T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KANSER ENDİŞESİNİN ERKEN DÖNEM SİGARA BIRAKMA BAŞARISINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Umut Demireriden

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

İstanbul,2023

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KANSER ENDİŞESİNİN ERKEN DÖNEM SİGARA BIRAKMA BAŞARISINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Umut Demireriden

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

İstanbul,2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....iii

SİMGELER VE KISALTMALAR.....iv

TABLOLAR.....v

ŞEKİLLER.....vi

ÖZET.....vii

ABSTRACT.....viii

1. GİRİŞ VE AMAÇ..... 1

2. GENEL BİLGİLER..... 4

2.1 SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ..... 4

2.2 TÜTÜN BAĞIMLILIĞI VE BİYOFİZYOLOJİSİ..... 5

2.3 KORKU VE TEDAVİ DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİLERİ..... 9

2.4 SİGARAYI BIRAKMA TEDAVİLERİ.....11

2.4.1 Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler.....11

2.4.2 Farmakolojik Tedavi.....13

2.4.1.2 Nikotin Dışı Farmakolojik Tedaviler:.....14

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....16

3.1. ETİK KURUL İZNİ.....16

3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ.....16

3.3 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ.....16

3.4 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ.....17

3.5 SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ARAŞTIRMA ANKETİ ÖZELLİKLERİ.....17

3.5.1 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....17

3.5.2 Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği.....18

3.5.3 Kanser Kaygı Ölçeği.....18

3.6 ÇALIŞMANIN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ 18

4.BULGULAR 19

4.1 TANIMLAYICI BULGULAR 19

4.2 FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VERİLERİ 22

4.3 KANSER KAYGI ÖLÇEĞİ VERİLERİ 25

4.4 SİGARA BIRAKMA BAŞARISI ÖNGÖRÜ ÖLÇEĞİ VERİLERİ 28

4.5 HASTALARIN TEDAVİDEN 1 AY SONRA SİGARA BIRAKMA VERİLERİ 31

5. TARTIŞMA 36

5.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN TARTIŞILMASI 36

TARTIŞILMASI 36

5.2 ERKEN DÖNEMDE SİGARAYI BIRAKMA BAŞARISI DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN TARTIŞILMASI 40

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 44

7. KAYNAKLAR 45

8. ÖZGEÇMİŞ ..... **Error! Bookmark not defined.**

9. EKLER ..... **Error! Bookmark not defined.**

EK 1: ETİK KURUL İZNİ ..... **Error! Bookmark not defined.**

EK 2: KANSER ENDİŞESİNİN ERKEN DÖNEM SİGARA BIRAKMA BAŞARISINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ ANKETİ ..... **Error! Bookmark not defined.**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimim süresince yanımızda olan desteklerini esirgemeyen, deneyim ve katkılarını bizlerle paylaşmaktan mutluluk duyduğumuz çok değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK' e,

Asistanlık süresi boyunca eğitimimize destek kliniğimizin uzmanlarına, Şişli Hamidiye Etfal Aile Hekimliği Kliniği asistanları başta olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmamda hastaları toplayıp yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarım ve başta sigara bırakma polikliniği çalışanlarından Selda hemşire hanıma,

Verdiği istatistik katkılarıyla ve ayrıca tüm sıcakkanlılığı ile yanımda olan sevgili arkadaşım Sevil Özhan'a,

Bugünlere gelmem için her türlü fedakârlıkta bulunan, emeklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan canım annem Dilber Demireriden ve bu süreçte sigarayı da bırakarak en büyük mutluluğu yaşatan babam Mehmet Demireriden'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

TBC: Tüberküloz

DSÖ TKÇS: Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

nAChR: Nikotinik Asetilkolin Reseptörlerine

mGluR: Metabotropik glutamat reseptörlerinin

GABA: Gama Aminobutirik Asit

MAO: Monoaminooksidaz

NYKT: Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

NNS: Nikotin nazal sprey

SSS: Santral Sinir Sistemi

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

SBBÖÖ: Sigara Bıraktırma Başarısı Öngörü Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalık

Ort: Ortalama

SE: Standart Hata

B: beta katsayısı

TABLOLAR

Tablo 1: **Genel bilgiler**.....21

Tablo 2: **Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Genel Bilgiler**.....22

Tablo 3: **Fagerström Bağımlılık Sonuçlarının Demografik Bilgilere Göre Değerlendirilmesi**.....23

Tablo 4: **Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Sonuçlarının Yaş, Sigaraya Başlama Süresi ve Kullanım Süresine Göre Değerlendirilmesi**.....24

Tablo 5: **Kanser Kaygı Ölçeği Genel Bilgiler**.....25

Tablo 6: **Kanser Kaygı Sonuçlarının Demografik Bilgilere Göre Değerlendirilmesi**.....27

Tablo 7: **Kanser Kaygı Sonuçlarının Yaş, Sigaraya Başlama Süresi ve Kullanım Süresine Göre Değerlendirilmesi**.....27

Tablo 8: **Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği Genel Bilgiler**.....28

Tablo 9: **Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Sonuçlarının Alt Boyutlarının Demografik Bilgilere Göre Değerlendirilmesi**.....30

Tablo 10: **Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Sonuçlarının Yaş, Sigaraya Başlama Süresi ve Kullanım Süresine Göre Değerlendirilmesi**.....31

Tablo 11: **Tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamülleri kullanım durumunu etkileyen faktörler**.....32

Tablo 12: **Tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamülleri kullanım durumunu etkileyen faktörler**.....33

Tablo 13: **Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Sonuçlarının Tedavi Sonrası 1 Ay İçindeki Tütün Mamülleri Kullanıma Göre Değerlendirilmesi**.....35

Tablo 14: **Tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamulleri kullanım durumunu etkileyen faktörler**.....35

Tablo 15: **Fagerström Puanlarının, Sigara Bırakma Başarısı Öngörüsünün ve Kanser Kaygısının Tedavi Sonrası 1 Ay İçindeki Tütün Mamülleri Kullanıma Göre Değerlendirilmesi**.....36

ŞEKİLLER

Şekil 1:: **Katılımcıların Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı** 19

Şekil 2: **Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Dağılımı**.....19

Şekil 3: **Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**.....20

Şekil 4: **Katılımcıların Ailesinde Sigara İçenlere Göre Dağılımı** 20

Şekil 5: **Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı** 21

Şekil 6: **Fagerström Puan Ortalamalarına Göre Birey Sayıları** 23

Şekil 7: **Katılımcıların Tedavi Sonrası 1 ay içindeki Sigara Kullanımına Göre Dağılımı** 32

ÖZET

Amaç: Kanser Endişesinin Erken Dönem Sigara Bırakma Başarısına Etkisinin İncelenmesi

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniklerine başvuran Kasım 2022 ve Ocak 2023 tarihleri arasında 18 yaşının üzerinde, aktif psikiyatrik rahatsızlığı ve malignitesi olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara uygulanmıştır. Çalışmamız yüz yüze anket şeklinde sosyodemografik verileri, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeğini içeren toplamda 35 soruluk anketimiz doldurtuldu. 1 ay sonra sigara bırakma durumları geldiği kontroller sonucu ve telefonla ulaşılarak sigarayı bırakma durumları kaydedildi. İstatiksel değerlendirme için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır.

Çalışmamız tek merkezli, tanımlayıcı, kesitsel ve analitik tiptedir.

Bulgular: Çalışmamız, 18 ile 73 yaş arasında olan 110'u (%52.4) kadın ve 100'ü (%47.6) erkek olmak üzere toplam 210 hasta ile yapılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 37,75±10,86 yıl, medyan yaş 37,5 yıldır. 1 ay içinde sigara bırakma oranları %30.6 olarak ölçülmüştür. Sigara içme süresi ortalaması 16,94±11,20 yıl ve medyan süre 15 yıldır.

Hastaların sigara bırakma başarısı öngörüsünde kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması erkek bireylerde (%99), kadın bireylerden (92,7) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir($p<0.05$). Erkek hastalarda kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması riski 0,129 kat daha azdır (OR:0.129; %95 CI:0,016-1,04).

Ortaokul mezunu bireylerde ilkokul, lise ve üniversite mezunu bireylere göre kanser kaygısı istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir($p<0.05$).

Tedavi sonrasında 1. Ayda tütün mamullerinin kullanımını bırakmayan bireylerde bırakan bireylere göre sigara bırakma başarısı öngörüsü ölçeği puanlama ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. ($p<0.05$).

Tedavi sonrasında 1. Ayda tütün mamullerinin kullanımını bırakmayan bireylerde bırakan bireylere göre kanser kaygısı ölçeği puanlama ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. ($p<0.05$).

Fagerström Bağımlılığı, Kanser Kaygısı, Sigarayı Bırakma Başarısı öngörüsü ile 1. ayda tütün ürünleri kullanımını etkileyen faktörler arasındaki ilişkiyi belirlemek için lojistik regresyon yapılmış ve model anlamlı bulunmuştur. ($R2=0,073$ $p<0,05$)

Sonuç: Sonuç olarak, verilerimiz, artan kanser kaygısı ve bağımlılık düzeylerinin sigarayı erken bırakma başarısı için önemli zorluklar olduğunu göstermektedir. Sigarayı erken dönemde bırakan hastalarda ise bırakmayı öngörme puanları daha düşüktü. Tütün ürünlerini kullanmayı 1. ayda bırakmayan bireylerin kanser kaygısı ölçek puan ortalaması, bırakan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Literatürdeki diğer çalışmalar değerlendirildiğinde; Yüksek dezavantajlı gruplarda yer alan, psikiyatrik rahatsızlıkları olan ya da travma sonrası stres bozukluğu, kaygısı, sosyal fobisi olan bireylerin sigarayı bırakmakta zorlandıklarını görmekteyiz. Bu faktörlere bağlı olarak ölçülen kanser kaygı düzeyleri de yüksek olabileceğinden, özellikle erken dönemde sigarayı bırakma başarısını azaltacağını öngörüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kanser Kaygı Düzeyi, Erken Dönem Sigara Bırakma, Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği

ABSTRACT

Objective: Investigating the Effect of Cancer Anxiety on Early Smoking Cessation Success

Material and Method: The study was conducted on patients who applied to the Family Medicine smoking cessation outpatient clinics of the Hamidiye Etfal Health Practice and Research Center of University of Health Sciences between November 2022 and January 2023, who were older than 18 years of age, had no active psychiatric disorders and malignancies, and agreed to participate in the study. The study was conducted as a face-to-face questionnaire and answers to 35 questions including sociodemographic data, Fagerström Nicotine Dependence Test, Smoking-Cessation

Success Prediction Scale and Cancer Anxiety Scale were obtained. The one-month smoking cessation status of the patients was recorded during the follow-up visits and by contacting them by phone. SPSS 25.0 software was used for statistical analysis.

The study was of single-center, descriptive, cross-sectional and analytical type.

