklara ayrılan bütçe artışı ve iş gücü kaybı gibi sebeplerden dolayı ciddi sosyal ve ekonomik maliyetlere yol açar[40].

Dünya sağlık örgütü tarafından yayınlanan raporda dünyada yeti yitimine uyarlanmış yaşam yıllarının (Disability Adjusted Life Years, DALY) 57 milyonuna (tüm DALY'lerin %3.7'si) tütün kullanımı neden olduğu belirtilmiştir[13].

Sigaranın Türkiye'deki ekonomik açıdan değerlendirildiğinde yaklaşık 9 milyar dolar civarında olduğu öngörülmektedir[25]. Türkiye'de 2017 yılında tütün mamulleri satın almak için kullanılan para 57 milyar liradır[41]. Bu

miktar maliyenin bakanlığının sağlık bakanlığına ayırdığı bütçeye eşittir[42]. Türkiye’de yeti yitimine uyarlanmış yaşam yıllarının (DALY) amacıyla yapılan ^Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi^ isimli çalışmada, tütün kullanımının en sık neden olduğı kronik obstruktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalıkları, kanserler DALY sıralamasında ilk on içinde yer almaktadır. Ülkemizde her yıl yaklaşık 1 milyon DALY tütün nedeniyle oluşmaktadır[43].

2.9. TÜTÜN KONTROLÜ

Tütün ve tütün mamülleri ile mücadele 7 Kasım 1996 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisinin 4207 sayılı ‘ Tütün mamüllerinin zararlarının önlenmesine dair kanunla aktif olarak başlamıştır. Bu kanunda 18 yaşın altındaki kişilere tütün mamülü satışının yasaklanması, sigara reklam ve tanıtımlarının yasaklanması, sigara paketlerinin üzerine sağlığa zararlıdır yazısının konulması ve resimlerin eklenmesi, toplu taşıma araçlarında, eğitim, sağlık, spor tesisleri gibi toplumsal alanlarda sigara içmenin yasaklanması, radyo ve televizyon kanallarının ayda 90 dakika eğitici yayın yapılması gibi maddeleri içerir[2]. Ülkemizde 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun ”çıkmasından seneler sonra, 2003 yılında Cenevre’de, DSÖ 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilen, tütün kullanımının önlenmesi yanında endüstrisinin yayılma ve pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilen ve bu alandaki ilk uluslararası anlaşma olan “Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)” tüm ülkeler tarafından gündemine almıştır. Söz konusu sözleşme bir sonra, 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanarak ülkemizde de yürürlüğe girmiştir[44].Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ile vurgulanan önemli noktalar şunlardır;

- 18 yaşından küçük bireyler Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne göre çocuk olarak tanımlanır
- Tütün kullanımı bir halk sağlığı sorunudur.
- Kadınlarda tütün kullanımı arttığı için cinsiyete özel stratejiler geliştirilmelidir.

- Tütün ürünleri bağımlılığa neden olan bir hastalık olarak kabul edilmelidir -İkinci el sigara dumanına maruz kalanlarla ilgili de önlemler alınmalıdır.
- Tütün tanıtımları ve reklamları önlenmelidir -Tütün endüstrisinin sponsorlukları önlenmelidir.
- Tütün endüstrisine karşı kampanyalar düzenlenmelidir.
- Sigara paketlerinde uyarı yazıları ve resimleri konulmalı ve bu resimler paketin en az %30'unu kapsayacak şekilde olmalıdır.
- Sigaradan alınan vergiler ve sigara fiyatları arttırılmalıdır
- Tütün kaçakçılığı engellenmelidir
- Tütün kontrolü için sektörler arası iş birliği yapılmalıdır[44].

TKÇS'sinin yürürlüğe girmesinden 5 yıl sonra DSÖ Tütün Salgını Raporu olan MPOWER paketi yayınlanmıştır. Bütün ülkelere tütün kontrolü konusunda yol haritası olanağı sağlayan bu rapor tütün kontrolü konusunda etkili olduğu kanıtlanmış olan 6 stratejiyi içermektedir. DSÖ TKÇS bütün ülkeleri bu ilkeleri benimsemeleri konusunda desteklemektedir ve TKÇS ve MPOWER içinde tanımlanan yöntemleri uygulamalarını beklemektedir[45].

Monitor tobacco use and prevention policies: Tütün kullanımını ve önleme politikalarını izleme

Protect people from tobacco smoke: Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenmele-rinin önlenmesi

Offer help to quit tobacco use: Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi

Warn about the dangers of tobacco: Bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması

Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship: Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakların uygulanması

Raise taxes on tobacco: Tütüne uygulanan vergi miktarının artırılması[45].

5727 sayılı ‘Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’un 19 Mayıs 2008 tarihinde kısmen, 19 Temmuz 2009 tarihinde ise tümüyle yürürlüğe girmesi (özel hukuk kişilerine ait olan lokanta, kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün ürünleri tüketilmemesi hükmü de dahil) ile günümüzde halen devam eden tütün mücadelesi başlamıştır. Bu kanunla birlikte ikamete mahsus konutlar hariç tüm kapalı alanlarda tütün ürünü kullanma yasağı getirilmiştir[44]. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin imzalanması, Dünya Sağlık Örgütü tarafından MPOWER stratejilerinin geliştirilmesi, tütün kontrolü için meclis tarafından çıkarılan yasalar sonucu Türkiye tütün kontrolü açısından dünyada sayılı ülkeler arasında yer almıştır[46].

2.10. SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Tütün kontrol programın geliştirilip denetimlerin artmasından sonra sigarayı bırakma isteme oranları artmıştır. 2012 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre halen kullanmakta olan 15 yaş ve üzeri yaştaki sigara içenlerin yaklaşık % 46’sı sigarayı bırakmayı denemiştir. Sigara içenlerin %73,4’ü herhangi bir destek almaksızın sigarayı bırakmayı denemişlerdir. Sigara içenlerin %42,9’u sağlık kuruluşuna başvurup sigara konusunda her hangi bir danışmanlık alabilmiştir. Sigara içenlerin %55,1’i sigarayı bırakmayı planlamakta veya düşünmektedir[47].

Hasta olarak muayene gelen her hastaya tütün kullanımı sorgulanmalı ve tütün mamülleri kullanan hastalara mutlaka sigarayı bırakması konusunda motivasyonel görüşme yapılmalıdır. Sigara içen her hastaya tedaviler konusunda bilgilendirilmeli ve hasta uygun tedavi yöntemi seçilmelidir[48]. Hekime herhangi bir nedenden başvurun sigara içen hastalarda 3 dakika kadar kısa süreli görüşme bile sigara bırakmayı anlamlı derece artırmıştır[49].

Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastalarda sigarayı bırakma istekleri görüşmede değerlendirilmeli. Bunun için transteorik model denenbilir. “Transteorik Model” (TTM) Prochaska ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirdiği kişinin kendi davranış ve düşüncelerini değiştirmeye yönelik düzeyini ortaya koyan bir modeldir. TTM’ye göre

sigarayı bırakmaya yönelik 5 aşamadan oluşur. Sigaranın bırakmayı düşünmeme, bırakmayı düşünme, bırakma hazırlığının yapılması, bırakmanın denemesi, bırakmanın sürdürülmesi aşamalarından oluşmaktadır[50].

Bırakmaya istekli hastalara 5A (Türkçesi 5Ö) bırakmada isteksiz hastalara da 5R olarak değerlendirilmelidir.

Tablo 2.2: 5A (5Ö) stratejileri

Adım 1	ASK	ÖĞREN
Adım 2	ADVISE	ÖNER
Adım 3	ASSESS	ÖLÇ
Adım 4	ASSIST	ÖNDERLİK ET
Adım 5	ARRANGE	ÖRGÜTLE

ADIM 1: **ÖĞREN(Ask)** her hangi bir nedenle başvurun hastanın sigara kullanımını sorgulayıp öğrenmek

ADIM 2: **Öner (Advice):** Her sigara kullanıcısına mutlaka sigarayı bırakması önerilmelidir. Bu öneri net, güçlü ve kişiye özel olmalıdır.

ADIM 3: **Ölç (Assess):** Hastanın sigarayı bırakmayı istemesinin nedenleri, kararlılık düzeyi, daha önce bırakma deneme ve tecrübeleri sorgulanmalıdır. Hastanın nikotin bağımlılık düzeyi ve CO düzeyi ölçülmelidir.

ADIM 4: **Önderlik et (Assist):** Hastaya sigarayı bırakma konusunda yardımcı olunmalıdır. Bırakma günü belirlemek, karşılaşacağı zorlukların çözümleri konusunda tavsiyeler vermek, motivasyon sağlamak, gerekirse sosyal destek vermek ve uygun tedavi seçeneğini önermek bu başlık altında değerlendirilir.

ADIM 5: **Örgütle (Arrange):** Hasta takiplere çağırılmalı ve telefon görüşmeleri planlanmalıdır. Tekrar başlama önlenmeye çalışılmalıdır. Hasta motive edilmeli ve sigarasız dönemde karşılaştığı zorluklar için çözüm önerileri üretilmelidir[51].

Sigarayı bırakma konusunda isteksiz olan hastalar için olan yaklaşım 5R veya Türkçe karşılığı ile TERKET modelidir.

Tablo 2.3: 5R (TERKET) modeli

Adım 1	RELEVANCE	TÜM ETKİLERİ GÖZDEN GEÇİR
Adım 2	RISKS	RİSKLER
Adım 3	REWARDS	ÖDÜLLER
Adım 4	ROADBLOCKS	ENGELLER
Adım 5	REPETITION	TEKRAR

Tüm etkileri gözden geçirme (Relevance): Hastanın o anki durumu (hastalık, aile, çocuk, sosyoekonomik durum, sağlık endişesi, yaş gibi) ele alınarak sigara içmenin veya bırakmasının bu durumlarla ne kadar ilgili olduğu anlatılmalıdır.

Riskler (Risks): Sigara kullanımının akut dönem riskleri, uzun dönem riskleri ve çevresel riskleri anlatılmalıdır. Akut dönem riskleri; nefes darlığı, artmış solunum yolu enfeksiyon riski, impotans, infertilite ve gebeliğin zarar görmesi riskidir. Uzun dönem riskleri; KOAH, kalp krizi, inme, akciğer kanseri ve diğer kanserler, osteoporoz riskidir. Çevresel risklerde; sigara dumanına maruz kalan aile bireylerinde artmış kalp krizi ve kanser riski, artmış solunum yolu enfeksiyon riski, gebeliğe zarar verme riski, ani infant ölümü sendromu, çocuklarda astım riski sayılabilir.

Kazançlar (Rewards): Hasta sigarayı bıraktığında ortaya çıkacak yararlar anlatılmalıdır. Sağlık durumunun adım adım düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir.

Engeller (Roadblocks): Sigarayı bırakma sürecindeki engeller ve zorluklar belirlenmeli ve hastaya çözüm önerileri sunulmalıdır.

Tekrarlama (Repetition): Hastaların her başvurusunda motivasyonel desteğin tekrar verilmesi gerekir. Daha önce başarısız bırakma denemeleri olan hastaya motivasyonel destek sağlanmalı ve bu durumun sonraki denemesinin de başarısız olacağı anlamına gelmediği anlatılmalıdır[51].

Davranış terapileri motivasyonel görüşme teknikleri kullanılmalıdır. Teknikler uygulanırken temel kurallara uyulması yöntemlerin başarısını

arttırır. Bu kurallar hastayla empati yapma, hastanın önemseydiği Őeyle (sağlık, ekonomi, çocukları vb.) sigaranın ilişkisini kurma, bırakmaya karşı direnci azaltma ve kişisel etkinliğin desteklenmesidir. Psikolojik destek tedavisi ve farmakolojik tedavi önerilebilir. Farmakolojik tedavi yöntemleri sigara bırakmada başarılarında fark olmakla birlikte ulaŐtıkları sonuçlar benzerdir. Farmakolojik ajanlar hastada sigara içimine bağlı geliŐen bağımlılığının üstesinden gelmek ve sigaranın bırakılmasıyla açığa çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını önlemeyi amaçlar[51].