Findings: A total of 210 patients, 110 (52.4%) women and 100 (47.6%) men, aged between 18 and 73 years, were included in the study. The mean age of the patients was 37.75±10.86 years and the median age was 37.5 years. The rate of smoking cessation within one month was 30.6%. The mean duration of smoking was 16.94±11.20 years and the median duration was 15 years.

For the smoking-cessation success prediction, determination and preparation process, health perception and having a favorable environment were statistically significantly higher in male individuals (99%) than in female individuals (92.7%) ($p<0.05$). Male patients are 0.129 times less likely than female patients to have determination and preparation, perception of health, and a favorable environment (OR: 0.129; 95% CI: 0.016-1.04).

Cancer anxiety is statistically significantly higher in secondary school graduates compared to primary school, high school and university graduates ($p<0.05$).

Individuals who did not quit using tobacco products in the 1st month after treatment had a statistically significant higher score on the predictive scale of smoking cessation compared to individuals who quit. ($p<0.05$).

The cancer anxiety scale score average is statistically significantly higher in the individuals who did not quit using tobacco products in the 1st month after the treatment compared to the individuals who quit. ($p<0.05$).

Logistic regression was performed to determine the relationship between Fagerström Addiction, Cancer Anxiety, Prediction of Smoking Cessation Success and the factors affecting the use of tobacco products in the 1st month, and the model was found to be significant. *($R2=0.073$ $p<0.05$)*

Conclusion: In conclusion, our data suggest that increased cancer anxiety and dependency levels are important challenges for early smoking cessation success. On the other hand, the quit prediction scores were lower in patients who quit smoking in the early period. The cancer anxiety scale score average is statistically significantly higher in the individuals who did not quit using tobacco products in the 1st month compared to the individuals who quit.

Evaluating other studies in the literature; We see that individuals who are in high disadvantaged groups, have psychiatric disorders or have post-traumatic stress disorder, anxiety, and social phobia have difficulty in quitting smoking. As measured cancer anxiety levels may also be high related to these factors, we predict that it will decrease the success of quitting, especially in the early period.

Key Words: Cancer Anxiety Level, Early Smoking Cessation, Smoking-Cessation Success Prediction Scale

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün bitkisinin tarihi nerede ise insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Milattan önce 1300 yıllarından kalma ünlü Mısır mumyası II. Ramses'den tütün yaprakları çıkarıldığı bilinmektedir. (1) Yeni Dünya'nın keşfiyle tütünün Avrupa yolculuğu başlamıştır. Amerikan yerlilerinden Kızılderililer 'petom ' ismini verdikleri tütünü dini rituellerinde puro şeklinde tüttürerek; Astek ve Mayalar dini törenlerinde, yaraların tedavisinde, baş ve göğüs ağrılarında kullanmışlardır. (2) Piskopos Romano Pane 1518 yılında İspanya kralı Şarlken'e tütün tohumlarını sunmuş olup tütün üzerine ilk yazılı bilgiler de kendisi tarafından oluşturulmuştur.(2)Tütünü 1559 yılında Fransız kraliçesine sunan Jean Nicot'a ithafen 1828 yılında bulunan alkoloitine ''nicotin'' ismi verilmiştir.(2) Avrupa'ya hızla yayılan tütün hakkında 16.yy'da 133 adet bilinen eser olup bunlardan en önemlisi Nicolas Monardes'in 1565 yılında yazdıklarıdır.(3) Monardes tütün merhemlerini, tütün yapraklarını ısıtıp kullanmayı , düzenli sigara içmeyi, tütün çiğnemeyi, tütünü lavman halinde kullanmayı çeşitli yaralar, diş abseleri, meme rahatsızlıkları, romatizmal hastalıklar, kabızlık, taş dökme, gebelik sancıları gibi şikayetlerde önermiştir. (3) O dönemde tütünün zararlı etkisine olan karşı görüş çok az olup ''Philartes'' takma isimli yazar 1602'de tüm hastalıklara karşı tek bir ilacın kullanılamayacağını ve insan spermini kuruttuğu için insanlığın sonunu getireceğini yazmıştır. (3,4) Onun bu düşünceleri 65 yıl devam eden Londra tütün tartışmasına alt yapı oluşturmuştur.(3,4)

Amerika'da 1880'de James A. Bonsack sigara sarma makinasının patentini alarak daha çok çiğneme şeklinde tüketilen tütünün sigara şeklinde tüketilmesinin ve sigara endüstrisinin gelişiminin önünü açmıştır. (2,5) Sigara içiminin yaygınlığı Avrupa'da 1. ve 2. Dünya Savaşı dönemlerinde giderek artmıştır. Osmanlı döneminde Kırım Savaşı, 1.Dünya Savaşı sonrasında ciddi artışlar olmuştur. (2,3)

Tütün mamullerinin kullanımının artışıyla birlikte 18. yüzyılın başlarında dudak kanserleri; 1900'lü yılların başından itibaren kadavra serilerinde ve istatistiklerde yer almaya başlayan akciğer kanserleri epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir.(3,6–8)

1964 yılında Amerika Halk Sağlığı Servisi tarafından yayınlanan rapor ile

erkeklerde larinks ve akciğer kanseri, kadınlarda akciğer kanseri, her iki grupta da kronik bronşite neden olduğu ortaya konmuştur. (7)

Günümüzde 2020 yılı verilerine dayanarak küresel çapta kanser insidansı 19.3 milyon olmuş ve bunların 10.3 milyonu ölümle sonuçlanmıştır.(9) Bu oranların arasında meme kanseri insidansı 2018 verilerine göre akciğer kanserinin önüne geçmiş olsa da; akciğer kanseri nedenli ölümler 1.8 milyon (%18) ile hala ilk sırada olmaya devam ediyor.(9,10) Küresel kanser yükünün 2040 yılında yüzde 47'lik artışla 28.4 milyon olması öngörülmektedir. (10) Aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 112 ülkede 70 yaş altı ölüm nedenlerinde kanser 1. veya 2. Sırada yer almaktadır. (10)

Sigara başta akciğer, trekea, bronş, larinks, orofarinks, özofagus, mide, kolorektal, pankreas, böbrek ve üreter, rahim ağzı, mesane kanserleri olmak üzere; kronik obstriktif akciğer hastalığı(koah), astım, pnömoni, inme, tüberküloz(tbc), aterosklerotik damar hastalıkları, koroner kalp hastalığı, osteoporoz, kalça kırıkları, periodontal hastalıklar, romatoid artrit gibi kronik hastalıklarla literatürde kesin ilişkisi saptanmıştır. Sigara içme, 2. el sigara dumanı ve dumansız tütün maruziyeti son güncellenen bültenlerde kesinliği insan sağlığı için 122 adet olan grup 1 karsinojenlerin arasında yerini korumaktadır. (11)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tütün salgınını engellemek ilişkili hastalıklardan koruyup sağlığı geliştirmek ülkelere yardımcı olup ortak stratejiler belirlemek için Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) 2003 yılında üye ülkelerin katılımıyla imzalanmıştır. Türkiye 25/11/2004 tarihinde 5261 sayılı kanunla onaylamıştır. (12)

DSÖ sonrasında 2007 yılında MPOWER paketini açıklamış bu pakette üye ülkelere tütün salgınına karşı en başarılı altı strateji yer almaktadır. (13)(14)

Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA)'nin tanımına göre aile hekimliğinde altı temel yetkinlik; özgün problem çözme becerisi, toplum yönelimli, kişi merkezli, kapsayıcı yaklaşımlı, birinci basamak yönetimi ve bütüncül yaklaşımı içermektedir.

Bu amaçla aile hekimliğinin 1. basamaktaki yeri düşünüldüğünde sigara bıraktırma çalışmalarındaki başarısı, sağlık politikalarındaki maliyet etkinliği ve sürdürülebilirliği önem arz etmektedir. Yapılan bir sistematik incelemede 112 bin civarında hastayla birinci basamaktaki sigara bırakma stratejileri üzerinde çalışılmış; en az 6 ay sigarayı bırakmada ek danışmanlık hizmetleri, bilgilendirici basılı materyal

ve ücretsiz ilaçlar vermenin orta düzeyde etkisi bulunmuş. (15) Başka bir incelemede birinci basamakta sigara bırakma tavsiyesi veren doktorların küçük bir tavsiye olsa bile bırakma başarısını arttırdığı bulunmuş. (16)

Akciğer kanseri tanılı hastalar ve yakınlarıyla yapılan bir çalışmada kaygı düzeyinin ve benlik algısı üzerine olumsuz duygular yaşamanın sigara bırakma motivasyonunu 6 aylık dönemde etkilediği bulunmuş.(17) Başka bir çalışmada ise; kanserli hastaların yakınlarının sigara bırakma programlarına kaydolması daha anlamlı çıkmakla beraber bırakma başarısı üzerine anlamlı sonuçlar çıkmamıştır.(18)

Onkoloji hastalarında çalışılan bir meta analizde hem uzun hem de kısa vadede sigara bırakma oranları üzerinde anlamlı etki bulunmamıştır. (19)

Korku veya kaygı düzeyleri hastaların rutin tarama ve tedavilerden kaçınmasına, etkisi olabilir. Tam tersine farklı sosyokültürel seviyeden hasta gruplarında tedavi ve taramalara bağlılığı arttırabilir. Bir Asya kohortunda çeşitli etnik gruplarda kanserli aile yakınları üzerinde kanser kaygı düzeyleri ölçülmüş ve genetik testlerin sonuçlanmasından sonra kaygı düzeylerinin 2 sene boyunca düşük kaldığı saptanmış. (20) Farklı bir İsveç çalışmasında kadınlarda ve çocuklu kişilerde kanser kaygı düzeyi anlamlı yükseklikte bulunmuş bu gruplarda kolonoskopi taramalarına katılımın daha yüksek olduğu görülmüş. (21) Bir başka sistematik incelemede de kolorektal tarama programındaki engellerden birisi hastaların kanser korkusu sonucu çıkarılmıştır. (22)

Sigara bırakma tedavilerinde öğretilebilir anlar önem taşımaktadır. Gebelik döneminde ailede sigara içen bireyler, geçirilen kalp bir olay sonrası hasta dışında ailede diğer sigara içicileri, astım atağı olan bir çocuğun ailesi, hastane yatışı sonrası gibi dönemlerde verilecek tavsiyelerin sigara bırakma oranlarını arttırdığı bilinmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda hastaların yaşadıkları kanser kaygısının sigara bıraktırma polikliniklerimizde erken dönemde sigara bırakma başarısındaki etkisini, bağımlılık ve sosyokültürel özelliklerini de kıyaslayarak incelemeyi amaçladık

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ

Tütün ve mamullerinin kullanımı 2019 yılında küresel çapta 8 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmuştur. Bu ölümlerin yaklaşık 890 bin kadarı pasif sigara dumanı maruziyetinden kaynaklanmaktadır. (13) 20. yüzyılda sigara kaynaklı hastalıklar nedeniyle 100 milyon civarında ölüm olduğu ve böyle giderse 1 milyar insanın 21. yüzyılda ölümüne neden olacağı tahmin edilmektedir. (23) DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Küresel Eylem Planı'na göre 2025 yılında mevcut tütün kullanımı yaygınlığını 15 yaş üzeri kişilerde 2010 yılına kıyasla %30 azaltılması planlanmaktadır.(24) 2000 yılından 2020 yılına gelindiğinde ;15 yaş üzeri erkeklerin tütün mamulleri kullanımı prevalansı %49,3'den %36,7 ye düşmüş, kadınlarda ise %16,2'den %7,8 düşme gözlenmiştir. Her iki cinsiyette de 2000 yılından 2020 yılına gelindiğinde küresel tütün yaygınlığı %32,7'den %22,3 e düşmüştür. (24) Günümüzde 15 yaş üzerindeki popülasyonda yaklaşık 1.3 milyar insanın sigara içicisi olduğu tahmin edilmektedir.

Ülkemizde 2020 verilerine göre erkeklerde tütün ürünleri kullanımı % 44,8, kadınlarda %18,1 ve her iki cinsiyette de ortalama % 31,4 olarak tahmin edilmektedir.(23). 2016 yılında tütün ürünleri kullanımı prevalansı erkeklerde %44,1 kadınlarda %17,4 her iki cinsiyette de %30,6 olarak ölçülmüştü. (25) Bu oran gerilemeye başlayan 2016 yılındaki ülkemizdeki tütün kullanım oranlarının tekrar arttığını göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS) Şubat 2005'te yürürlüğe girmiştir ve dünya nüfusunun % 90' ından fazlasını kapsayan 181 ülke tarafından kabul edilmiştir. MPOWER tütün kontrol politikasındaki 6 madde şunları içermektedir; vergileri ve fiyatı artırmak, reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak, toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden korumak, herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak, sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek, salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek. (13) Sekiz ülke (Brezilya, İran, İrlanda, Madagaskar, Malta, Panama, Türkiye, İngiltere ve Kuzey İrlanda) 4 veya daha fazla MPOWER politikasını uygulamaya koymuştur. Türkiye 2012 yılından bu yana bu politika paketinin tümünü birden uygulayan dünya genelindeki ilk ve tek

ülkedir. (13) Türkiye'de tütün kullanımının yaygınlığının azaltılmasına yönelik politikalara uygulansa da 2016 verilerine göre ülkemizde tütün kullanımındaki azalış ivmesi etkisini kaybetmiş görülmektedir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2016 verilerine göre Türkiye'de tütün tüketiminin yetişkinlerde %31,6; erkeklerde %44,1 ve kadınlarda %19,2 oranında gerçekleştiğini göstermektedir. Tütün tüketimi, yaş grupları çerçevesinde ele alındığında, en düşük oranda tüketimi %10,9 ile 65+ yaş grubunun ve en yüksek oranda tüketimi %37,0 ile 25-44 yaş grubunun gerçekleştiği görülmektedir. (26) Yerleşim yeri söz konusu olduğunda ise tütün tüketimi, kentsel alanda %32,1 ve kırsal alanda %25,5 oranında gerçekleşmiştir. (26) Gelişmiş olan ülkelerde tütün ürünü kullanımı çok düşük düzeylerdedir. DSÖ tütün yaygınlığının azaltılması için gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerdeki sağlık eşitsizliğinin giderilmesini vurgulasa da gelişmiş ülkelerde çeşitli cinsiyet ve eğitim gruplarında sigara kullanımı farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı bakımından erkekler ve kadınlar arasında büyük farklılıklar olmasına karşılık gelişmiş ülkelerde erkek ve kadınlar arasında sigara kullanım sıklığı birbirine çok yakın değerlerdedir. 20 yılı aşkın süredir kapalı alanda sigara yasağı kuralı uygulayan Minnesota eyaletinde de yapılan bir çalışmada düşük eğitim, düşük gelir gruplarında sigara içiminin yüksek olduğu bulunmuştur. (27)

2.2 TÜTÜN BAĞIMLILIĞI VE BİYOFİZYOLOJİSİ

Kurutulmuş tütün büyük oranda karbonhidratlar ve proteinlerden oluşur. Alkoloidler, polifenoller, aromatik hidrokarbonlar, terpenler, aldehitler, aminler, ketonlar, nitriller, azot ve oksijen heterosiklik bileşikleri, pestisidler gibi birçok bileşik içerir. Alkoloidlerin %95'i nikotinden oluşmaktadır. Nikotinin %97 kadarı kök uçlarında sentezlenip yapraklarında depolanır. Kurak koşullarda yetiştirilen tütünlerde kökler su bulmak amacıyla büyümeye ve gelişmeye devam ettiklerinden nikotin oranları yüksek olur.(2)

Tütünün yanması ile yanma bölgesinden çevreye yayılan yan akım ve sigara içen kişi tarafından solunan ana akım olmak üzere iki tip duman oluşur. Ana akım da duman-gaz fazı ve partiküler maddeler olarak iki kısımdan oluşur. Filtreler partiküler maddeleri büyük oranda süzerler. Bu nedenle yan akım sigara dumanında partiküler madde konsantrasyonu daha fazladır ve çevresel sigara dumanının %85'i yan akım sigara dumanından oluşur. Partikül fazında serbest radikallerin yarı ömürleri uzun

(saat - gün), gaz fazında ise kısadır (dakika-saniye). (28) Gaz fazında 1015'ten fazla serbest radikal, dumanında 4000'den fazla madde bulunmaktadır. Sigara dumanı grup 1 karsinojen olarak tanımlanmıştır. Dumanındaki maddeler farmakolojik olarak aktif, mutajenik veya toksiktir.(11,28,29) Çevresel sigara dumanı, içici tarafından ekshale edilen duman, sigaranın ucundan yanma sırasında çıkan duman, sigaranın kağıt ve filtresinden sızan dumandan oluşur. Ana akım dumanına göre daha fazla nikotin içerir. Karsinojenler daha yüksek konsantrasyondadır. Nitrozaminler yan dumanda ana akım dumanına göre 10-200 kat daha yüksektir. (28,30,31)

Asetaldehid nikotinin bağımlılık yapıcı etkisini, levulinik asit ise nikotinin biyoyararlanımını artırır. Kakao ve pridin kendisi bazı alkoloidler içerir. Teobramin, bronkodilatör etki yaparak nikotinin emilimini kolaylaştırır. Glirizin de yine bronkodilator etkilidir. (31)

Bağımlılık, gelişimini ve ortaya çıkışını genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkilediği birincil, kronik nörobiyolojik bir hastalıktır. Her kullanıcı alkol ya da madde kullanım bozukluğu geliştirmese de erken tanı ve müdahaleler kişileri bağımlılık gelişiminden korumak için çok önemlidir. (32)

Bağımlılık maddenin denenmesiyle başlar, sonra madde kullanım sıklığı artar ve kötüye kullanım başlar en sonunda da bağımlılık gelişir. Nikotin bağımlılığı temel olarak diğer bağımlılıklara benzemekle birlikte oldukça farklı yönleri de bulunduğundan uzun yıllar çok önemsenmemiş, hafif bir bağımlılık oluşturduğu düşünülmüştür. Nikotinin sigara dumanıyla alınması sırasında kişilerin pek çok duysal uyaranla birlikte nikotini alması, nikotin bağımlılığını çok farklı bir düzeye taşımakta ve çok güçlü bir bağımlılık paterni oluşturmaktadır.(28) Tütün dumanının nikotinin bağımlılık sürecini artırabilecek başka maddeler de içerdiği unutulmamalıdır. Örneğin tütün, monoaminooksidazı inhibe eden bileşikler içerir ve bu bileşikler monoaminlerin, özellikle nikotin tarafından salınımı artırılan dopaminin etkilerini güçlendirir. (33)Başka bir çalışmada tütünde bulunan asetaldehitin dumanın bağımlılık potansiyelini artırdığı gösterilmiştir. (34)

İlaç bağımlılığına genellikle iki süreç katkıda bulunur. Bunlardan ilki, bağımlı kişilerde ilacın ödüllendirici ve alımı pekiştirici etkileri olmasıdır. İkincisi ise

yoksunlukta ortaya çıkacak kötü etkilerden sakınılması amacıyla kullanılmaya devam edilmesidir.(28)

Bağımlılık yapıcı maddelerin en önemli özelliği de etkilerine tolerans gelişmesidir. Nikotinin de akut etkilerine az bir sürede tolerans gelişir. Bu etkiler ishal, kendini kötü hissetme, kusma bulantı gibi semptomlar olup sonraki sigara içimlerinde bu etkiler hızlıca azalır. Nikotine karşı oluşan tolerans etkisi spontan lokomotor aktivite deneylerinde gösterilmiştir. Nikotin verilmesinden hemen sonra lokomotor aktivite azalmış ve antidepresan etki gözlenmiş ancak kronik nikotin maruziyetinde lokomotor aktivitede artma saptanmıştır. (35,36)

Sigara dumanıyla inhale edilen nikotin hızla beyne ulaşır ve nikotinik asetilkolin reseptörlerine (nAChR) bağlanarak merkezi etkilerini ortaya çıkarır. nAChR'nün çok sayıda alt tipi, reseptörün alt ünite kompozisyonuna bağlı olarak nikotini farklı affinitelerle bağlar. Nikotinin lokal konsantrasyonuna ve verilişinin sıklık paternine göre nikotinin reseptöre bağlanması, reseptörde aktivasyon yada desensitizasyon ile sonuçlanabilir. Nikotin etkilerindeki karmaşayı yaratan nAChR reseptör alt tiplerinin çokluğu ve beyindeki dağılımlarının farklılığıdır. Nikotinin ödül sistemi üzerindeki etkisi, dolayısıyla bağımlılık yapıcı özelliklerinden de nAChR aktivasyonu sorumludur.(28)

Bağımlılık oluşturan ilaçların çoğunun nukleus accumbense projekte olan mezolimbik nöronlardan dopamin salımına yol açtığı mikrodiyaliz çalışmalarıyla gösterilmiştir.(37–39)Mezolimbik dopaminerjik sistemin beynin ödül sistemine katkıda bulunduğu teorisini güçlendirmektedir. Nukleus Acumbens, 2 temel alt bölümün birleşmesinden oluşmuş karmaşık bir yapıdır. Merkezde bir çekirdek (core) ve onu çevreleyen mediyal ve ventral parçalardan oluşan bir kabuktan (Shell) oluşmaktadır. Kabuğunun daha çok limbik sistemin bir parçası, çekirdeğin ise dorsal striatuma daha yakın olduğu motor sistemlerle ilişkilidir. N. Accumbens'in kabuk bölümünde dopamin salımının artması, psikostimülan ilaçların ödüllendirici ya da güçlendirici etkilerine aracılık ederken, çekirdekteki dopamin salımındaki artış lokomotor uyarıcı etkilerine aracılık eder.(40) Nikotine verilen yanıttaki bu duyarlılaşmanın öğrenilmiş bir durum olarak ortaya çıkmakta ve bağımlılığı daha da güçlendirmektedir. Dopamin yanıtındaki bölgeye özel bu duyarlılaşmayı açıklayan en

iyi teori nikotin verilmesine eşlik eden çevresel uyaranların şartlı nörobiyolojik yanıtları yansıttığıdır. VTA ve N. Accumbens'in kabuğu ventral prefrontal korteksten glutaminerjik projeksiyonları almasına rağmen N. Accumbens'in çekirdeği dorsal prefrontal korteks tarafından innerve edilir.(28) N. Accumbens ayrıca hipokampus tarafından da innerve edilir. Dorsal hipokampustaki NMDA reseptörlerinin uyarılması çekirdekte dopamin salımını artırırken ventral hipokampustaki NMDA reseptörlerinin uyarılması kabukta dopamin miktarını artırır.(41) Kötüye kullanılan maddeler farmakolojik etkilerini bu yolaklarda gösterirler ve dopamin salımında artışı uyarma kapasiteleri fizyolojik sınırları aşan ölçülerde büyük ve uzamıştır. Bu durumun kompulsif madde özlemi gelişimiyle sonuçlandığı düşünülmektedir. (37) Nikotin dorsal striatuma projekte olan dopaminerjik nöronları da uyarır. Özellikle ödül beklentisi olduğunda, ödüllendirici uyarana verilen yanıtta bu projeksiyonların önemli olduğu gösterilmiştir. Bu yüzden nikotin bağımlılığına katkısı bulunduğu düşünülmektedir (28).