2.11. FARMAKOLOJİK AJANLAR

2.11.1. Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin replasman tedavisinin amacı, sigaranın bırakılmasını takip eden dönemde açığa çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını azaltmaktır. Böylece sigarayı bırakmak isteyen kişi yoksunluk semptomlarını önemsiz miktarda hissedecektir. Nikotin replasman tedavisinden Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre orta ve üzeri düzeyde bağımlılar daha fazla yarar görebilmektedir. Nikotin bağımlılığı kişide yüksek veya orta derecede saptanırsa, günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmemişse nikotin replasman tedavisi uygulanır. NRT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle 2-8 haftalık aralıklarla azaltılarak kesilir, bu azaltma sırasında nikotin yoksunluk semptomlarının da azalıyor olması önemlidir[51].

Nikotin replasman tedavisinde kullanılan Nikotin formları Şu Őekildedir.

Tablo 2.4: Nikotin replasman tedavisinde kullanılan nikotin formları

Preparatlar	Doz	Kullanım süre ve şekli
Nikotin sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet Günde maksimum 24 adet
Nikotin bandı	21 mg/ 24 saat 14 mg/ 24 saat 7 mg/ 24 saat	4 hafta 2 hafta 2 hafta 10 sigaradan az içiyorsa daha düşük doz başlanır
Nikotin nazal sprey	0.5 mg/puf nikotin 10-40 püskürtme/gün	Saatte 1-2 doz Azami 5 doz
Nikotin sublingual tablet	2 mg'lık tabletler	Saatte 1 tablet Tabletler alındıktan 20 dk sonra atılmalı
Nikotin pastil	1 mg 2 mg 4 mg	Saatte 1 pastil Günde 15 ve üstü pastil Pastil alındıktan 30 dk sonra atılmalıdır
Nikotin inhalatör	Her kartuş 10 mg nikotin içermekte	6 inhalatör kartuş/gün kullanılmalı Her saat, 20 dk kullanılmalı

2.11.2. Bupropion

Bupropion SR, halen sigara bırakma tedavisi için Food and Drug Administration (FDA) tarafından 1997'de onaylanmış ilk nikotin dışı farmakolojik tedavi ajanıdır ve Avrupa Birliği'nde de, sigara bırakma tedavisi için kayıtlıdır[52, 53]. Muhtemel mekanizması nöronal dopamin ve noradrenalin reuptake inhibisyonu ve nikotinik asetilkolin reseptör blokajıdır. Antidepresan olmasına rağmen sigara bırakma etkisi antidepresan etkisinden bağımsızdır. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azaltarak etki gösterir. Nikotin ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler, beyin sapından nükleus accumbense uzanan ödül döngüsünde rol alan dopamin salgılayan nöronları aktive eder. Bupropionun, bu nöronların dopamin salgısını azaltarak ödül döngüsünü baskıladığı ve sigara içme arzusunu azalttığı gösterilmiştir[54].

Bupropionun 150 mg'lık tabletleri vardır ve tedavi bupropion 300mg/gün dozunda kullanılır. Bupropion'la önerilen tedavi süresi Amerika ve Kanada'da 7-12 hafta, Avrupa'da 7-9 haftadır [55]. Hastanın ihtiyacına göre

klinisyen tedaviyi uzatabilir, çünkü 2-3 sene süreyle kronik depresyon tedavisinde de güvenle kullanılmıştır [55, 56]. Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. Günlük doz 300mg/gün'ü geçmemelidir. Eğer 7 hafta sonra hasta bu süre içinde sigarayı bırakmaya yönelik bir gelişme göstermiyorsa ilaç kesilmelidir[56].

2.11.3. Vareniklin

Vareniklin doğada bulunan alkaloid sistisin bitkisinin modifikasyonu ile geliştirilmiş, nikotinik reseptörlerin $\alpha 4$, $\beta 2$ subünitelerinin parsiyel agonistidir. Nikotinik reseptörlerden $\alpha 4 \beta 2$ subünitesini içerenler, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara içme isteği gelişiminde anahtar rol oynarlar. Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller[57, 58].

Vareniklin tercih edilecek olgularda, sigara içmeye devam ederken ilk 3 gününde 0,5 mg dozunda ilaç kullanılarak tedaviye başlanır, takiben 4-7. günler arası 0,5 mg sabah akşam, 8-14. günler arası 1 mg gün dozu ile devam edilir. Başlangıçta ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden olgunun 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda 7. gün sigarayı bırakması amaçlanır. Tedavi günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak 12 haftaya tamamlanır. Vareniklinin en sık görülen yan etkisi bulantıdır. Diğer yan etkileri uykusuzluk, anormal rüyalar, baş ağrısı ve gastrointestinal yan etkilerdir. Gebelerde ve laktasyonda kullanımı uygun değildir. Vareniklinin nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, ajitasyon, depressif durum, intihar eğilimi ve varolan psikiyatrik durumun kötüleşebileceği hakkında hastalar bilgilendirilmelidir. Sigara bırakma davranışının kendisi de bu tür semptomları arttırabileceğinden, bu tabloların ilaçtan kaynaklanıp kaynaklanmadığı konusu tartışmalıdır. Bu nedenle sigara bırakma girişiminde bulunan olgular hekimi ve yakınları tarafından bu tür semptomların ve duygulanım farklılıklarının oluşumu açısından yakından gözlenmelidir. Vareniklinin şizofreni, bipolar hastalıklar ve majör depresyon geçiren olgularda ilacın yakın takip ile izlenen stabil dönemdeki olgularda kullanımı önerilmektedir[59, 60].

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA

Çalışmamız; Etik Kurul Yönergesi 'ne göre hazırlanan etik kurul raporu alındıktan sonra İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'nde 1 Mayıs 2019 ile 1 Kasım 2109 tarihleri arasında yürütülmüş olup, sigara bırakma amacıyla başvuran hastaların dosya kayıtlarıyla birlikte hastalar bilgilendirilerek sigara içme arzusu ölçeği ve sigara bırakma yorgunluğu ölçeği uygulanarak yapılmıştır. Çalışmaya toplam 303 erkek ve 303 kadın dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. Sigara Bıraktırma Polikliniğine başvuran hastalar
2. 18 yaşından büyük olmak
3. Sözlü veya yazılı onam verme

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

1. 18 yaşından küçük olma
2. Sözlü ve yazılı onam vermemek

Veri toplanması

Dosya verileri incelenerek hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek) , sigara içme davranış ve tutumları (sigaraya başlama yaşları, günlük sigara içme miktarları, daha önceki bırakma deneyimleri, evde başka sigara içen kişinin olup olmadığı, sigara içmeyi tetikleyen unsurlar vb.) , sigarayı neden bırakmak istedikleri ve ek hastalıkları, nikotin bağımlılık düzeyleri, anksiyete ve depresyon durumları, sigara içme arzusu ve sigara bırakma yorgunluğu anketleri uygulanarak kaydedildi.

3.2. TANIMLAR

Nikotin bağımlılık düzeylerini tespit etmek için Fagerstrom nikotin bağımlılık düzeyi testi uygulandı. Bu test 1978 yılında Fagerström tarafından oluşturulan ve 1-10 puan arasında skorlanarak bağımlılık düzeyinin ölçüldüğü anket formundan oluşmaktadır. Bu teste göre 0-2 çok düşük düzey, 3-4 düşük düzey, 5 orta düzey, 6-7 yüksek düzey ve 8-10 çok yüksek düzey nikotin bağımlılığı olarak değerlendirildi.

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçmek için Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastane anksiyete depresyon (HADS) Ölçeği kullanıldı. Bu ölçeğe göre hastalardan 14 soruluk anket formunu doldurması istendi. HAD ölçeğinde bulunan 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. sorular giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. sorular ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanır. Alt ölçeklerin toplam puanları bu puanların toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. sorular toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. soruların puanları toplanır. HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır. Ayrıca her iki skor toplanarak hastaların duygu durumu ötimik, minor depresif duygu durum ve major depresif duygu durum olarak sınıflandırıldı.

Hastaların sigara içmeye olan eğilimler ve bırakmaya olan dirençlerini ölçmek için hastalara sigara içme arzusu ölçeği ve sigara bırakma yorgunluğu ölçeği yapıldı. Sigara içme arzusu ölçeği 2006 yılında Benjamin Toll ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş; Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2016 yılında Murat Demirezen ve Mehmet Ali Kurçer tarafından yapılmıştır.

Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği 2017 yılında Amand R. Mathew ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş; Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2018 yılında Yunus Emre Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN BAĞIMZSIZ DEĞİŞKENLERİ VE ÖLÇÜTLERİ

Sosyodemografik özelliklere ilişkin değişken ve ölçütler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu

Sigara Kullanımına İlişkin Değişken ve Ölçütler

- Sigaraya başlama yaşı
- Sigaraya başlama nedeni
- Günlük içtiği adet
- İçtiği yıl
- Sigarayı bırakma denemesi
- Sigarayı bırakmadaki güçlükler
- Sigarayı bırakma nedeni
- Profesyonel destek alımı
- Sigara içmeyi tetikleyen durumlar
- Nikotin bağımlılık düzeyi

Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı 15.0 versiyonu ve GraphPad InStat demo versiyonu kullanıldı. Sürekli değişkene ait veriler ortalama, standart sapma, median ile aralık ve kategorik değişkenlere ait veriler frekans ile yüzde olarak belirtildi. İki grubun karşılaştırıldığı analizlerde Mann-Whitney U test, ikiden fazla grubun

karşılaştırıldığı analizlerde Kruskal Wallis test (sonrasında ikili karşılaştırmalar için Dunn's test) ve korelasyonlar için Spearman korelasyon test kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde kabul edilerek değerlendirildi.



BULGULAR

Çalışmamıza katılanların yaşları 18 ile 75 yaş arasında değişmektedir. Katılanların, 303'ü (%50.1) kadın ve 302'si (%49.9) erkek toplam 605 hasta dahil edildi. Hastaların %64.6'sı evli ve eğitim olarak en sık (%36.2) yükseköğretim mezunu idi. Meslek olarak çoğunluğu (%66) çalışandı. Hastaların %33.1'inde kronik hastalık (%11.1 akciğer hastalığı, %10.9 endokrin hastalık, %9.3 KVS hastalık ve %9.3 diğer hastalık) mevcuttu. EKG sonucu %10.7'sinde anormaldi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Sosyodemografik ve klinik özellikler

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	303	50.1
Erkek	302	49.9
Medeni Durum		
Bekar	214	35.4
Evli	391	64.6
Eğitim		
Okur-Yazar	6	1.0
İlkokul	125	20.7
Ortaokul	97	16.0
Lise	158	26.1
Yüksekokul	219	36.2
Meslek		
Çalışan	399	66.0
Emekli	48	7.9
Ev Hanımı	133	22.0
Öğrenci	25	4.1
Kronik Hastalık		
Yok	405	66.9
Var	200	33.1
Kronik Hastalık		
Yok	405	66.9
Akciğer Hastalığı	67	11.1
Kvs Hastalık	56	9.3
Endokrin Hastalık	66	10.9
Diğer Hastalık	56	9.3
Ekg		
Normal	540	89.3
Anormal	65	10.7

Tablo 4.1'in devamı;

	n	%
Ekg		
Sinüs Ritm	540	89.3
Sinüs Bradikardisi	30	5.0
Sinüs Taşikardisi	13	2.1
Sağ Aks Deviasyonu	10	1.7
Sol Aks Deviasyonu	2	0.3
Sağ Dal Bloğu	1	0.2
Sol Dal Bloğu	1	0.2
1.Derece Av Blok	3	0.5
Atrial Ritm	1	0.2
Ves(Ventriküler ekstra sistol)	1	0.2
Kısa Pr Aralığı	2	0.3
Sol Ventrikül İrileşmesi	1	0.2

Hastaların çoğu (%91.6) kendi isteği ile polikliniğimize başvurdu. Sigaraya başlama nedeninin en sık (%43) özentisi olduğu bildirildi. Hastaların çoğu (%73.2) sigarayı en az 1 kez bırakmayı denediğini %20.3'ü sigarayı bırakmak için profesyonel destek aldığını belirtti. Tedavi olarak en sık (%9.9) Vareniklin kullanımı mevcuttu. Hastaların %46.4'ünde evde sigara içen kişi ve %59.7'sinde işyerinde sigara içen kişi vardı. Evde sigara içme yeri en sık (%81) balkon pencere idi. Hastaların %36.4'ünde ailede sigara içen yokken %38.2'sinde baba, %6'sında anne ve %19.5'inde hem anne hem baba sigara içiyordu. Hastaların %24.8'inde alkol kullanımı vardı (Tablo 4.2). Hepsisi filtreli tütün kullanıyordu.