Metabotropik glutamat reseptörlerinin (mGluR) nikotinin hem güçlendirici etkilerinden sorumlu olduğu hem de yoksunlukta görülen hoşnutsuzluk durumuna aracılık ettiği düşünülmekte sigara bırakma tedavilerinde ilaç çalışmalarında denenmektedir.(42,43)

Nikotinin beyin damarları üzerindeki gevşetici etkisinin de NO aracılı olduğu bildirilmektedir.(44)

Nikotin çeşitli hayvan modellerinde dikkat konsantrasyon ve bilişsel işlevleri arttırdığı bilinse de (45,46) bazı hayvan deneylerinde yüksek dozlarda bilişsel işlevlerde bozulmalara ve öğrenme güçlüğüne yol açtığı gösterilmiştir.(47)

Nikotin, nörokimyasal ve davranışsal etkilerini; asetilkolin, dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA'yı transmitter olarak kullanan nöronlarda bulunan nAChR'deki reseptörleri ile etkilemektedir. Salınan nörotransmitterlerden norepinefrinin, zindelik ve iştah azalmasından; asetilkolinin, zindelik ve bilişsel fonksiyonlarda artıştan; glutamatın, öğrenme ve hafızada artıştan; serotoninin, duygu durum ve iştahta azalmadan; β-endorfin ve gama aminobutirik asitin (GABA) anksiyete ve gerginlikte azalmadan sorumlu olduğu düşünülmektedir.(48,49)

Nikotinik asetilkolin reseptörlerinin aynı zamanda presinaptik yerleşimli olabilmesi de nikotinin diğer nörotransmitter sistemlerini de kolayca etkilemesini sağlamakta ve bağımlılık yapıcı etkilerini kolaylaştırmakta tedavideki zorluklara ve bireysel farklılıkların oluşmasına neden olmaktadır.(28,49)

Ayrıca sigara bağımlılığı ve tedavisi konusundaki araştırmalarda birçok gende bireysel varyasyonlar ve mutasyonlar bulunmuş; sigara içme davranışını etkileyen riskli ve koruyucu mutasyonların toplam etkisi sonucunda kişiye özel sigara içme davranışının oluştuğu gösterilmiştir.(49,50)

2.3 KORKU VE TEDAVİ DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Endişe, geleneksel olarak, olumsuz duygu yüklü ve görece kontrol edilemeyen bir düşünce ve imgeler zinciri olarak tanımlanmıştır (Borkovec, Robinson, Pruzinsky ve Dupree, 1983). Endişenin aşırılıkları yaygın anksiyete bozukluğunun ana özelliği haline getirmektedir. (YAB; Sanderson & Barlow, 1990) Korku kişinin kendi düşüncelerinin sebep olduğu bir duygudur. Bu düşüncelerin içeriğinde "tehlike" olduğu için korku reaksiyonu verilir. Bu nedenle aynı durumla karşılaşan değişik kişiler, farklı düşünceleri neticesinde farklı reaksiyonlar verebilirler. Ancak çoğu zaman korkuyu yaşayan kişiler bunun kendi düşüncelerinden kaynaklandığını bilmedikleri için etkili bir çözüm üretme yoluna gitmezler ve çaresizlik yaşayarak, korkularını kriz boyutlarına taşıyabilirler. Yaşanan bu krizler de kaçınma davranışlarını arttırarak hayattan zevk alma potansiyelini azaltırlar. Öte yandan, korku hissini yaratan ortamdaki düşüncelerini sorgulayan ve bu ortamdan kaçmayan kişiler, bu duygularını yenmeleri sonucunda hem önemli beceriler kazanırlar hem de kendilerine olan güven ve yeterlilik hislerinin artması gibi anlamlı gelişmeler gösterirler.(51) Korku ve kaygı bozukluklarında düşünceler, gerçekleşmemiş fakat muhtemel bir tehlikeye karşı geliştirilir.(52) Panik atak bozukluğu olan bir birey geliştirdiği düşünceleri semptomatik belirtiler üzerine kurarken sosyal fobisi olan bireylerde çevresindeki kişilerin kendisi hakkındaki performans beklentisi üzerine kurabilmektedir.(51) Araştırmalar kaygı bozukluğu olanlarda iç kontrol algısında önemli bir düşüş olduğunu göstermektedir.(53) Korkularımız kendimize verdiğimiz değerin de düşmesine sebep olabilirler. Dolayısıyla korkan bir kişiye sosyal destek vermek durumunda olan kişi, genelde yapıldığı gibi o kişinin korktuğu durumla karşılaşmasını engellemek yerine, kişinin bu korkuyla mücadele etmesini

sağlayabilecek donanımlarını araştırmaya çalışması ve bunun için karşısındaki kişiyi gönüllendirmesi, aynı zamanda durumun kontrol edilebilirliğini göstermesi, hem problemin çözümünde hem de olumlu kişilik özelliklerinin geliştirilmesinde oldukça önemli bir rol oynayacaktır.(51)

Karsinofobi veya diğer adıyla kanser korkusu da günümüzde prevalansının artması nedeniyle popülasyonda görülmeye başlanmıştır. Kanser korkusu biyolojik, psikolojik, sosyal (sosyal destek eksikliği, düşük sosyo-ekonomik durum), ya da ikincil (rekürrens korkusu, ailede veya yakınında kanser öyküsü) nedenlerle olabilir.(54). Kanserli hastalara bakım veren hasta yakınlarında da ölüm korkusu, kansere yakalanma korkusu ve sağlık anksiyetesinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur.(55) Kanser korkusunun yüksek olması bazı çalışmalarda tedavi taramalardan korkunun sonucu olarak yapılacak rutin taramalardan kaçınma davranışı geliştirebileceği gösterilmiştir.(22,56) Bazı sosyodemografik olarak(düşük gelir grubu, düşük eğitim düzeyi gibi) dezavantajlı gruplarda kanser kaygısı daha fazla görülebilmektedir.(57,58) Kanser endişesi bazı çalışmalarda da sosyodemografik olarak dezavantajlı gruplarda tam tersine düşük olarak saptanmıştır.(21)

Pandemi ve salgın dönemleri mevcut hastalık durumlarına karşı oluşan belirsizliği ve beraberinde getirdiği anksiyete veya korkuyu tetikleyip psikolojik sorunlara karşı daha fazla sağlık tedbirini gerektirebilir. Almanya'da 6551 yetişkin üzerinde yapılan bir çalışmada özellikle yaygın anksiyete bozukluğu olanların salgın bağlamında psikolojik baskı yaşamaya karşı savunmasız göründüğünü, potansiyel tehdidi muhtemelen abartabileceğini ve önleyici tedbirlerle hedef alınması gerektiğini göstermektedir.(59) Covid-19 salgını döneminde yapılan meta-analizlerde kadın cinsiyet üzerinde erkeklere göre korku ve anksiyete düzeylerinde daha fazla olduğu tespit edilmiştir.(60,61)

Kanser korkusu kanser teşhisi konulan hastalarda ve çevrelerindeki sigara içicilerinde sigara bırakma yönünde fırsatlar sunmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda bu etki gözlenmiştir.(62)Kronik alt solunum yolu hastalığı olanlarda da yapılan bir klinik araştırmada öğretilebilir an açısından anlamlı olabileceği ile sonuçlanmıştır.(63)

Bunların yanında edinsel immün yetmezliği olan gruplarda (64), gebe ve emziren kişilerde, kronik karaciğer yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, kardiyovasküler

hastalığı, diyabeti olan hastaların poliklinik başvurularında sigara bıraktırma fırsatları açısından değerlendirilmesi ve öğretilebilir anların kaçırılmaması önem taşımaktadır.

2.4 SİGARAYI BIRAKMA TEDAVİLERİ

2.4.1 Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler

Sigara içmek, farklı davranışsal komponentlerden oluşan kompleks bir süreçtir. Tütün bağımlılığının patogenezinde diğer bağımlılıklarda olduğu gibi 3 boyuttan söz edilebilir. Psikolojik, davranış, nörobiyolojik boyut, bu üç boyutu oluşturur. İlk kez 1982 yılında Prochaska ve DiClemente tarafından tanımlanan "Transtheoretical Model"; sigara bırakma sürecinde 5 aşamalı bir değişim sürecini tarifler. Bu modele göre, sigara içen bireyler, sigara bırakma öncesi, sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı 5 evre içinde geçiş yaparlar.

1) Bırakmanın düşünülmediği evre (pre-contemplation): Bu evrede hasta en son 6 ay içinde sigarayı bırakmayı hiç düşünmemiş, sigarayı hayatının ayrılmaz bir parçası olarak görüyor ve halen sigara içmeye devam etmektedir. Sigaranın zararları konusunda bilinç durumu oluşmamış olabilir.

2) Bırakmanın düşünüldüğü evre (contemplation): Bu evrede hasta en geç gelecek 6 ay içerisinde bırakmayı düşünmektedir. Sigarayı bırakmanın kazanç ve kayıpları arasında ortada kalmış olabilir.

3) Bırakmaya hazırlanma evresi (preparation): Bu evrede hasta önündeki en geç 1 ay içinde bırakmaya hazırlık planı yapmıştır. Sigara içmenin kayıplarının farkındadır.

4) Deneme evresi (action): Bu evrede hasta yaptığı planlar sonucunda sigarayı bırakmış ancak önündeki 6 aylık süre tamamlanmamıştır.

5) Sürdürme evresi (maintenance): Bu evrede hasta sigarayı en az 6 ay süredir içmemiş nüksden kaçınmaya çalışmaktadır.