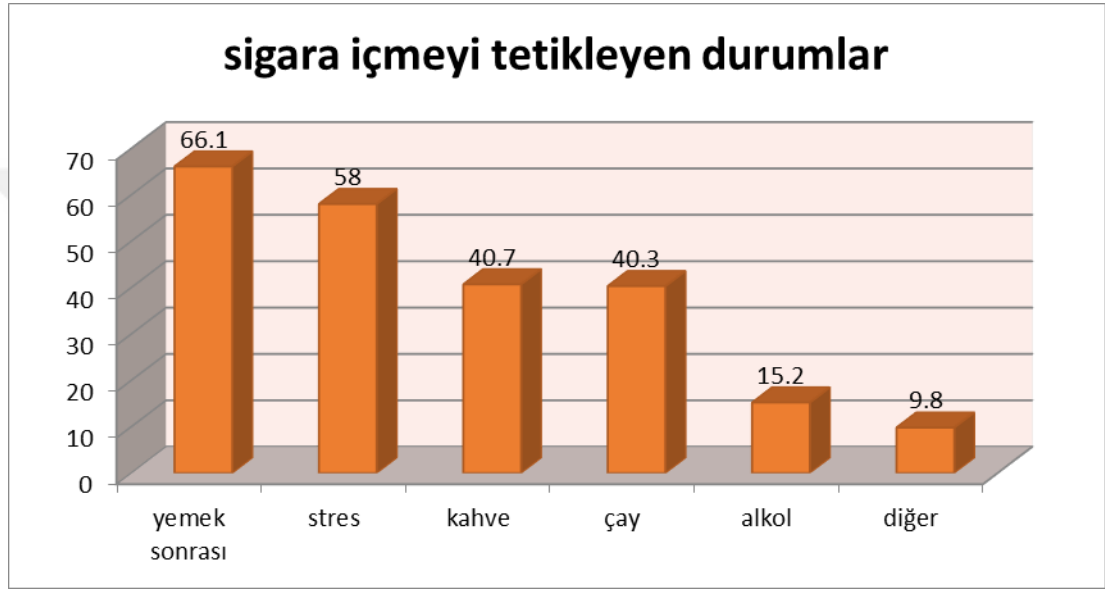
Tablo 4.2: Sigara kullanım özellikleri ve alkol kullanım durumu

	n	%
Başvuru Şekli		
Kendi İsteği	554	91.6
Doktor Önerisi	24	4.0
Diğer	27	4.5
Sigaraya Başlama Nedeni		
Özenti	260	43.0
Merak	186	30.7
Stres	89	14.7
Diğer	70	11.6
Sigarayı Bırakmak İçin Profesyonel Destek Alma		
Hayır	482	79.7
Evet	123	20.3
Farmakolojik Tedavi		
Bupropion (Zyban)	21	3.5
Vareniklin (Champix)	60	9.9
Nikotin Replasman Tedavisi	40	6.6
Psikiyatrik	3	0.5
Diğer (Akupunktur, Hipnoz Gb)	10	1.7
Evde Sigara İçen Kişi		
Yok	324	53.6
Var	281	46.4
İşyerinde Sigara İçen Kişi		
Yok	244	40.3
Var	361	59.7
Evde Sigara İçme Yeri		
Balkon Pencere	490	81.0
Oturma Alanı	93	15.4
Balkon Pencere+Oturma Alanı	22	3.6
Ailede Sigara İçen		
Yok	220	36.4
Anne	36	6.0
Baba	231	38.2
Anne+Baba	118	19.5

Tablo 4.2'nin devamı;

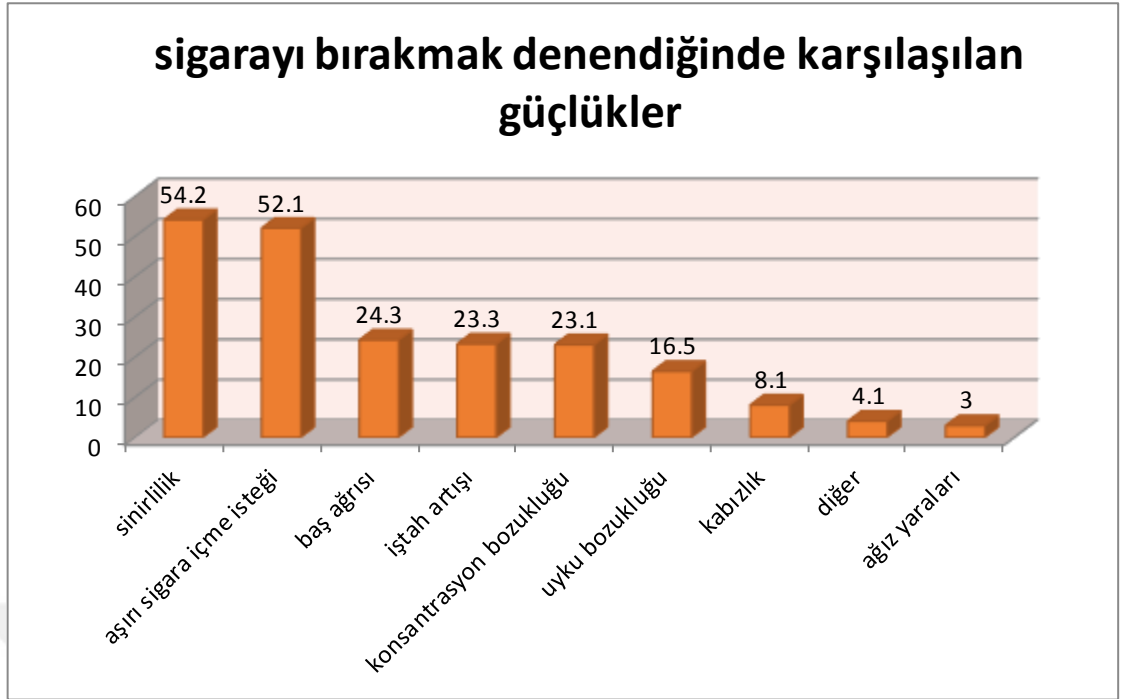
	n	%
Alkol Kullanımı		
Yok	455	75.2
Var	150	24.8

Sigara içmeyi tetikleyen durumlar en sık (%66.1) yemek sonrası, 2.sıklıkta (%58) stres ve 3.sıklıkta (%40.7) kahve olarak bildirildi (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Sigara içmeyi tetikleyen durumlar

Sigarayı bırakmak denendiğinde karşılaşılan güçlükler en sık (%54.2) sinirlilik, 2.sıklıkta (%52.1) aşırı sigara içme isteği ve 3.sıklıkta (%24.3) baş ağrısı olarak belirtildi (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Sigarayı bırakmak denendiğinde karşılaşılan güçlükler (%)

Sigarayı bırakma isteme nedenleri en sık (%67.8) ileride hastalanma endişesi, 2.sıklıkta (%36) ekonomik nedenler ve 3.sıklıkta (%32.4) çevresine zarar verme olarak bildirildi (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Sigarayı bırakma isteme nedenleri (%)

Hastaların yaş ortalaması 39.14 ± 11.81 yaş, VKİ ortalaması 25.76 ± 4.86 kg/m², sigaraya başlama yaşı ortalaması 17.92 ± 4.73 yaş, içilen günlük sigara miktarı ortalaması 24.53 ± 10.29 (median=20) adet, sigara içme süresi ortalaması 20.66 ± 11.69 (median=19) yıl, sigarayı bırakmayı deneme sayısı ortalaması 2.02 ± 2.47 (median=1), sigarayı bıraktığı en uzun süre ortalaması 173.29 ± 567.74 (median=14) gün, alkol kullanım süresi ortalaması 3.01 ± 6.66 (median=0) yıl, FEV 1 ortalama değeri 93.54 ± 15.62 ve FEV 1/FVC ortalama değeri 107.52 ± 9.52 idi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Hastaların ortalama değerleri

	ort	ss	Median	min	max
Yaş	39.14	11.81	38	18	75
VKİ (Kg/M ²)	25.76	4.86	25.3	15.6	45.2
Sigaraya Başlama Yaşı	17.92	4.73	17	5	60
İçilen Günlük Sigara Miktarı (Adet)	24.53	10.29	20	5	70
Sigara İçme Süresi (Yıl)	20.66	11.69	19	1	66
Sigarayı Bırakmayı Deneme Sayısı	2.02	2.47	1	0	15
Sigarayı Bıraktığı En Uzun Süre (Gün)	173.29	567.74	14	0	10080
Alkol Kullanım Süresi (Yıl)	3.01	6.66	0	0	40
Fev 1	93.54	15.62	95	33	143
Fev 1/Fvc	107.52	9.52	108	56	129

Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği puanı ortalaması 7.59 ± 4.11 (median=7), Beck Depresyon Ölçeği puanı ortalaması 6.32 ± 3.79 (median=6), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ortalaması 6.44 ± 2.42 (median=7), Sigara İçme Arzusu Anketi puanı ortalaması 39.2 ± 15.61 (median=40), Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı ortalaması 16.85 ± 6.22 (median=17), Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı ortalaması 8.29 ± 3.18 (median=8) ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı ortalaması 18.11 ± 3.82 idi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Ölçek, test ve anket puanları

	Ort	ss	median	min	max
Beck Anksiyete Ölçeği	7.59	4.11	7	0	20
Beck Depresyon Ölçeği	6.32	3.79	6	0	19
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	6.44	2.42	7	0	10
Sigara İçme Arzusu Anketi	39.2	15.61	40	10	70
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi					
Duygusallık	16.85	6.22	17	6	30
Karamsarlık	8.29	3.18	8	3	20
Değersizleşme	18.11	3.82	20	3	20

Kadın hastalarda erkek hastalara göre Beck Anksiyete Ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p<0.001$); cinsiyete göre Beck Depresyon Ölçeği puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Medeni duruma göre Beck Anksiyete Ölçeği puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$); evli hastalarda bekar hastalara göre Beck Depresyon Ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0.039$). Ev hanımı olanlarda çalışanlara ve emeklilere göre Beck Anksiyete Ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (sırasıyla $p<0.001$ ve $p=0.019$); ev hanımı olanlarda çalışanlara göre Beck Depresyon Ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0.007$). Sigaraya başlama nedeni stres olanlarda özenti olanlara ve merak olanlara göre Beck Anksiyete Ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (sırasıyla $p=0.029$ ve $p=0.022$); sigaraya başlama nedenine göre Beck Depresyon Ölçeği puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Sigarayı bırakmak için profesyonel destek almayanlarda destek alanlara göre Beck Anksiyete Ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p=0.023$); sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumuna göre Beck Depresyon Ölçeği puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı olmayanlara göre Beck Anksiyete Ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p=0.044$); kronik hastalık varlığına göre Beck Depresyon Ölçeği puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı

farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Akciğer hastalığı olanlarda akciğer hastalığı olmayanlara göre Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.006$ ve $p<0.001$). Başvuru şekline, sigarayı bırakmayı deneme durumuna, evde sigara içen kişi varlığına, işyerinde sigara içen kişi varlığına, evde sigara içme yerine, ailede sigara içen kişiye, alkol kullanım durumuna, KVS hastalık varlığına, endokrin hastalık varlığına, diğer hastalık varlığına ve EKG sonucuna göre Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.5).