Sigara içicilerin yukarıdaki evrelerde 1 adım ilerlemesi sigarasız kalma oranını %75 artırırken, bulunduğu evreden iki evre ilerlemesine yardımcı olmak içicinin sigarasız kalma oranını %300 artırır.(65)

Bırakma denemesi konusunda istekli hastalarda aşağıda anlatılacak olan 5A, bırakma konusunda isteksiz olan hastalara da 5R stratejilerinin uygulanması önerilmektedir.(66)

5A Adım 1 SOR(ASK): Her hastaya tütün ürünleri kullanım durumu sorulmalıdır.

5A Adım 2 ÖNER(ADVICE): Her sigara kullanıcısına mutlaka sigarayı bırakması önerilmelidir. Bu öneri açık, net güçlü ve kişiye özel olmalıdır.

5A Adım 3 DEĞERLENDİR(ASSESS): Her hastanın sigarayı bırakmak isteyip istemediği mutlaka sorgulanmalıdır. Bırakmak istiyorsa destek sağlanmalı, istemiyorsa 5R stratejileri uygulanmalıdır.

5A Adım 4 YARDIM ET(ASSIST): Bir bırakma planı hazırlanmalıdır. Hastanın motivasyonunu artıracağından bırakma günü belirlenmesi uygun olur. Bırakma gününün görüşmeden sonraki 2 hafta içerisinde olması idealdir.

5A Adım 5 İZLE(ARRANGE): Hastalar yüz yüze ya da telefon görüşmeleri ile izlenmelidir. İkinci görüşme mümkünse bırakma tarihinden sonraki ilk hafta içinde yapılmalıdır. Bundan sonraki görüşmeler kişinin durumuna göre 15 günde bir, ayda bir ve 3. aydan sonra 3'er aylık periyodlarla düzenlenebilir. Her görüşmede hasta başarısından dolayı tebrik edilmelidir

5R Adım 1 İLİŞKİ(RELEVANCE): Sigara içmenin getireceği zararlar kişinin içinde bulunduğu durumla ilişkilendirilerek bırakmaya cesaretlendirilmelidir.

5R Adım 2 RİSKLER (RISKS): Hastaya sigara içme sonucu oluşabilecek kısa ve uzun dönemli riskler hakkında bilgi verilmelidir. Hastadan sigara içmenin kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri belirtmesi istenip hasta ile ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmelidir.

5R Adım 3 ÖDÜLLER(REWARDS): Hastaya sigarayı bıraktığı takdirde ortaya çıkacak potansiyel yararlar anlatılmalıdır. Bıraktığı andan itibaren adım adım sağlık durumunun nasıl düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir.

5R Adım 4 ENGELLER(ROADBLOCKS): Sigarayı bırakmanın önündeki olası engeller belirlenmeli ve hastaya bu engelleri aşabilecek çözüm önerileri sunulmalıdır.

5R Adım 5 TEKRAR(REPETITION): İsteksiz hastaların her klinik başvurularında motivasyonel desteğin tekrar tekrar verilmesi gerekir. Daha önce defalarca denemiş ve başarılı olamamış hastalara bunun bir sonraki denemesinde başarısız olacağı anlamına gelmediği, bırakmanın birkaç denemeden sonra olabileceği anlatılmalıdır.

2.4.2 Farmakolojik Tedavi

2.4.1.1 Nikotin Yerine Koyma Tedavileri: Sigaradaki bağımlılık yapıcı maddenin nikotin olması nedeniyle, sigara bırakmada nikotinin kullanılabileceği düşünülmüş ve uygulamada görülen görece başarılı sonuçlar nedeniyle günümüzde en sık kullanılan ilaç durumuna gelmiştir. NYKT (Nikotin Yerine Koyma Tedavisi)'nin mantığı; nikotin eksikliğine bağlı olarak gelişen yoksunluk semptomlarının ortadan kaldırılarak, kişinin başka yönlere kanalize edilmesini ve sigarayı daha az sıkıntı ile bırakmasını sağlamaktır. İkinci aşamada ise nikotin dozu yavaş yavaş azaltılarak, kişi nikotin bağımlılığından tümüyle kurtarılmaya çalışılır. Değişik nikotin formlarında ulaşılan pik değer 6-12 µg/dl düzeylerinde iken, sigara içiminden sonra ulaşılan değer 35 µg/dl (20-50 µg/dl) düzeylerindedir. Gebelerde, emziren kadınlarda, son 1 ay içinde akut myokard infarktüsü geçiren kişilerde ve ciddi aritmisi olanlarda kullanılmamalıdır.

Transdermal Nikotin Bandı: 30 cm2 ' lik bantta 21 mg, 20 cm2 ' lik bantta 14 mg ve 10 cm2 ' lik bantta 7 mg nikotin mevcuttur. 24 saatlik formu 16 kullanırken gece boyu nikotin salınımı devam ettiği için nikotine bağlı uykusuz kalma uyurken de canlı rüya görme gibi problemler yaşanabilir. Bu durumda bant gece yatarken çıkarılır. Sigara bırakma tedavisinin başında yüksek doz banttan başlanarak, bırakıldıktan sonraki aşamalarda 2 – 4 haftada bir doz azatlımı yapılır. Günde 15 ve daha fazla sayıda sigara içenlerde 21 mg başlanır.

Nikotin Sakızı: Nikotin sakızları 2 ve 4 mg' lık iki farklı formları vardır. Günde 25 adetten az sigara içenlerde 2 mg formu, daha fazla içenlerde 4 mg formu önerilir.

Ortalama tedavi 8 – 12 haftadır. Sakızlar yavaşça çiğnenmeli, ağız içinde yanma veya karıncalanma olduğunda çiğnemeye ara verilmeli ve sakız yanak mukozası ile diş eti arasında bekletilmelidir. Yan etkileri bulantı, kusma, hazımsızlık gibi geçici ve hafif semptomlardır.

Nikotin Pastili: Pastillerin 2 ve 4 mg'lık formları bulunmaktadır. İlk 30 dakikada sigara içiyorsa 4 mg, 30 dakikadan sonra içiyorsa 2 mg'lık formları tercih edilmelidir.

Nikotin Nazal Sprey: Nikotin nazal sprey (NNS) her püskürtmede 0,5 mg nikotin verir. Her iki burun deliğine birer kere püskürtülür ve tek seferde 1 mg doz alımı amaçlanır. Saatte azami olarak 5 doz önerilmektedir. Nikotinin vücuda en hızlı alınış şeklidir. Günde 10 – 40 püskürtme önerilir. Tedavi süresi 3 – 12 ay arasında değişebilir**.** Yan etkileri arasında mukozal irritasyon, nazal sekresyonlarda artış, mukozada konjesyon, gözlerde yaşarma, öksürük ve aksırık sayılabilir.

Nikotin İnhaler: Kişiler her bir inhalasyonla 13 µg nikotin alır. Ortalama tedavi 6 – 16 inhalasyon kartuşu/gündür. Bir kartuş 80 inhalasyon sağlar. Ortalama tedavi 3 – 6 aydır.

2.4.1.2 Nikotin Dışı Farmakolojik Tedaviler:

Bupropion: Nontrisiklik, aminoketon bir antidepresif ajandır. Norepinefrin ve dopaminin nöronal geri alınımının zayıf inhibitörüdür. Monoaminooksidazları veya seratonin geri alınımını inhibe etmez. Metabolitleri ise norepinefrin geri alım inhibitörüdür. Formları 150 mg'lık yavaş salınımlı tablet formundadır. Oral alımdan yaklaşık 3 saat sonra maksimum plazma konsantrasyonu olan 140 mg/L'ye ulaşır. Bupropion tedavisine henüz sigarayı bırakmadan önce başlanır, ilk 3 gün 150 mg doz verilir, 4. günden itibaren 150 mg dozdan sabah akşam verilmeye başlanır. (300 mg/gün). Tedaviye başlandığında 7–14 gün içinde bırakma günü verilir. Diğer ilaç kullanımları ile arasında 8 saat süre olmalıdır. Tedavi 300mg/gün dozunda kullanılarak 8 hafta sürer. Ancak 6 ay kadar sürdürülebileceği bildirilmektedir. Uykusuzluk, ağız kuruluğu, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, bulantı, baş dönmesi, konvülziyon, kabızlık, döküntü, nadiren nöropsikiyatrik semptomlar gibi yan etkiler görülebilir. Kontrendike olduğu durumlar; konvülziyon ve konvülziyon eşiğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı veya santral sinir sistemi (SSS) travması öyküsü, kontrolsüz

hipertansiyon, ağır hepatik nekroz, anoreksi nervoza ya da bulumia gibi yeme bozuklukları ve monoaminooksidaz (MAO) inhibitörü kullanma öyküsü olanlar, 18 yaş altı sigara içenler, hamileler, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlar, SSS tümörü öyküsü bulunanlar, bipolar hastalığı olanlar ve çok ağır siroz olgularıdır.

Vareniklin: Nikotinik asetilkolin α4β2 reseptörlerine parsiyel agonist ve α7 reseptörlerine tam agonisttir. Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller. Vareniklin sigara bırakma amacı ile kullanılan farmakoterapiler arasında NYKT ve bupropion ile birlikte ilk seçenek ilaçlar grubunda yer almaktadır. Vareniklin kullanan olgular sigara içmeye devam ederken tedaviye günde önce günde 0.5 mg 3 gün, 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 12 haftaya günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak tamamlanır. Gebelerde ve emzirenlerde kullanımı uygun değildir. En sık yan etkisi canlı rüya görme, bulantı-kusma, kabızlık, mide gazı, nadiren de olsa nöropsikiyatrik semptomlar gibi yan etkileri vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL İZNİ

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Komitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Etik Kurulu tarafından 29/11/2022 tarihinde ve 3710 sayılı kararı ile onaylanmıştır. Etik kurul onay yazısı Ek 1'de gösterilmiştir.

3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Çalışmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniklerine başvuran Kasım 2022 ve Ocak 2023 tarihleri arasında 18 yaşının üzerinde, aktif psikiyatrik rahatsızlığı ve malignitesi olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara uygulanmıştır. Çalışmamız yüz yüze anket şeklinde sosyodemografik verileri, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ve Kanser Kaygı Ölçeğini içeren toplamda 35 soruluk anketimiz doldurtuldu. 1 ay sonra sigara bırakma durumları geldiği kontroller sonucu ve telefonla ulaşılarak sigarayı bırakma durumları kaydedildi.

Çalışmamız tek merkezli, tanımlayıcı, kesitsel ve analitik tiptedir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniklerine başvuran ortalama hasta sayısı 3 aylık dönemde 460 olup; yüzde 95 güven aralığına göre örneklem büyüklüğümüz 210 hastada tamamlanacak şekilde çalışmamız sonlandırılmıştır.