Tablo 4.5: Hastaların özelliklerine göre Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları

	Beck Anksiyete Ölçeği				Beck Depresyon Ölçeği			
	ort	ss	median	P	ort	ss	median	p
Cinsiyet								
Kadın	8.41	4.30	8	<0.001	6.52	3.96	6	0.352
Erkek	6.76	3.75	6		6.11	3.60	6	
Medeni Durum								
Bekar	7.49	4.35	7	0.465	6.02	4.06	5	0.039
Evli	7.64	3.98	7		6.48	3.63	6	
Meslek								
Çalışan	7.20	4.09	7	<0.001	5.94	3.72	5	0.004
Emekli	6.94	4.16	6		6.35	3.18	6	
Ev Hanımı	8.74	3.92	8		7.14	3.79	6	
Öğrenci	8.92	4.23	9		7.80	4.94	7	
Başvuru Şekli								
Kendi İsteği	7.55	4.11	7	0.238	6.36	3.83	6	0.319
Doktor Önerisi	6.67	2.63	7		5.12	2.88	5	
Diğer	9.11	4.88	8		6.52	3.64	7	
Sigaraya Başlama Nedeni								
Özenti	7.41	3.94	7	0.018	6.23	3.63	6	0.726
Merak	7.38	4.27	7		6.16	3.82	6	
Stres	8.91	4.38	9		6.94	4.40	6	
Diğer	7.11	3.73	7		6.24	3.44	6	
Sigarayı Bırakmayı Deneme								
Hayır	7.93	4.36	7	0.340	6.56	4.01	6	0.559
Evet	7.46	4.02	7		6.23	3.71	6	
Sigarayı Bırakmak İçin								
Profesyonel Destek Alma								
Hayır	7.77	4.16	7	0.023	6.43	3.82	6	0.164
Evet	6.85	3.85	6		5.87	3.63	5	
Evde Sigara İçen Kişi								
Yok	7.35	3.99	7	0.190	6.17	3.79	6	0.277
Var	7.86	4.24	8		6.49	3.79	6	
İşyerinde Sigara İçen Kişi								
Yok	7.96	4.11	7	0.080	6.59	3.78	6	0.136
Var	7.34	4.10	7		6.13	3.79	6	
Evde Sigara İçme Yeri								
Balkon Pencere	7.43	4.00	7	0.065	6.28	3.76	6	0.555
Oturma Alanı	8.55	4.54	9		6.68	3.85	6	
Balkon Pencere+Oturma Alanı	7.40	4.22	8		6.05	4.10	4	
Ailede Sigara İçen								
Yok	7.30	4.01	7	0.457	6.02	3.53	6	0.348
Anne	7.22	4.16	7		5.89	3.79	5.5	
Baba	7.72	4.24	7		6.76	4.12	6	
Anne+Baba	7.97	4.04	7		6.13	3.53	6	
Alkol Kullanımı								
Yok	7.57	4.09	7	0.959	6.40	3.73	6	0.189
Var	7.63	4.19	7		6.05	3.96	6	
Kronik Hastalık								
Yok	7.35	3.98	7	0.044	6.21	3.73	6	0.360
Var	8.07	4.34	8		6.52	3.91	6	
Akciger Hastalığı								
Yok	7.43	4.08	7	0.006	6.12	3.71	6	<0.001
Var	8.87	4.16	9		7.94	4.04	7	
KVS Hastalık								
Yok	7.52	4.06	7	0.310	6.29	3.79	6	0.544
Var	8.25	4.56	7.5		6.55	3.77	6	
Endokrin Hastalık								
Yok	7.57	4.06	7	0.803	6.35	3.77	6	0.475
Var	7.73	4.52	7		6.03	3.95	5	
Diğer Hastalık								
Yok	7.52	4.12	7	0.113	6.29	3.79	6	0.548
Var	8.29	3.99	8		6.61	3.76	6	
Ekg								
Normal	7.49	4.06	7	0.123	6.24	3.78	6	0.109
Anormal	8.42	4.45	8		6.98	3.81	7	

Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile eğitim düzeyi, sigaraya başlama yaşı ve sigarayı bıraktığı en uzun süre arasında negatif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon, Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile içilen günlük sigara miktarı arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.046$, $p=0.013$ ve $p=0.004$); Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile yaş, VKİ, sigara içme süresi, sigarayı bırakmayı deneme sayısı, alkol kullanım süresi, FEV1 ve FEV 1/FVC arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$). Beck Depresyon Ölçeği puanı ile eğitim düzeyi arasında negatif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon, Beck Depresyon Ölçeği puanı ile VKİ ve içilen günlük sigara miktarı arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.049$ ve $p<0.001$); Beck Depresyon Ölçeği puanı ile yaş, sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi, sigarayı bırakmayı deneme sayısı, sigarayı bıraktığı en uzun süre, alkol kullanım süresi, FEV1 ve FEV 1/FVC arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları ile korelasyon

	Beck Anksiyete Ölçeği		Beck Depresyon Ölçeği	
	r	P	r	p
Yaş	-0.049	0.232	0.018	0.652
Eğitim Düzeyi	-0.149	<0.001	-0.248	<0.001
Vki (Vucut Kitle İndeksi)	0.031	0.453	0.080	0.049
Sigaraya Başlama Yaşı	-0.081	0.046	-0.074	0.069
İçilen Günlük Sigara Miktarı	0.116	0.004	0.160	<0.001
Sigara İçme Süresi	-0.030	0.462	0.039	0.337
Sigarayı Bırakmayı Deneme Sayısı	-0.049	0.232	-0.036	0.373
Sigarayı Bıraktığı En Uzun Süre	-0.100	0.013	-0.070	0.088
Alkol Kullanım Süresi	-0.013	0.743	-0.063	0.123
Fev 1	0.014	0.726	-0.065	0.110
Fev 1/Fvc	-0.053	0.191	-0.046	0.257

Cinsiyete, medeni duruma, mesleğe, başvuru şekline, sigaraya başlama nedenine, sigara bırakmayı deneme durumuna, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumuna, evde sigara içen kişi varlığına,

işyerinde sigara içen kişi varlığına, ailede sigara içen kişiye, alkol kullanım durumuna, kronik hastalık varlığına, akciğer hastalığı varlığına, KVS hastalık varlığına, endokrin hastalık varlığına, diğer hastalık varlığına ve EKG sonucuna göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Evde sigara içme yeri oturma alanı olanlarda balkon pencere olanlara göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p=0.033$) (Tablo 4.7).



Tablo 4.7: Hastaların özelliklerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanları

	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi			
	Ort	Ss	Median	P
Cinsiyet				
Kadın	6.41	2.38	7	0.696
Erkek	6.48	2.45	7	
Medeni Durum				
Bekar	6.47	2.42	7	0.816
Evli	6.43	2.42	7	
Meslek				
Çalışan	6.52	2.39	7	0.515
Emekli	6.40	2.39	7	
Ev Hanımı	6.32	2.51	7	
Öğrenci	5.88	2.39	6	
Başvuru Şekli				
Kendi İsteği	6.49	2.40	7	0.262
Doktor Önerisi	6.08	2.39	6	
Diğer	5.74	2.74	6	
Sigaraya Başlama Nedeni				
Özenti	6.35	2.42	7	0.394
Merak	6.35	2.37	7	
Stres	6.72	2.37	7	
Diğer	6.67	2.59	7	
Sigarayı Bırakmayı Deneme				
Hayır	6.53	2.44	7	0.519
Evet	6.41	2.41	7	
Sigarayı Bırakmak İçin Profesyonel Destek Alma				
Hayır	6.39	2.45	7	0.414
Evet	6.64	2.26	7	
Evde Sigara İçen Kişi				
Yok	6.40	2.45	7	0.703
Var	6.49	2.38	7	
İşyerinde Sigara İçen Kişi				
Yok	6.35	2.44	7	0.468
Var	6.50	2.40	7	
Evde Sigara İçme Yeri				
Balkon Pencere	6.31	2.44	7	0.015
Oturma Alanı	7.00	2.18	7	
Balkon Pencere+Oturma Alanı	7.10	2.49	8	
Ailede Sigara İçen				
Yok	6.38	2.33	7	0.161
Anne	6.06	2.46	6	
Baba	6.36	2.48	7	
Anne+Baba	6.83	2.43	7	
Alkol Kullanımı				
Yok	6.35	2.36	7	0.067
Var	6.71	2.57	7	
Kronik Hastalık				
Yok	6.49	2.39	7	0.592
Var	6.34	2.47	7	

Tablo 4.7'nin devamı;

	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi			
	Ort	Ss	Median	P
Akciğer Hastalığı				
Yok	6.43	2.40	7	0.679
Var	6.51	2.52	7	
KVS Hastalık				
Yok	6.44	2.37	7	0.584
Var	6.46	2.83	7	
Endokrin Hastalık				
Yok	6.42	2.43	7	0.509
Var	6.65	2.34	7	
Diğer Hastalık				
Yok	6.47	2.42	7	0.410
Var	6.20	2.41	7	
EKG				
Normal	6.46	2.40	7	0.605
Anormal	6.31	2.54	6	

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ile sigaraya başlama yaşı ve sigarayı bıraktığı en uzun süre arasında negatif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ile sigara içme süresi arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ile içilen günlük sigara miktarı arasında pozitif yönde orta derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0.008$, $p=0.001$, $p=0.035$ ve $p<0.001$); Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ile yaş, eğitim düzeyi, VKİ, sigarayı bırakmayı deneme sayısı, alkol kullanım süresi, FEV1 ve FEV 1/FVC arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ile korelasyon

	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	
	R	p
Yaş	-0.013	0.755
Eğitim Düzeyi	-0.010	0.807
Vki	0.057	0.163
Sigaraya Başlama Yaşı	-0.107	0.008
İçilen Günlük Sigara Miktarı	0.639	<0.001
Sigara İçme Süresi	0.086	0.035
Sigarayı Bırakmayı Deneme Sayısı	-0.027	0.511
Sigarayı Bıraktığı En Uzun Süre	-0.133	0.001
Alkol Kullanım Süresi	0.075	0.066
Fev 1	-0.074	0.068
Fev 1/Fvc	-0.077	0.058

Kadın hastalarda erkek hastalara göre Sigara İçme Arzusu Anketi puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0.001$).

İşyerinde sigara içen kişi olmayanlarda olanlara göre Sigara İçme Arzusu Anketi puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p=0.046$). Medeni duruma, mesleğe, başvuru şekline, sigaraya başlama nedenine, sigara bırakmayı deneme durumuna, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumuna, evde sigara içen kişi varlığına, evde sigara içme yerine, ailede sigara içen kişiye, alkol kullanım durumuna, kronik hastalık varlığına, akciğer hastalığı varlığına, KVS hastalık varlığına, endokrin hastalık varlığına, diğer hastalık varlığına ve EKG sonucuna göre Sigara İçme Arzusu Anketi puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.9).



Tablo 4.9: Hastaların özelliklerine göre Sigara İçme Arzusu Anketi puanları

	Sigara İçme Arzusu Anketi			
	ort	ss	median	p
Cinsiyet				
Kadın	41.59	15.74	41	<0.001
Erkek	36.81	15.13	38	
Medeni Durum				
Bekar	38.93	15.76	39	0.748
Evli	39.35	15.54	40	
Meslek				
Çalışan	38.26	15.52	39	0.164
Emekli	41.06	17.20	41.5	
Ev Hanımı	41.59	14.88	43	
Öğrenci	38.00	16.75	41	
Başvuru Şekli				
Kendi İsteği	39.20	15.41	40	0.910
Doktor Önerisi	40.12	16.02	40	
Diğer	38.56	19.41	38	
Sigaraya Başlama Nedeni				
Özenti	38.58	15.51	38	0.398
Merak	38.69	14.77	39.5	
Stres	41.46	15.70	43	
Diğer	40.04	17.87	41	
Sigarayı Bırakmayı Deneme				
Hayır	41.10	15.92	41.5	0.094
Evet	38.51	15.45	39	
Sigarayı Bırakmak İçin Profesyonel Destek Alma				
Hayır	39.57	15.42	40	0.231
Evet	37.77	16.31	37	
Evde Sigara İçen Kişi				
Yok	38.77	15.09	39	0.530
Var	39.70	16.19	40	
İşyerinde Sigara İçen Kişi				
Yok	40.82	15.93	41	0.046
Var	38.11	15.31	39	
Evde Sigara İçme Yeri				
Balkon Pencere	38.72	15.30	39	0.193
Oturma Alanı	41.91	16.82	43	
Balkon Pencere+Oturma Alanı	39.45	16.87	43	
Ailede Sigara İçen				
Yok	38.44	15.49	39	0.691
Anne	39.94	17.19	36	
Baba	39.06	15.69	40	
Anne+Baba	40.68	15.26	42	
Alkol Kullanımı				
Yok	38.96	15.50	40	0.587
Var	39.94	15.95	38	
Kronik Hastalık				
Yok	38.74	15.38	39	0.317
Var	40.15	16.06	40.5	
Akciğer Hastalığı				
Yok	38.94	15.54	39	0.278
Var	41.36	16.08	43	
KVS Hastalık				
Yok	39.11	15.47	40	0.746
Var	40.16	16.99	39.5	

Tablo 4.9'un devamı;

	Sigara İçme Arzusu Anketi			
	ort	ss	median	p
Endokrin Hastalık				
Yok	39.12	15.56	40	0.718
Var	39.88	16.05	39.5	
Diğer Hastalık				
Yok	39.07	15.56	39	0.486
Var	40.57	16.09	42.5	
Ekg				
Normal	39.02	15.69	39	0.354
Anormal	40.71	14.96	43	

Sigara İçme Arzusu Anketi puanı ile sigarayı bıraktığı en uzun süre arasında negatif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon, Sigara İçme Arzusu Anketi puanı ile içilen günlük sigara miktarı arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0.001$ ve $p<0.001$); Sigara İçme Arzusu Anketi puanı ile yaş, eğitim düzeyi, VKİ, sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi, sigarayı bırakmayı deneme sayısı, alkol kullanım süresi, FEV1 ve FEV 1/FVC arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Sigara İçme Arzusu Anketi puanı ile korelasyon

	Sigara İçme Arzusu Anketi	
	R	o
Yaş	-0.013	0.743
Eğitim Düzeyi	-0.079	0.054
Vki	0.016	0.695
Sigaraya Başlama Yaşı	-0.049	0.227
İçilen Günlük Sigara Miktarı	0.213	<0.001
Sigara İçme Süresi	0.033	0.425
Sigarayı Bırakmayı Deneme Sayısı	-0.072	0.077
Sigarayı Bıraktığı En Uzun Süre	-0.141	0.001
Alkol Kullanım Süresi	0.007	0.856
Fev 1	-0.019	0.641
Fev 1/Fvc	-0.073	0.072

Kadın hastalarda erkek hastalara göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı ve erkek hastalarda kadın hastalara göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (sırasıyla $p<0.001$ ve $p=0.001$); cinsiyete göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Medeni duruma göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı

farklılık saptanmadı ($p>0.05$); bekar hastalarda evli hastalara göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0.024$). Mesleğe göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Sigaraya başlama nedenine göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$); sigaraya başlama nedeni diğer olanlarda stres olanlara göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0.038$). Sigarayı bırakma deneme durumuna göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$); sigarayı bırakmayı deneyenlerde denemeyenlere göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.025$ ve $p=0.018$). Evde sigara içen kişi varlığına göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$); evde sigara içen kişi olmayan hastalarda olan hastalara göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0.036$). İşyerinde sigara içen kişi olmayan hastalarda olan hastalara göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ve işyerinde sigara içen kişi olan hastalarda olmayan hastalara Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (sırasıyla $p=0.020$ ve $p=0.005$); işyerinde sigara içen kişi varlığına göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Kronik hastalık varlığına göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$); kronik hastalığı olmayanlarda olanlara göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (sırasıyla $p=0.005$ ve $p<0.001$). Akciğer hastalığı olanlarda olmayanlara göre Sigara

Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek, akciğer hastalığı olmayanlarda olanlara göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı (sırasıyla $p=0.037$, $p=0.011$ ve $p=0.034$). KVS hastalık varlığına göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$); KVS hastalığı olmayanlarda olanlara göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p=0.022$). Diğer hastalık varlığına göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$); diğer hastalığı olmayanlarda olanlara göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p=0.020$). Başvuru şekline, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumuna, evde sigara içme yerine, ailede sigara içen kişiye, alkol kullanım durumuna, endokrin hastalık varlığına ve EKG sonucuna göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Hastaların özelliklerine göre Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi puanları

	Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık				Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık				Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme			
	Ort	Ss	median	P	ort	Ss	median	p	ort	ss	median	p
Cinsiyet Kadın Erkek	17.76 15.95	6.10 6.22	18 16	<0.001	7.85 8.74	2.96 3.32	8 9	0.001	18.03 18.20	3.91 3.74	20 20	0.684
Medeni Durum Bekar Evli	16.28 17.17	6.37 6.12	16 18	0.058	8.51 8.17	3.30 3.11	9 8	0.255	18.52 17.89	3.48 3.98	20 20	0.024
Meslek Çalışan Emekli Ev Hanımı Öğrenci	16.45 17.33 17.77 17.52	6.47 6.05 5.59 5.32	16 16 18 19	0.107	8.51 7.44 7.83 8.92	3.18 3.47 2.86 3.70	9 6.5 8 9	0.051	18.28 16.69 18.01 18.72	3.68 4.77 4.02 2.11	20 19 20 20	0.059
Başvuru Şekli Kendi İsteği Doktor Önerisi Diğer	16.75 19.50 16.70	6.15 6.90 6.85	17 21 16	0.124	8.36 7.50 7.67	3.18 3.78 2.34	9 7 8	0.188	18.06 18.75 18.67	3.92 2.03 2.77	20 20 20	0.830
Sigaraya Başlama Nedeni Özenti Merak Stres Diğer	16.62 16.62 17.70 17.27	6.34 6.21 6.02 6.08	16 16 18 16.5	0.441	8.31 8.16 7.79 9.23	3.12 3.11 3.21 3.38	8 8 8 10	0.047	17.92 18.07 18.56 18.36	4.08 3.77 3.40 3.46	20 20 20 20	0.723
Sigarayı Bırakmayı Deneme Hayır Evet	16.52 16.97	6.01 6.30	16 17	0.436	7.87 8.45	3.27 3.13	8 9	0.025	17.63 18.29	4.20 3.66	20 20	0.018

Tablo 4.11'in devamı (1);

	Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık				Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık				Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme			
	Ort	Ss	median	p	ort	ss	median	p	ort	ss	median	p
Sigarayı Bırakmak İçin Profesyonel Destek Alma Hayır Evet	16.76 17.22	6.18 6.40	17 17	0.541	8.20 8.67	3.17 3.17	8 9	0.173	18.01 18.52	3.97 3.16	20 20	0.375
Evde Sigara İçen Kişi Yok Var	16.92 16.78	6.28 6.17	17 16	0.711	8.40 8.17	3.22 3.13	9 8	0.314	18.14 18.09	4.00 3.61	20 20	0.036
İşyerinde Sigara İçen Kişi Yok Var	17.57 16.37	5.82 6.44	17.5 16	0.020	8.06 8.45	3.02 3.27	8 9	0.113	17.74 18.36	4.14 3.58	20 20	0.005
Evde Sigara İçme Yeri Balkon Pencere Oturma Alanı Balkon Pencere+Oturma Alanı	16.77 17.54 15.90	6.19 6.46 5.44	16.5 17 17	0.452	8.23 8.44 9.45	3.24 2.83 2.86	8 9 9.5	0.271	18.16 18.13 17.60	3.74 3.77 4.84	20 20 20	0.853

Tablo 4.11'in devamı (2);

	Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık				Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık				Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme			
	Ort	Ss	median	p	ort	ss	median	p	ort	Ss	median	p
Ailede Sigara İçen	16.55	6.28	16	0.351	8.39	3.31	9	0.837	18.03	3.88	20	0.443
Yok	16.11	6.08	16		8.11	2.29	8		18.58	3.28	20	
Anne	16.92	6.40	17		8.30	3.16	8		17.81	4.28	20	
Baba	17.52	5.81	18		8.15	3.22	8		18.71	2.73	20	
Anne+Baba												
Alkol Kullanımı	16.89	6.20	17	0.817	8.22	3.18	8	0.264	17.95	4.04	20	0.163
Yok	16.74	6.31	17		8.53	3.17	8		18.59	3.03	20	
Var												
Kronik Hastalık	16.65	6.27	16	0.222	8.54	3.23	9	0.005	18.57	3.24	20	<0.001
Yok	17.26	6.13	17		7.80	3.01	8		17.19	4.66	20	
Var												
Akciğer Hastalığı	16.66	6.20	16	0.037	8.40	3.17	9	0.011	18.24	3.66	20	0.034
Yok	18.39	6.23	19		7.45	3.08	7		17.07	4.83	20	
Var												
KVS Hastalık				0.570				0.513				0.022
Yok	16.80	6.22	17		8.32	3.19	8		18.23	3.68	20	
Var	17.41	6.23	17		8.07	3.07	8		16.98	4.94	19	

Tablo 4.11'in devamı (3);

	Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık				Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık				Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme			
	Ort	Ss	median	p	ort	ss	median	p	ort	ss	median	p
Endokrin												
Hastalık	16.75	6.22	17	0.217	8.34	3.19	8	0.404	18.22	3.68	20	0.253
Yok	17.70	6.27	17.5		7.94	3.07	8		17.24	4.77	20	
Var												
Diğer												
Hastalık	16.98	6.25	17	0.150	8.32	3.21	8	0.464	18.24	3.65	20	0.020
Yok	15.64	5.89	16		8.02	2.86	8		16.89	5.13	19	
Var												
Ekg												
Normal	16.80	6.31	17	0.497	8.26	3.18	8	0.292	18.07	3.90	20	0.799
Anormal	17.28	5.44	17		8.57	3.17	9		18.45	3.14	20	

Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı ile FEV 1/FVC arasında negatif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı ile içilen günlük sigara miktarı arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0.001$ ve $p=0.024$); Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Duygusallık puanı ile yaş, eğitim düzeyi, VKİ, sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi, sigarayı bırakmayı deneme sayısı, sigarayı bıraktığı en uzun, süre alkol kullanım süresi ve FEV1 arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$). Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı ile eğitim düzeyi, sigarayı bırakmayı deneme sayısı, sigarayı bıraktığı en uzun süre ve FEV 1/FVC arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0.039$, $p=0.020$, $p<0.001$ ve $p=0.002$); Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Karamsarlık puanı ile yaş, VKİ, sigaraya başlama yaşı, içilen günlük sigara miktarı, sigara içme süresi, alkol kullanım süresi ve FEV1 arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$). Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı ile yaş ve sigara içme süresi arasında negatif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı ile eğitim düzeyi ve sigarayı bırakmayı deneme sayısı arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.004$, $p=0.017$ ve $p=0.003$); Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi-Değersizleşme puanı ile VKİ, sigaraya başlama yaşı, içilen günlük sigara miktarı, sigarayı bıraktığı en uzun, süre alkol kullanım süresi, FEV1 ve FEV 1/FVC arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi puanları ile korelasyon

	Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusalılık		Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık		Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme	
	R	P	r	p	r	P
Yaş	0.002	0.968	-0.071	0.080	-0.130	0.001
Eğitim Düzeyi	-0.049	0.225	0.084	0.039	0.097	0.017
Vki	-0.016	0.688	-0.015	0.713	-0.046	0.260
Sigaraya Başlama Yaşı	-0.014	0.729	0.016	0.698	0.042	0.305
İçilen Günlük Sigara Miktarı	0.092	0.024	-0.026	0.522	-0.021	0.607
Sigara İçme Süresi	0.004	0.929	-0.075	0.064	-0.117	0.004
Sigarayı Bırakmayı Deneme Sayısı	0.037	0.369	0.094	0.020	0.122	0.003
Sigarayı Bıraktığı En Uzun Süre	-0.036	0.380	0.144	<0.001	0.075	0.065
Alkol Kullanım Süresi	-0.017	0.670	0.059	0.149	0.061	0.131
Fev 1	-0.015	0.721	0.006	0.893	0.076	0.063
Fev 1/Fvc	-0.132	0.001	0.128	0.002	-0.006	0.891

Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında pozitif yönde orta derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı, Sigara İçme Arzusu Anketi puanı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı, Sigara İçme Arzusu Anketi puanı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ile Sigara İçme Arzusu Anketi puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusalılık puanı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusalılık puanı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusalılık puanı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusalılık puanı ile Sigara İçme Arzusu Anketi puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık puanı ile Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme puanı arasında pozitif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık puanı ile Sigara İçme Arzusu Anketi puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme puanı ile Beck Depresyon

Ölçeği puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık puanı ile Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık puanı arasında negatif yönde zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.031$, $p<0.001$, $p=0.001$ ve $p<0.001$). Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık puanı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık puanı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık puanı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme puanı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme puanı ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı, Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme puanı ile Sigara İçme Arzusu Anketi puanı ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık puanı ile Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Ölçek, anket ve test puanlarının birbirleri ile korelasyonu

	r	p
Beck Anksiyete Ölçeği – Beck Depresyon Ölçeği	0.636	<0.001
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi – Beck Anksiyete Ölçeği	0.188	<0.001
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi – Beck Depresyon Ölçeği	0.174	<0.001
Sigara İçme Arzusu Anketi – Beck Anksiyete Ölçeği	0.222	<0.001
Sigara İçme Arzusu Anketi – Beck Depresyon Ölçeği	0.199	<0.001
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi – Sigara İçme Arzusu Anketi	0.347	<0.001
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık – Beck Anksiyete Ölçeği	0.242	<0.001
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık – Beck Depresyon Ölçeği	0.197	<0.001
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık – Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	0.228	<0.001
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık – Sigara İçme Arzusu Anketi	0.491	<0.001
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık – Beck Anksiyete Ölçeği	-0.073	0.072
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık – Beck Depresyon Ölçeği	-0.074	0.070
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık – Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	-0.026	0.519
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık – Sigara İçme Arzusu Anketi	-0.219	<0.001
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme – Beck Anksiyete Ölçeği	0.001	0.987
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme – Beck Depresyon Ölçeği	-0.131	0.001
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme – Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	-0.019	0.647
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Değersizleşme – Sigara İçme Arzusu Anketi	-0.041	0.308
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık – Karamsarlık	-0.171	<0.001
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Duygusallık – Değersizleşme	0.018	0.653
Sigara Bırakma Yorgunluğu Anketi Karamsarlık – Değersizleşme	0.088	0.031

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

Sigara günümüzde ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak insan hayatını etkilemektedir. Aktif sigara içiciliğinin yanı sıra pasif sigara içiciliği de önemli mortalite ve morbidite neden olmaktadır. Dünya sağlık örgütü raporlarına göre gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde sigaradan ölen insan sayısının katlanarak artacağı düşünülmektedir[4]. Bundan dolayı hükümetimizin çıkardığı yasalar ve politikalar sayesinde insanların sigara içmenin zararlarının farkına vardıkları ve sigarayı bırakmaya sağlık için önem verdikleri düşünülebilir.

Çalışmamızın sosyodemografik verilere baktığımızda hastalarımızın yaş ortalaması hastalarımızın yaş ortalaması 39.14 ± 11.81 yaştır; Z yaşar ve arkadaşlarının 2106 yılında 320 kişiyle yaptıkları çalışmada yaş ortalamaları $42,6 \pm 13,5$ (17-77 yıl)[61]. Bunun nedeni 10-15 yıllık sigara içimi sonrası sağlığınıza etkilerinin çıkmasıdır. Hastalarımızın %64,6'sı evli ve hastalarımızın %46.4'ünde evde sigara içen başka bir kişi vardı. E Argüder ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada medeni durumun sigara bırakma tedavisi üzerine etkisi olmadığını bildirmişlerdir. Evlilerin eşleriyle birlikte sigara içmeleri ve sigara bırakma tedavisine direkt etkisi olmasa da sigarayı bıraktığında tekrar başlamayı kolaylaştırıcı etkisi olabilir. Çalışmamızda eğitim olarak en sık (%36.2) yüksekokul mezunudur; S Şahbaz ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ile sigara bırakma arasında anlamlı bir ilişki vardır[62]. En sık sigaraya başlama nedeni özentisi %43 ile ilk sırayı almaktadır; AS Mayda ve arkadaşlarının 2010 yılında öğrenciler üzerine yaptığı çalışmada[63] ve Şahin ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada özentisi en sık başlama nedendir ve bizim çalışmamızla bulgular benzerdir. [64] Hastaların en sık polikliniğe başvuru şekli kendi isteğiyledir; S Gücük ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sonuçlar benzerdir. [65] O Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara kullanan öğrencilerin % 65,1'inin

annelerinin, % 44,3'ünün ise babalarının sigara içtikleri tespit edilmiş[66] bizim çalışmamızda da %38,2'sinde baba, %6'sında anne ve %19,5'inde hem anne hem de baba sigara içiyordu bu durum ailenin kötü örnek olmasına hem pasif içiciliğe hem de sigaraya başlamaya bir etken olmaktadır. Sigara bırakmayı denendiğinde en büyük zorluk nikotin çekilmesine sinirlilik bağlı olarak yoksunluğa bağlı sinirlilik olarak bulunmuştur. EM Ünüvar ve G Dişçigil'in 2015 yılında yaptığı[67] çalışmada da sigarayı bırakma denemesinde en çok bildirilen güçlük sinirlilik olduğu tespit edilmiş bizim çalışmamızla benzer sonuçlar vardır. M Baştürk ve arkadaşlarının 2016 yılında öğrenciler üzerine yaptığı çalışmada[68] sigara içmeyi tetikleyen durumlarda en sık neden stres olarak tespit etmişler yemek sonrası üçüncü sıradadır. Bizim çalışmamızda sigara içmeyi tetikleyen en sık nedenin yemek sonrası olması polikliniğe başvuran hastaların daha çok çalışan emekli ve ev hanımı olması daha düzenli bir yaşam tarzının olmasıdır. Sigarayı bırakmak denendiğinde karşılaşılan güçlükler en sık (%54.2) sinirlilik, 2.sıklıkta (%52.1) aşırı sigara içme isteğidir ve hastalarımızın %20.3'ü sigarayı bırakmak için profesyonel destek aldığını belirtilmektedir. F Fidan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada profesyonel desteğin sigara bırakmadaki güçlükleri azaltmada etkili olduğudur[69]. Çalışmamızdaki hastalara bırakmayı neden istediklerini sordüğümüzda en sık (%67.8) ileride hastalanma endişesi, 2.sıklıkta (%36) ekonomik nedenler ve 3.sıklıkta (%32.4) çevresine zarar verme olarak bildirildi. Literatürde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında benzer şekilde en fazla neden olarak hastalanma endişesi, sağlığın bozulma endişesi veya sigaranın sağlığa zararları gösterilmiştir[70]. Buradan anlaşılabileceği gibi sigara kullanıcıları sigaranın sağlığa verdiği zararın farkında olduğu ve sağlıklarının bozulacağı korkusu ile sigarayı bırakmak istemektedirler. Bu yüzden sigaranın zararları konusunda daha çok farkındalık oluşturmak sigara bırakmada önemli etkenlerden biri olabilir. Diğer nedenlerden hasta olmak, ekonomik nedenler ve çevreye örnek olma veya zarar verme endişesi ise geri planda kalmaktadır. Bizim çalışmamız ve benzer çalışmalarda görülen çarpıcı sonuçlardan biri de doktor önerilerinin (%4) bırakma nedeni olarak geri planda kalmasıdır. Bu duruma sebep olan etkenler arasında hastanın sigaradan bağımsız bir nedenle hekime başvuruyor olması, poliklinik yoğunluğu sebebiyle sigara konusuna yeterince vakit ayıramaması veya hastaların bu konuda konuşmak

istememeleri olabilir. Halbuki yapılan bir çalışmada doktor önerisiyle sigara içmeyi bırakanların başarı oranlarının yüksek olduğu gözlenmiştir [71]. Bu durum gerek birinci basamak hekimlerinin gerekse branş hekimlerinin her ne sebeple olursa olsun hastalarının tütün ve tütün ürünleri kullanımı konusunda sorgulaması gerektiğini ve etkili bir şekilde yönlendirici olması gerektiğini göstermektedir.

Bizim çalışmamızda sigara içen hastaların sosyodemografik bulgularıyla Beck Anksiyete arasındaki ilişkiye bakıldığında kadınlar da erkeklere göre Beck anksiyete ölçeğinde anlamlı derece yüksek skorlar vardır. Serdal Işıktaş ve arkadaşlarının 2019 yılında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyet’inde 250 öğrenciyle yaptığı[72] çalışmada da kadın öğrencilerin anksiyete skoru ortalaması erkek öğrencilere göre fazladır. Bu durum bize kadınlarında anksiyetenin daha fazla görüldüğü ve sigarayı rahatlamak için kullandıkları yorumlayabiliriz. AD Esen ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı Manisa’da 73 kişiyle yaptığı çalışmada[73] Beck anksiyete ölçeği skoru çalışanlar kişilerde diğer gruplara göre yüksek sonuçlar bulunmuştur; bizim çalışmamızda çalışanların anksiyete skoru diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Beck anksiyete ölçeğinde özenti ile anlamlıdır; F FİDAN ve arkadaşlarının Nisan 2003-Aralık 2004 tarihleri arasında Afyon’da 135 kişiyle yaptığı çalışmada sigaraya başlama sebebi olarak özenti en sık neden olarak bulmuşlardır[69]. Yine F Fidan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete skoru yüksek olan hastalarda sigarayı bırakma konusunda profesyonel desteğe daha fazla ihtiyaç duymuşlardır[69]. N Lök ve arkadaşlarının 2017 yılında Konya’da 1354 kişiyle yaptığı çalışmada bekarların evlilere göre Beck depresyon ölçeği skoru daha yüksek bulunmuş [74]. Çalışmamızda Beck depresyon ölçeği skoru medeni duruma göre bekârlarda evlilere göre daha yüksek ve anlamlıydı bunun sebebi Major depresif bozukluk riski bekarlarda, ayrı yaşayanlarda, dul ve boşanmış olanlarda evlilerden daha yüksek çıkmasıdır[75] çalışmamızın bekar grubu bekar eşinden ayrılmış ve dulları da kapsamaktadır. R Kutlu ve arkadaşlarının 2012-2013 yılları arasında Konya’da 170 kişiyle yaptığı çalışmada akciğer hastalığı olan hastalarda Beck depresyon ölçeği skoru normalden fazla bulunmuş bu durumda çalışmamızı desteklemektedir[76]. H Hezer ve A Karalezli’nin 2018 yılında 130 olguyla 82 erkek ve 48 kadın hastayla yaptıkları çalışmada kadın ve erkeklerin sigara içme arzusu

ölçeğinde skor arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır. M Demirezent ve MA Kurçer'in 2005 yılında Zonguldak'ta 127 hastayla yaptığı çalışmada[77] bizim çalışmamızda olduğu gibi kadınlarda sigara içme arzu ölçeği skoru erkeklere göre daha fazladır. X Liu ve arkadaşlarının ABD'de 1307 katılımcıyla yaptığı çalışmada[78] kadınların erkeklere göre daha fazla sigara bırakma yorgunluğu yaşadığını tespit etmişlerdir bizim çalışmamızda sigara bırakma yorgunluğu ölçeğine göre kadınlarında sigara bırakma yorgunluğu duygusallık skoru erkeklere göre fazladır. Bryan W. Heckman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2 haftada bir 301 hastayı sigara bırakma yorgunluğu testine tabi tutmuşlardır ve hastalarda sigara bırakma yorgunluğu skorları başlangıca göre yükselmiş ve tekrar sigaraya başlamışlardır[79, 80]. Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği bize hastaların sigarayı bırakmada hastaların sık görüşmelerle desteklenmesi gerektiğini ve önemini vurgulamaktadır.