3.3 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

1) 18 yaş ve üzeri olmak

2) Araştırmaya katılanların psikiyatrik tanısının dışlanmış olması

3) Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

3.4 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

1) 18 yaş altı olmak

2) Araştırmaya katılanların aktif psikiyatrik tanısının olması

3) Araştırmaya katılanların çalışma esnasında malignite öyküsünün ortaya çıkması

4) Araştırmaya katılmayı kabul etmemek

5) 1 ay sonra sigarayı bırakma durumunu öğrenememek

3.5 SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ARAŞTIRMA ANKETİ ÖZELLİKLERİ

Anketimiz 4 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sosyodemografik olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kaç yıldır sigara içtiği, sigara başlama yaşının, ailede başka sigara içicisi varlığı, kronik hastalık varlığı, tanı koyulmuş aktif psikiyatrik hastalık varlığı, daha önce geçirilmiş tedavi edilmiş kanser varlığı, ve şu an aktif kanser tanısı varlığı 11 soruda sorgulandı. İkinci bölümde Fagerström nikotin bağımlılık testinin olduğu 6 soruluk kısım sorgulandı. Üçüncü bölümde Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeğinin olduğu 10 soruluk kısım sorgulandı. Dördüncü bölümde Kanser Kaygı Ölçeği'nin olduğu 8 soruluk kısım sorgulandı. Anketimiz toplamda 35 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik verilerin olduğu aktif psikiyatrik hastalık varlığı ve aktif kanser tanısı varlığı sorularına evet cevabı veren hastalar çalışmadan çıkarıldı. Total hasta sayısı 210'a ulaşınca anketimiz sonlandırıldı.

Anket formumuz Ek 2 de gösterilmiştir.

3.5.1 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1991 yılında ise Heatherton ve arkadaşları tarafından tekrar değerlendirilmiş ve günümüzde kullanılan FNBT ortaya çıkmıştır. Türkçe geçerlilik çalışması Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada test orta derecede güvenilir. Cronbach alpha: 0,56 bulunmuş olup dikkat edilmesi gereken sorular olduğu iddia edilmiştir. Testte 0 – 3 puan arası düşük nikotin bağımlılığı, 4 – 6 puan arası orta nikotin bağımlılığı, 7 ve daha üzeri puan ise yüksek nikotin bağımlılığı olarak derecelendirilir.

3.5.2 Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği

Sigara bırakma başarısı öngörü ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Aydemir Y. ve ark. tarafından 2018 yılında yapılmıştır. SBBÖÖ Ölçek 5' li Likert tipi olup 10 maddedir. Katılımcılardan ölçeğe "1- Çok Az", "2- Az", "3- Orta", "4- Biraz Çok" ve "5- Çok" şeklinde puanlanan sorulara kendilerine en uygun cevabı vermeleri beklenmiştir. Ölçeğin 9. sorusu ters olarak puanlanmıştır. Ölçeğin "Kararlılık ve Hazır Oluş" ve "Sağlık Algısı ve Uygun Çevre" olarak iki alt boyutu vardır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 50, minimum puan 10'dur. Ölçek puanının artması sigara bırakma başarısının yüksek olacağını gösterir. (67)

3.5.3 Kanser Kaygı Ölçeği

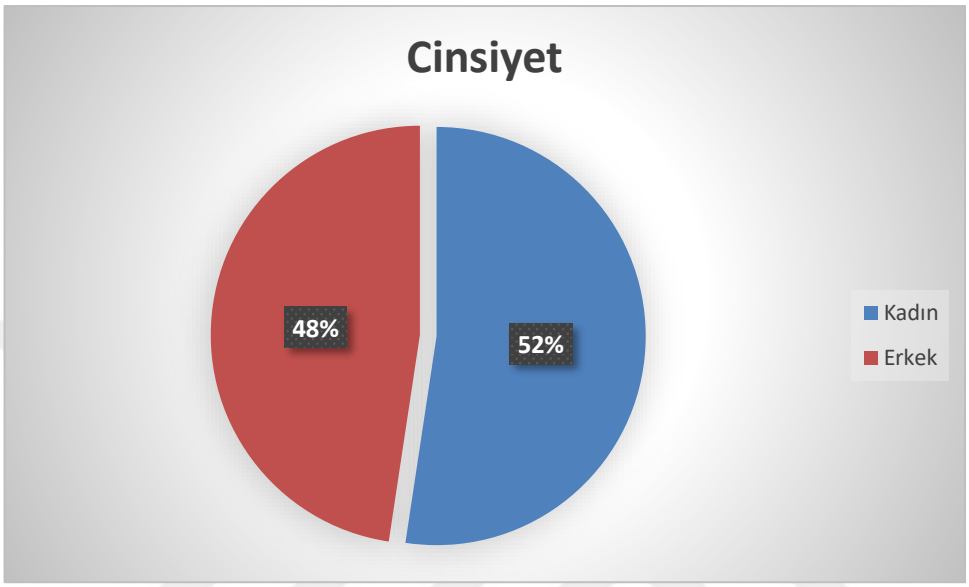
Eveline M. A. Bleiker tarafından geliştirilmiş olan Kanser Kaygı Ölçeği 2017 yılında Fatma Özlem Üner tarafından Türkçeye uyarlanarak güvenilir ve geçerliliği kanıtlanmıştır. Ölçeğin genel Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.87'dir. Ölçek 8 maddeden oluşmakta olup maddeleri 1'den 4 'e doğru puanlandırılmıştır. Neredeyse hiç 1 puan, Bazen 2 puan, Çoğu zaman 3 puan ,Neredeyse her zaman 4 puan olarak 8 soruda toplamda 32 puan olarak puanlanmıştır. Testten elde edilen puan arttıkça kanser kaygısı yüksek olarak derecelendirilir. (68–70)

3.6 ÇALIŞMANIN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada elde edilen veriler değerlendireleceğinde istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 25 programı kullanıldı. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov- Smirnov ve Shapiro Wilks testleri ile değerlendirilmiştir. Çalışma veriler değerlendirilirken tanımlayıcı İstatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, minimum maksimum medyan,frekans) yanında niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney u test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Fisher's Exact Ki-kare testi,Fisher Freeman Halton Exact ki kare testi, Contunuity (Yates) düzeltmesi kullanıldı. Lojistik regresyona dahil edilecek parametrelerin belirlenmesi için faktör analizi(varimax yöntemi) kullanıldı. Multivariate analizi için lojistik regresyon analizi (Backward stepwise yöntemi) uygulandı. Anlamlılık $p<0,005$ düzeyinde değerlendirildi.

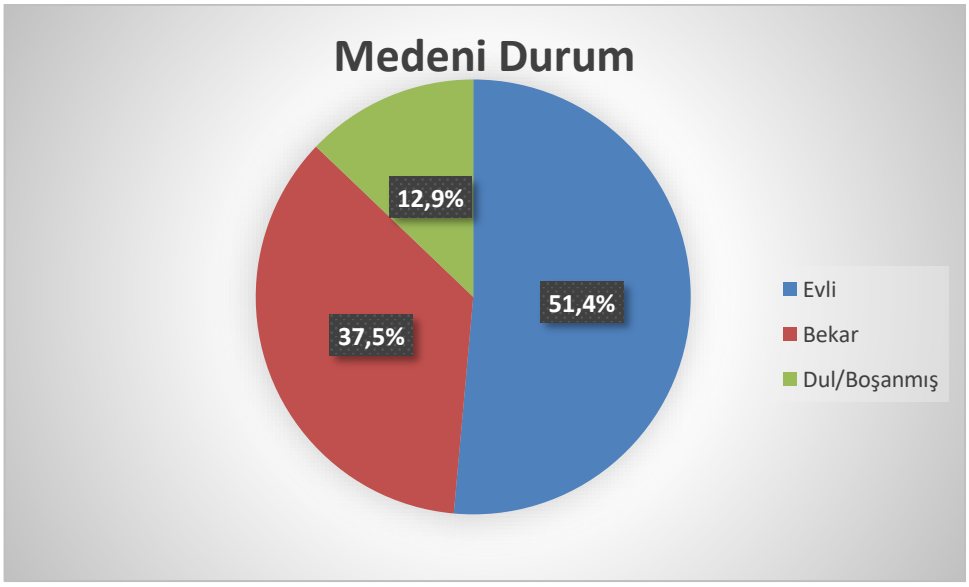
4.BULGULAR

4.1 TANIMLAYICI BULGULAR



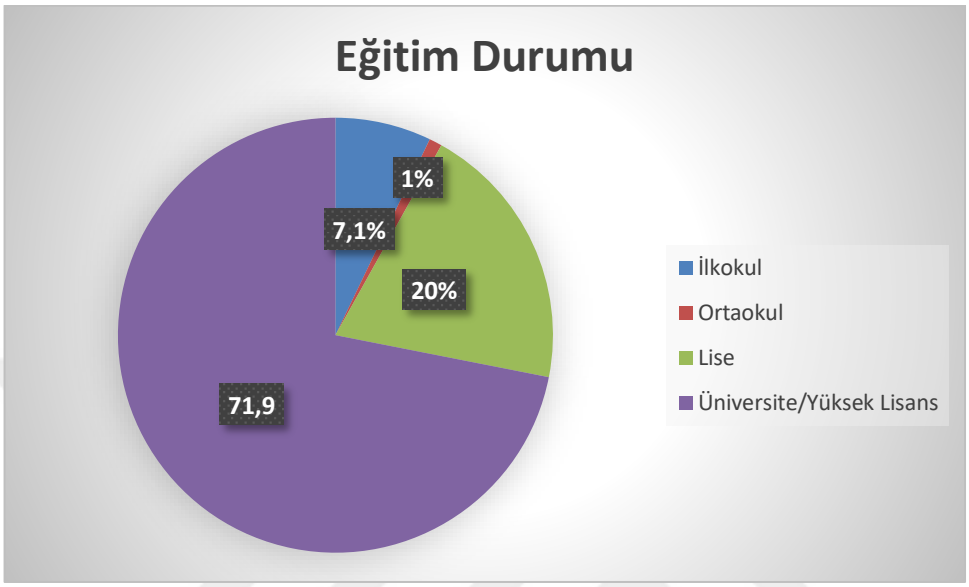
*Şekil 1:: **Katılımcıların Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı***

Kanser endişesinin erken dönem sigara bırakma başarısına etkisinin incelenmesi çalışmasında hastaların %48'i erkek iken; %52'si kadındır.



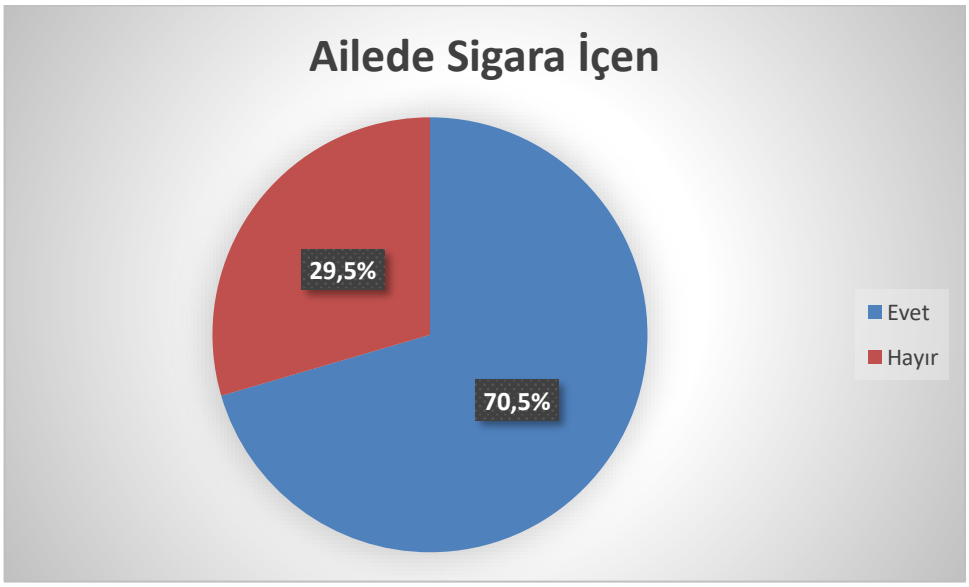
*Şekil 2: **Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Dağılımı***

Kanser endişesinin erken dönem sigara bırakma başarısına etkisinin incelenmesi çalışmasında hastaların %51.4'ü evli iken, %37.5'i bekar, %12.9'u dul/boşanmıştır.



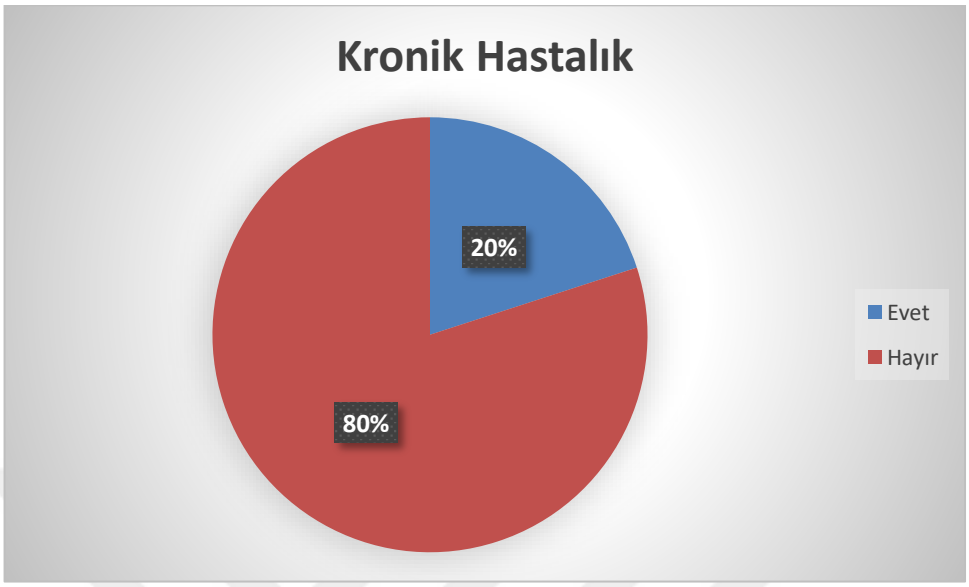
Şekil 3: ***Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı***

Eğitim düzeylerine göre %7,1'i ilkokul, %1'i ortaokul, %20'si lise ve %71,9'u üniversite/yüksek lisans mezunudur.



Şekil 4: Katılımcıların Ailesinde Sigara İçenlere Göre Dağılımı

Hastaların %70,5'inde ailesinde sigara içen ve %29,5'inde ailesinde sigara içmeyen birey vardır.



Şekil 5: ***Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı***

Hasta bireylerin %20'sinde kronik hastalık (Örn: diyabet, hipertansiyon, astım, Koah, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, anjio-stent öyküsü psikiyatrik hastalık gibi) var iken %80'inde kronik hastalık bulunmamaktadır.

Kanser endişesinin erken dönem sigara bırakma başarısına etkisinin incelenmesi çalışması yaşları 18 ile 73 arasında olan 110'u (%52.4) kadın ve 100'ü (%47.6) erkek olmak üzere toplam 210 hasta ile yapılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 37,75±10,86 yıl, medyan yaş 37,5 yıldır. Sigara içmeye ilk başlama yaş ortalaması 19,66±5,04 yıl, medyan yaş 19 yıldır. Sigara içme süresi ortalaması 16,94±11,20 yıl ve medyan süre 15 yıldır. Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: ***Genel bilgiler***

	Minimum	Maximum	Ort±SS	Medyan
Yaş (yıl)	18	73	37,75±10,86	37,50
Sigara İçmeye Başlama yaşı (yıl)	8	43	19,66±5,04	19,00
Sigara İçme Süresi (yıl)	1	58	16,94±11,20	15,00

N:210

4.2 FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VERİLERİ

Hastaların %29,5'i günde 10 ve daha az, %44,3'ü günde 11-20 adet, %17,1'i günde 21-30 adet, %9'u günde 31 ve daha fazla sigara içmektedir.

Hastaların %23,3'ü ilk 5 dakika içinde, %25,2'si 6-30 dakika içinde, %19'u 31-60 dakika içinde ve %32,4'ü 1 saatten sonra sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar süre geçirmektedir.

Hastaların %39,5'i sigara içiminin yasak olduğu yerlerde, sigara içmeden durmakta zorlanıyor iken %60,5'i zorlanmamaktadır.

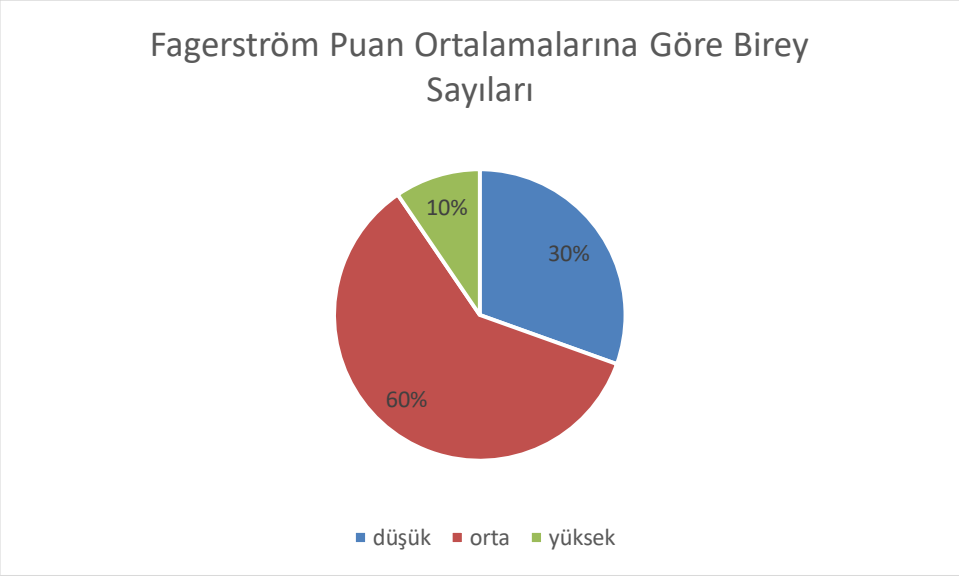
Gün boyu içilen sigaralardan vazgeçilmesi en zor olanı %48,1 hasta için sabah içilen ilk sigara iken, %51,9'u için diğer zamanlarda içilen sigaralardır.(Tablo 2)

Tablo 2: **Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Genel Bilgiler**

		n	%
Günde ne kadar sigara içiyorsunuz ?(adet/gün)	10 ve daha az	62	29,5
	11-20 adet	93	44,3
	21-30 adet	36	17,1
	31 ve daha fazla	19	9,0
Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?	ilk 5 dakika içinde	49	23,3
	6-30 dakika içinde	53	25,2
	31-60 dakika	40	19,0
	1 saatten sonra	68	32,4
Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde zorlanıyor musunuz?	Evet	83	39,5
	Hayır	127	60,5
Gün boyu içtiğiniz sigaralarda sizin için vazgeçmesi en zor olanı hangisidir?	Sabah ilk içilen sigara	101	48,1
	Diğer zamanlarda içilen sigaralar	109	51,9
Günün diğer saatlerine kıyasla uyandıktan sonraki ilk saatlerde daha çok sigara içiyor musunuz?	Evet	92	43,8
	Hayır	118	56,2
Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?	Evet	87	41,4
	Hayır	123	58,6

N:210

Hastaların 64'ü (%30) 0 – 3 puan arası düşük; 126'sı(%60) 4-6 puan arası orta; 20'si(%10) 7 ve üzeri yüksek Fagerström Bağımlılık Testi puanına sahiptir. Şekil 6'da gösterilmiştir.



N:210

Şekil 6: ***Fagerström Puan Ortalamalarına Göre Birey Sayıları***

Sosyodemografik bilgiler ile Fagerström Bağımlılık Testi sonuçlarında gruplar arasında istatiksel anlamlı bir fark yoktur. (p>0.05) Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3: **Fagerström Bağımlılık Sonuçlarının Demografik Bilgilere Göre Değerlendirilmesi**

		Düşük Bağımlılık	**Orta Bağımlılık**	**Yüksek Bağımlılık**	
		n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**p**
Cinsiyet	Kadın	30 (%27,3)	70 (%63,6)	10 (%9,1)	[1]0,514
	Erkek	34 (%34)	56 (%56)	10 (%10)	
Medeni Durumu	Evli	36 (%33,3)	57 (%57,4)	10 (%9,3)	[1]0,151
	Bekar	25 (%33,3)	44 (%58,7)	6(%8)	
	Dul/Boşanmış	3 (%11,1)	20 (%74,1)	4(%14,8)	

Eğitim Durumu	İlkokul	2 (%13,3)	11 (%73,3)	2 (%13,3)	[1]0,384
	Ortaokul	0 (%0)	2 (%100)	0 (%0)	
	Lise	15 (%35,7)	25 (%59,5)	2 (%4,8)	
	Üniversite/Yüksek Lisans	47 (%31,1)	88 (%59,5)	16 (%4,8)	
Ailede sigara İçen	Evet	41 (%27,7)	90 (%60,8)	17 (%11,5)	[1]0,167
	Hayır	23 (%37,1)	36 (%58,1)	3 (%4,8)	
Kronik Hastalık	Evet	8 (%19)	29 (%69)	5 (%11,9)	[1]0,174
	Hayır	56 (%33,3)	97 (%57,7)	15 (%8,9)	
Kanser Öyküsü	Evet	1 (%25)	2 (%50)	1 (%25)	[1]0,661
	Hayır	63 (%30,6)	124 (%60,2)	19 (%9,2)	

[1]Likelihood Ratio **p<0.05*

Fagerström bağımlılık sonuçlarına göre bireylerin yaşı, sigara içmeye başlama yaşı ve sigara içme süresi ile bağımlılıkları arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. (p>0.05). Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4: **Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Sonuçlarının Yaş, Sigaraya Başlama Süresi ve Kullanım Süresine Göre Değerlendirilmesi**

	Düşük Bağımlılık	**Orta Bağımlılık**	**Yüksek Bağımlılık**	**p**
	Ort+SE	**Ort+SE**	**Ort+SE**	
Yaş (yıl)	36,30±1,45	37,95±0,92	41,10±2,45	0,214
Sigara İçmeye Başlama yaşı (yıl)	19,64±0,52	19,44±0,44	21,10±1,69	0,396
Sigara İçme Süresi (gün)	15,63±1,40	17,44±0,97	18,05±2,89	0,518

Anova/ regression *Ort: Ortalama SE: Standart Hata* ** p<0.05*

4.3 KANSER KAYGI ÖLÇEĞİ VERİLERİ

Hastaların %21'i kansere yakalanma olasılığınız hakkında neredeyse hiç düşünmez iken %7,6'sı kansere yakalanma olasılığınız hakkında neredeyse her zaman düşünmektedir.