5.2. SONUÇ

Sigara günümüzün önemli halk sağlığı sorunlarından biridir ve zengin içeriği nedeniyle hem fiziksel zararları hem de bağımlılık yapıcı etkisinden dolayı polikliniğe başvuran hastalar dikkatle incelenmelidir. Psikoterapiyle desteklenmeli düzenli görüşmelere çağırılmalıdır.

Olgularımızın küçük bir kısmı doktor önerisi ile polikliniğimize başvurduğunu ifade etmektedir. Poliklinik yoğunluğu ve şikayetlerinin sigaradan bağımsız olması, branş hekimlerinin sigara bırakma tedavilerine ve yönetimine hakim olamayışından kaynaklanabilmektedir. Ancak birinci basamakta çalışan aile hekimleri koruyucu hekimlik hizmetlerinin bir bölümü olarak tütünle mücadeleyi benimsemeli, gerek aktif gerekse pasif içici olan her hastayı sorgulamalı ve tütün zararları konusunda bilgilendirmelidir. Aynı zamanda sigara bırakma poliklinikleri yaygınlaştırılmalı ve bu konuda eğitilmiş ve deneyimli personel yetiştirilmelidir.

Çalışmanın kesitsel olması ve katılımcıların anket formlarını kendi doldurması, tanısal değeri olan psikiyatrik görüşmenin yapılamamış olması, psikiyatrik hastalıklar konusunda genelleme yapmayı engellemektedir.

Sigara bırakma tedavisi üzerindeki tüm faktörlerin belirlenmesi açısından sigara bırakma polikliniklerinde daha kapsamlı ve çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Yaptığımız ölçeklerle hastaların sigara bırakma konusunda daha öngörülebilir kılmayı amaçlanmıştır.



Kaynaklar

1. Shibuya, K., et al., *WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty*. Bmj, 2003. **327**(7407): p. 154-157.
2. Bilir, N., *Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde?* Turk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal, 2009. **10**(1).
3. Ozturk, O., B. Yalcin, and M. Unal, *The quality of life difference between smoker and non smoker rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis patients*. J Addiction Res Ther, 2014. **5**: p. 1-6.
4. Organization, W.H., *WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use*. 2019.
5. Araştırması, A.Y., *Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK)*. Erişim <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do>, 2016.
6. Programı, U.T.K., *TC Sağlık Bakanlığı Yayını*. 2008.
7. Organization, W.H., *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 1992: Geneva: World Health Organization.
8. Yorgancıoğlu, A. and A. Esen, *Sigara bağımlılığı ve hekimler*. Toraks Dergisi, 2000. **1**(1): p. 90-5.
9. Kochanek, K.D., et al., *Deaths: final data for 2009*. 2011.
10. Ersan, A., *Tütün Sektör Profili*. İstanbul Ticaret Odası, Etüt ve Araştırma Şubesi, 2004.
11. Mu, G.Ş.O., *Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri*.
12. Yılmaz, F., *Tütünün Macerası II. The Adventure of Tobacco*, Tombak, 2000: p. 34.

Kaynaklar

13. Mathers, C.D. and D. Loncar, *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS medicine, 2006. **3**(11): p. e442.
14. Kurumu, H.S., *2012 Aralığında Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA)*. 2008, Ankara.
15. Çan, G., *Sigara epidemiyolojisi*. Sigara ve Sağlık (Ed Nihat Özyardımcı). Bursa, 2002: p. 49-59.
16. Behr, J. and D. Nowak, *Tobacco smoke and respiratory disease*. World, 2002. **58**(44): p. 1-20.
17. Dülek, H., Z.T. Vural, and I. Gönenç, *Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri*. e-ISSN: 2148-550X Cilt, 2018. **9**(2): p. 53-58.
18. Küçükavruk, E., *Atatürk Sağlık Yüksek Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı Ve Bunu Etkileyen Faktörler*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2002.
19. Türkcan, A., *Sigara Bırakma Rehberi*. Sistem Yayıncılık. İstanbul, 2004.
20. Pişkinpaşa, N. and M.E. Pişkinpaşa, *POLİS HASTALARDA SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞI İLE İRRİTABL BARSAK SENDROMU İLİŞKİSİ*. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015. **4**(1): p. 24-26.
21. Bilir, N., *Sigara ve kanser*. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
22. Humans, I.W.G.o.t.E.o.C.R.t., W.H. Organization, and I.A.f.R.o. Cancer, *Tobacco smoke and involuntary smoking*. 2004: Iarc.
23. YILDIZ, L. and H. KILIÇ, *Sigaranın klinik ve biyokimyasal etkileri*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2000. **20**(5): p. 306-312.
24. Derneği, T.T., *Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu*. Akkoçlu A, Savaş İ, Göksel T, Yılmaz U (Editörler). *Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Rehberi*. Toraks Dergisi, 2006. **7**.

Kaynaklar

25. Karlıkaya, C., et al., *Tütün kontrolü*. Toraks dergisi, 2006. 7(1): p. 51-64.
26. Kayaalp, S.O., *Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji*. 2005: Hacettepe Taş Kitapçılık Limited Şti.
27. Tutka, P., J. Mosiewicz, and M. Wielosz, *Pharmacokinetics and metabolism of nicotine*. Pharmacol Rep, 2005. 57(2): p. 143-153.
28. Russell, M., et al., *Nicotine intake by snuff users*. Br Med J (Clin Res Ed), 1981. 283(6295): p. 814-817.
29. Fiore, M.C., et al., *Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline*. 2000, Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
30. Fletcher, C., et al., *The natural history of chronic bronchitis and emphysema. An eight-year study of early chronic obstructive lung disease in working men in London*. 1976: Oxford University Press, 37 Dover Street, London. W1X 4AH.
31. Kaleli, S., *Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010. 5(14): p. 39-56.
32. Birliği, A.P., *Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çeviri editörü: Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
33. Shafey, O., et al., *The tobacco atlas 3rd ed*. Atlanta: American Cancer Society, 2009.
34. Kanit, L. and K.A.T.B. Biyofizyolojisi, *Aytemur ZA, Akcay Ş, Elbek O, editors. Tütün ve Tütün Kontrolü*. Ankara: Türk Toraks Derneği Yayını, 2010. 10: p. 141-56.
35. Subramanian, J. and R. Govindan, *Lung cancer in never smokers: a review*. Journal of clinical oncology, 2007. 25(5): p. 561-570.

Kaynaklar

36. Ceyhun, A.G. and S.H. Bülbul, *Pasif sigara içiciliği*. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2007. **10**(3): p. 123-128.
37. Health, U.D.o. and H. Services, *Public Health Service, Centers for Disease Control*. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. The Health Benefits of Smoking Cessation-a report of the Surgeon General. DHHS Publication No.(CDC), 1990: p. 90-8416.
38. Keskinoglu, P. and G. Aksakoglu, *Pasif sigara içiciliğinin çocuklarda solunum sistemi üzerindeki etkileri Çağrılı Editör*. Türk Pediatri Arşivi, 2007. **42**(4): p. 136-141.
39. Guindon, G.E., et al., *The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature*. Geneva: World Health Organization, 2006.
40. Edis, E.C. and C. Karlıkaya, *The cost of lung cancer in Turkey*. Tuberkuloz ve Toraks Dergisi, 2007. **55**(1): p. 51-58.
41. Derneği, T.E., *Tütün Raporu*. 2016.
42. Bakanlığı, S., *Yılı Bütçe Sunumu TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu*. Retrieved November 27, 2018. 2018.
43. Hıfzıssıha, T.S.B.R.S. and M.B.H.M. Müdürlüğü, *Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu-2004*. 2013.
44. Ekerbiçer, H.Ç., U. Berberoğlu, and M.B. İnci, *Dumansız Bir Çevre Mücadelesi: Düinden Bugüne*. Sakarya Tıp Dergisi. **8**(3): p. 470-474.
45. Raporu, D.K.T.S., *MPOWER paketi*. Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2008.
46. Kılınç, O. and T. Günay, *Türkiye Tütün Kontrolünde Hangi Noktada? Engeller ve Çözüm Önerileri*. “31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü” Nedeniyle Özel Sayı, 2014: p. 4.
47. Bakanlığı, T.S., *Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye 2012*. Sağlık Bakanlığı Yayın, 2014(948).

48. Anderson, J.E., et al., *Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation*. Chest, 2002. **121**(3): p. 932-941.
49. Uzaslan, E., *Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım*. Türkiye Klinikleri Archives of Lung, 2003. **4**(4): p. 225-234.
50. Prochaska, J.O., C.A. Redding, and K.E. Evers, *The transtheoretical model and stages of change*. Health behavior: Theory, research, and practice, 2015: p. 125-148.
51. ÖZGE, C., *Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaş Raporu*. 2104 ed. Türk Toraks Derneği. Vol. 0. 2014. 76.
52. Covey, L.S., et al., *Advances in non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation*. Drugs, 2000. **59**(1): p. 17-31.
53. Benowitz, N.L. and M.W. Peng, *Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation*. CNS drugs, 2000. **13**(4): p. 265-285.
54. Doğan, Y.H., *Sigarayı Bırakmada Antidepresanların Rolü*. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2007. **9**(1): p. 32-36.
55. Lerman, C., et al., *Effect of bupropion on depression symptoms in a smoking cessation clinical trial*. Psychology of Addictive Behaviors, 2004. **18**(4): p. 362.
56. Ferry, L.H., *Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation*. Primary Care: Clinics in Office Practice, 1999. **26**(3): p. 653-669.
57. Jorenby, D.E., et al., *for the Varenicline Phase 3 Study Group*. 2006.
58. Gonzales, D., et al., *Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial*. Jama, 2006. **296**(1): p. 47-55.

59. Evins, A.E., et al., *Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a randomized clinical trial*. Jama, 2014. **311**(2): p. 145-154.
60. Cerimele, J.M., *Tobacco Cessation*.
61. Yaşar, Z., et al., *Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler*. Eurasian J Pulmonol, 2014. **16**: p. 99-104.
62. SAĞLIK, T.V., *Sigara içme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri*. Toraks Dergisi, 2007. **8**(2): p. 110-114.
63. GERÇEK, Ç.G., et al., *Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı sıklığı ve kullanmaya başlama nedenleri*. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 2010. **12**(3): p. 7-14.
64. Şahin, E.V., et al., *Sigara bırakma merkezlerine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığına yaklaşım ve etkileyen faktörler*. Ortadoğu Tıp Dergisi, 2019. **11**(3): p. 259-262.
65. Gücük, S. and M. Kayhan, *Hastalarımızın Kontrole Gelme Sıklıkları İle Sigara Bırakma Davranışları İlişkisi: Polikliniğimizin İlk Bir Yıllık Sonuçları*. Osmangazi Tıp Dergisi, 2018. **41**(4): p. 371-379.
66. KILIÇ, O., et al., *Öğrencilerin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği, Samsun*. Türkiye Tarımsal Araştırmalar Dergisi, 2018. **5**(3): p. 274-279.
67. Ünüvar, E.M. and G. Dişçigil, *Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler–Hekim adayları örneği*. The Journal of Turkish Family Physician, 2017. **8**(3): p. 57-65.
68. Baştürk, M., et al., *Tıp Fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları, Anksiyete Düzeyleri ve 4207 Sayılı Kanun Hakkındaki Tutumları*. Konuralp Tıp Dergisi, 2018. **10**(3): p. 282-288.

Kaynaklar

69. Fidan, F., et al., *Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları*. Kocatepe Tıp Dergisi, 2005. **6**(3): p. 27-34.
70. Argüder, E., et al., *Sigara Bırakma Başarisini Etkileyen Faktörler/Factors Affecting the Success of Smoking Cessation*. Turk Toraks Dergisi, 2013. **14**(3): p. 81.
71. Sağlam, L., *Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success*. Turkish Journal of Medical Sciences, 2012. **42**(3): p. 515-522.
72. Işıktaş, S., et al., *Sigara İçen Ve İçmeyen Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tutumları Açısından Karşılaştırılması*. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi. **1**(2): p. 102-107.
73. Esen, A.D. and S. Arıca, *Sigarayı Bırakmak için Başvuranlarda Nikotin Bağımlılık Düzeyi ve Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi*. Ankara Medical Journal, 2018. **18**(3): p. 328-336.
74. Lök, N. and K. Bademli, *YETİŞKİN BİREYLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE ve DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ*. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2017. **14**(40): p. 101-110.
75. Çelik, F.H. and Ç. Hocoğlu, *Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme*. Çağdaş Tıp Dergisi, 2016. **6**(1): p. 51-66.
76. Kutlu, R., et al., *Göğüs cerrahisi servisinde yatan hastalarda depresyonun ve yaşam kalitesinin kısa form 36 ile değerlendirilmesi*. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 2015. **23**(3): p. 524-31.
77. Demirezent, M. and M.A. Kurçer, *Effect of Smoking Cessation on Anxiety and Urge for Smoking*.
78. Liu, X., et al., *Understanding the role of cessation fatigue in the smoking cessation process*. Drug and Alcohol Dependence, 2013. **133**(2): p. 548-555.

79. Mathew, A.R., et al., *Development and initial validation of a cessation fatigue scale*. Drug and alcohol dependence, 2017. **176**: p. 102-108.
80. Heckman, B.W., et al., *Does cessation fatigue predict smoking-cessation milestones? A longitudinal study of current and former smokers*. Journal of consulting and clinical psychology, 2018. **86**(11): p. 903.



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: 17.04.2019

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara Bırakma Oranlarının Sigara İçme Arzusu ve Sigara Bırakma Yorgunluğu İle İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğretim Üyesi Hasan Hüseyin Mutlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐				
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 DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENİLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
DİĞER:	☐					

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019/0175	Tarih: 17.04.2019
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan

İmza:

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

SAYI:

Tarih: 17.04.2019

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara Bırakma Oranlarının Sigara İçme Arzusu ve Sigara Bırakma Yorgunluğu İle İlişkisi
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
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan
İmza:

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULUNA

19.04.2019 Tarihli etik kurulun 2019/0175 numaralı kararı ile alınan "Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigara bırakma oranlarının sigara içme arzusu ve sigara bırakma yorgunluğu ile ilişkisi" olan tez başlığımın "Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastaların sigara içme arzusu ve sigara bırakma yorgunluğu ilişkisi" olarak değiştirilmesini ve yapılacak bu değişiklik sadece başlığı kapsamaktadır. Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Dr. Öğrt. Dr. Hacer Huseyn
Mutlu

Asistan Dr. Ersin İSTEK

Hygunder
İsmail Öker

İSTANBUL MEDENİYET UNIV.
GÖZTEPE E.A.H.
DR. DR. ŞÜKRÜ Sadek ÖNER
Tıbbi Farmakoloji
Dip. Tes. No: 2001/025

Etik Kurul Başkanı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÖZTEPE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - İSTANBUL
MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ GELEN-GİDEN EVRAK
BİRDİM
04/06/2020 16:15 - 23898784-000-7505
BİT 154.111



İSTANBUL MEDENİYET
ÜNİVERSİTESİ

SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ

Tarih:

Protokol no:

Adı Soyadı:

Doğ. Yeri ve Yılı:

Cinsiyet:

Kadın

Erkek

Medeni Durum:

1-evli

Çocuk sayısı:

2-bekar

Eğitim Durumu:

1- OY değil

2-ilkokul

3-ortaokul

4-lise

5-yüksekokul

Meslek:

Adres:

Telefon:

SİGARA ANAMNEZİ

Başvuru:

1-Doktor önerisi

2-Kendi isteğiyle

3-Diğer

Sigara başlama nedeni: 1-Merak

2-Özenti

3-Stres

4-Diğer

Sigaraya başlama yaşı:

Şu anda içtiğiniz sigara miktarı:

Markası:

Kaç yıldır sigara içiyorsunuz? (paket/yıl):

İçtiğiniz tütün türü:

1-filtreli

2-filtresiz

3-pipo

4-nargile

5-diğer

Şimdiye kadar bırakmayı denediniz mi?

1-evet

2-hayır

Evet ise:

1-Kaç kez?

2-En uzun ne kadar süre bıraktınız?

Bırakmayı denediğinizde karşılaştığınız güçlükler nelerdi?

1-sinirlilik

4-uyku bozukluğu

7-iştah artışı

2-konsantrasyon bozukluğu

5-kabızlık

8-aşırı sigara içme isteği

3-baş ağrısı

6-ağız yaraları

9-Diğer

Alkol kullanır mısınız?

1-evet

2-hayır

Evet ise:

1-Kaç yıldır?

2-ne sıklıkta?

Sigara bırakmayı neden istiyorsunuz?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1- Hastalığım nedeniyle | 5- İnançlarımdan dolayı | 9- Kokusundan rahatsız oluyorum |
| 2- İleride hastalanma endişesi | 6- Çevreme örnek olmak için | 10- Doktor önerisi |
| 3- Çevreme zarar veriyor | 7- Toplum baskısı | 11- İşyeri baskısı |
| 4- Ekonomik nedenler | 8- Utandığım için | 12- Diğer... |

Sigarayı bırakmak için hiç profesyonel destek aldınız mı?

1-Evet

2-Hayır

Evet ise: 1-Farmakolojik: a) CHAMPIX

b)ZYBAN

c)Nikotin repl. (sakız, flaster, diğer)

2- Akupunktur

3-Hipnoz

4-Psikiyatrik

5-Diğer

Sizce sigara içmenizi tetikleyen durumlar nelerdir?

- | | | | | | |
|-------|---------|---------|-----------------|---------|---------|
| 1-çay | 2-kahve | 3-alkol | 4-yemek sonrası | 5-stres | 6-diğer |
|-------|---------|---------|-----------------|---------|---------|

Evde sizden başka içen var mı?

1-evet

2-hayır

İşyerinde birlikte çalıştığınız kişiler sigara içiyor mu?

1-evet

2-hayır

Evde sigara nerede içilir?

1-Oturma alanları

2-balkon/pencere

Evde sigara içmeyip maruz kalan kaç kişi var?**ÖZGEÇMİŞ****Kronik hastalıklar:****Sürekli kullanılan ilaçlar:****Öyküde sorgulanacak olan durumlar:**

- | | |
|---|--|
| ☐ Epilepsi / ilaç kullanımı öyküsü | ☐ Suicid girişimi/düşüncesi |
| ☐ Kafa travması/operasyonu | ☐ CVA öyküsü |
| ☐ Anorexianervosa/bulimia | ☐ Alkolizm |

BAŞVURU MUAYENE BULGULARI

TA:

Önerilen Tedavi:

Boy/Kilo:

İlaç Başlama Tarihi:

CO:

Sigara Bırakma Tarihi:

EKG:

EK-Anksiyete Depresyon Skoru:

ANKSİYETE VE DEPRESYON DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

1) Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.

☐ Çoğu zaman 3 ☐ Birçok zaman 2 ☐ Zaman zaman, bazen 1 ☐ Hiçbir zaman 0

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

☐ Aynı eskisi kadar 0 ☐ Pek eskisi kadar değil 1
☐ Yalnızca biraz eskisi kadar 2 ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil 3

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi korkuya kapılıyorum.

☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli 3 ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil 2
☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor 1 ☐ Hayır hiç öyle değil 0

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum

☐ Her zaman olduğu kadar 0 ☐ Şimdi pek o kadar değil 1
☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil 2 ☐ Artık hiç değil 3

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

☐ Çoğu zaman 3 ☐ Birçok zaman 2 ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil 1 ☐ Yalnızca bazen 0

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

☐ Çoğu zaman 0 ☐ Bazen 1 ☐ Sık değil 2 ☐ Hiçbir zaman 3

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

☐ Kesinlikle 0 ☐ Genellikle 1 ☐ Sık değil 2 ☐ Hiçbir zaman 3

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

☐ Hemen hemen her zaman 3 ☐ Çok sık 2 ☐ Bazen 1 ☐ Hiçbir zaman 0

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

☐ Hiçbir zaman 0 ☐ Bazen 1 ☐ Oldukça sık 2 ☐ Çok sık 3

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle 3 ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum 2
☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum 1 ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum 0

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla 3 ☐ Oldukça fazla 2 ☐ Çok fazla değil 1 ☐ Hiç değil 0

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar 0 ☐ Her zamankinden biraz daha az 1
☐ Her zamankinden kesinlikle az 2 ☐ Hemen hemen hiç 3

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık 3 ☐ Oldukça sık 2 ☐ Çok sık değil 1 ☐ Hiçbir zaman 0

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla 0 ☐ Bazen 1 ☐ Pek sık değil 2 ☐ Çok seyrek 3

Değerlendirme Ölçeği :

1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 numaralı sorular anksiyeteyi ölçer, skor ≥ 10 ise pozitif kabul edilir.

2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 numaralı sorular depresyonu ölçer, skor ≥ 7 ise pozitif kabul edilir.

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

PUAN :

1-İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar zaman sonra içersiniz?

- İlk 5 dk. (3) 6-30 dk. (2) 31-60 dk. (1) >1 saat (0)

2- Sigara içmenin yasak olduğu yerde zorlanır mısınız? Evet (1) Hayır (0)

3- İçmeden duramayacağınız sigara hangisidir? Sabah ilk olan (1) diğerleri(0)

4- Günde kaç tane sigara içiyorsunuz? ≤ 10 (0) 11-20 (1) 21-30 (2) ≥ 31 (3)

5- Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz? Evet (1) Hayır (0)

6- Günü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız bile içer misiniz? Evet (1) Hayır (0)

Bırakma evresi: düşünmeme - düşünme - hazırlanma - deneme - sürdürme

SİGARA BIRAKMA YORGUNLUĞU ÖLÇEĞİ		Kesinlikle katılmıyor	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
DUYGUSALLIK BOYUTU						
1	Sigarayı bırakmaya çalışmaktan duygusal olarak tükenmiş hissediyorum.	1	2	3	4	5
2	Çoğu zaman sigarayı bırakmaya çalışmak bile anlamsız görünüyor.	1	2	3	4	5
3	Sigarayı bırakmak konusunda umutsuz hissediyorum.	1	2	3	4	5
4	Sigarayı bırakmayı düşündüğüm zaman cesaretim kırıldı.	1	2	3	4	5
5	Sigarayı bırakmaya çabalamak çok güç.	1	2	3	4	5
6	Sigarayı bırakmaya çalışmaktan artık yoruldum.	1	2	3	4	5
KARAMSARLIK BOYUTU						
7	Sigara içmeye dayanabileceğim öğrendiğim durumlar var.	1	2	3	4	5
8	Sigarayı bırakmama yardım edecek birçok stratejim var.	1	2	3	4	5
9	Zamanla sigarayı bırakmak için neyin işe yarayıp neyin işe yaramadığını öğrendim.	1	2	3	4	5
DEĞERSİZLEŞME						
10	Sigarayı bırakmak genel yaşam kalitemi artıracak	1	2	3	4	5
11	Sigarayı bırakmanın yararları zararlarına göre çok daha fazla.	1	2	3	4	5
12	Sigarayı bırakmak beni bir birey olarak mutlu ederdi.	1	2	3	4	5
13	Sigara bırakılmaya değer.	1	2	3	4	5

SİGARA İÇME ARZUSU ÖLÇEĞİ

	1-Hiç katılmıyorum	2-Katılmıyorum	3-Kısmen katılmıyorum	4-Kararsızım	5-Kısmen katılıyorum	6- Katılıyorum	7-Tamamen katılıyorum
1. Şu anda sigara içme isteğim var							
2. Şu anda hiçbir şey bir sigaradan daha iyi olamaz							
3. Şimdi eğer mümkün olsaydı bir sigara içerdim.							
4. Eğer sigara içebilseydim her şeyi kontrol edebilirdim.							
5. Şu an tüm isteğim bir sigara içmek.							
6. Acilen bir sigara içmeye ihtiyacım var.							
7. Şimdi bir sigara iyi olurdu.							
8. Bir sigara içmek için neredeyse her şeyi yapardım.							
9. Sigara içmek beni daha az depresif yapardı.							
10. En kısa zamanda sigara içeceğim.							