Bu düşünceler günlük aktivitelerini gerçekleştirme becerilerini hastaların % 55,2'sini neredeyse hiç etkilemez iken %2,9'unu neredeyse her zaman etkilemektedir.

Hastaların %24,3'ü kanser gelişmesi hakkında neredeyse hiç kaygılanmaz iken %4,8'i kanser gelişmesi hakkında neredeyse her zaman kaygılanmaktadır. (Tablo 5)

Tablo 5: **Kanser Kaygı Ölçeği Genel Bilgiler**

		n	%
Kansere yakalanma olasılığınız hakkında ne sıklıkta düşünürsünüz?	Neredeyse Hiç	44	21,0
	Bazen	97	46,2
	Çoğu Zaman	53	25,2
	Neredeyse Her Zaman	16	7,6
Bu düşünceler ruh halinizi etkiler mi?	Neredeyse Hiç	57	27,1
	Bazen	96	45,7
	Çoğu Zaman	40	19,0
	Neredeyse Her Zaman	17	8,1
-Bu düşünceler günlük aktivitelerinizi gerçekleştirme becerilerinizi etkiler mi?	Neredeyse Hiç	116	55,2
	Bazen	67	31,9
	Çoğu Zaman	21	10,0
	Neredeyse Her Zaman	6	2,9
Bir gün kanser olma ihtimalinizden ne kadar endişelenirsiz?	Neredeyse Hiç	43	20,5
	Bazen	95	45,2
	Çoğu Zaman	58	27,6
	Neredeyse Her Zaman	14	6,7

Kanser gelişmesi hakkında ne sıklıkta kaygılanıyorsunuz?	Neredeyse Hiç	51	24,3
	Bazen	110	52,4
	Çoğu Zaman	39	18,6
	Neredeyse Her Zaman	10	4,8
Bu kaygı sizin için ne kadar büyük bir sorundur?	Neredeyse Hiç	66	31,4
	Bazen	84	40,0
	Çoğu Zaman	44	21,0
	Neredeyse Her Zaman	16	7,6
Aile üyelerinde kanser gelişme olasılığı hakkında ne sıklıkta kaygılanıyorsunuz?	Neredeyse Hiç	47	22,4
	Bazen	82	39,0
	Çoğu Zaman	57	27,1
	Neredeyse Her Zaman	23	11,0
Ameliyata ihtiyaç duyacağınız konusunda ne kadar endişelisiniz?	Neredeyse Hiç	66	31,4
	Bazen	96	45,7
	Çoğu Zaman	32	15,2
	Neredeyse Her Zaman	16	7,6
N 210			

Bireylerin cinsiyet durumu ile kanser kaygı düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin medeni durumu ile kanser kaygı düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ortaokul mezunu bireylerde ilkokul, lise ve üniversite mezunu bireylere göre kanser kaygısı istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir($p<0.05$).

Hastaların ailesinde sigara içen birey olması, kronik hastalığının olması ve kanser öyküsü olması grupları ile kanser kaygı düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: **Kanser Kaygı Sonuçlarının Demografik Bilgilere Göre Değerlendirilmesi**

		Kanser Kaygı Düzeyi	
		Ort+SE	**p**
Cinsiyet	Kadın	17,62±0,53	[1]0,228
	Erkek	15,16±0,49	
Medeni Durumu	Evli	17,14±0,54	[2]0,112
	Bekar	15,43±0,55	
	Dul/Boşanmış	16,52±1,15	
Eğitim Durumu	İlkokul	18,73±1,48	[2]0,010*
	Ortaokul	22,00±0,00	
	Lise	18,05±0,97	
	Üniversite/Yüksek Lisans	15,70±0,40	
Ailede sigara İçen	Evet	16,42±0,45	[1]0,615
	Hayır	16,52±0,67	
Kronik Hastalık	Evet	17,95±0,90	[1]0,573
	Hayır	16,07±0,40	
Kanser Öyküsü	Evet	17,25±0,94	[1]0,074
	Hayır	16,43±0,38	

[1] *Levene's Test* [2]*Anova* *Ort: Ortalama SE: Standart Hata* **p<0.05*

Kanser kaygı düzeyi ile yaş ve sigara içmeye başlama yaşı arasında istatiksel olarak çok zayıf korelasyon vardır. Yani bu parametreler arasında bağıntı yoktur.

Kanser kaygı düzeyi ile sigara içme süresi arasında istatiksel olarak korelasyon bulunamamıştır. Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: **Kanser Kaygı Sonuçlarının Yaş, Sigaraya Başlama Süresi ve Kullanım Süresine Göre Değerlendirilmesi**

	Kanser Kaygı Düzeyi	**p**
	Pearson Correlation Coefficient(r)	
Yaş (yıl)	0,05	0,452
Sigara İçmeye Başlama yaşı (yıl)	0,40	0,560

Sigara İçme Süresi (gün)	0,02	0,765

Pearson Correlation *r: Coefficient* **p<0.05*

4.4 SİGARA BIRAKMA BAŞARISI ÖNGÖRÜ ÖLÇEĞİ VERİLERİ

Hastaların %3,3'ü sigarayı bırakmak için kendini çok az hazır hissederken iken %22,42'ü çok hazır hissetmektedir.

Hastaların %23,3'ü sigaranın sağlığımı olumsuz etkilediğini çok az etkilediğini düşünürken, %59,5'i çok çok etkilediğini düşünmektedir.

Hastaların %22,9'u sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almaya çok az hazır iken, %34,8'i çok hazırdır. Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: **Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği Genel Bilgiler**

		n	%
1.Kendimi sigarayı bırakmaya hazır hissediyorum.	Çok Az	49	23,3
	Az	26	12,4
	Orta	62	29,5
	Biraz Çok	26	12,4
	Çok	47	22,4
2.Sigarayı bırakmayı yeterince düşündüm	Çok Az	30	14,3
	Az	25	11,9
	Orta	56	26,7
	Biraz Çok	25	11,9
	Çok	74	35,2
3.Sigara içmeyi önemli bir sorun olarak görüyorum	Çok Az	13	6,2
	Az	19	9,0
	Orta	41	19,5
	Biraz Çok	33	15,7
	Çok	104	49,5

4.Sigaranın sağlığımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum.	Çok Az	7	3,3
	Az	12	5,7
	Orta	35	16,7
	Biraz Çok	31	14,8
	Çok	125	59,5
5.Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almaya hazırım	Çok Az	48	22,9
	Az	35	16,7
	Orta	36	17,1
	Biraz Çok	18	8,6
	Çok	73	34,8
6.Sigarayı bırakma ile ilgili tüm önerilere uyarım.	Çok Az	33	15,7
	Az	28	13,3
	Orta	61	29,0
	Biraz Çok	22	10,5
	Çok	66	31,4
7.Sigarayı bırakmamı ailem ve yakın çevremin Destekleyeceğini düşünüyorum	Çok Az	3	1,4
	Az	5	2,4
	Orta	27	12,9
	Biraz Çok	21	10,0
	Çok	153	72,9
8.İstersem sigarayı bırakabileceğime inanıyorum.	Çok Az	29	13,8
	Az	13	6,2
	Orta	60	28,6
	Biraz Çok	31	14,8
	Çok	77	36,7
9.Sigarayı bırakırken çok zorlanacağımı düşünüyorum	Çok Az	24	11,4
	Az	23	11,0
	Orta	63	30,0

	Biraz Çok	35	16,7
	Çok	65	31,0
10.Sigarayı bırakma yönündeki çabalarımın boşa gitmeyeceğini düşünüyorum	Çok Az	15	7,1
	Az	15	7,1
	Orta	79	37,6
	Biraz Çok	35	16,7
	Çok	66	31,4

Hastaların sigara bırakma başarısı öngörüsünde kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması erkek bireylerde (%99), kadın bireylerden (92,7) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir($p<0.05$). Erkek hastalarda kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması riski 0,129 kat daha azdır (OR:0.129; %95 CI:0,016-1,04).

Hastaların sigara bırakma başarısı öngörüsünde kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması; medeni durumu, eğitim durumu, ailede sigara içen birey olması, kronik hastalık olması ve kanser öyküsü olması gruplarında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p>0.05$). Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: **Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Sonuçlarının Alt Boyutlarının Demografik Bilgilere Göre Değerlendirilmesi**

		Kararlılık ve Hazırlanış	**Sağlık Algısı ve Çevre**	
		n (%)	**n (%)**	**p**
Cinsiyet	Kadın	102 (%92,7)	8 (%7,3)	[1]0,025*
	Erkek	99 (%99)	1 (%1)	
Medeni Durumu	Evli	102 (%94,4)	6 (%5,6)	[2]0,214
	Bekar	74 (%98,7)	1 (%1,3)	
	Dul/Boşanmış	25 (%92,6)	2 (%7,4)	
Eğitim Durumu	İlkokul	14 (%93,3)	1 (%6,7)	[2]0,308
	Ortaokul	2 (%100)	0 (%0)	
	Lise	38 (%90,5)	4 (%9,5)	

	Üniversite/Yüksek Lisans	147 (%97,4)	4 (%2,6)	
Ailede sigara İçen	Evet	142 (%95,9)	6 (%4,1)	[1]0,899
	Hayır	59 (%95,2)	3 (%4,8)	
Kronik Hastalık	Evet	38 (%90,5)	4 (%9,5)	[1]0,081
	Hayır	163 (%97)	5 (%3)	
Kanser Öyküsü	Evet	4 (%100)	0 (%0)	[1]0,838
	Hayır	197 (%95,6)	9 (%4,4)	

*[1]Fisher's Exact Test [2]Likelihood Ratio *p<0.05*

Anova sonuçlarına göre bireylerin yaşı, sigara içmeye başlama yaşı ve sigara içme süresi ile sigara bırakma başarısı öngörüsünde kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. (p>0.05). Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: **Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Sonuçlarının Yaş, Sigaraya Başlama Süresi ve Kullanım Süresine Göre Değerlendirilmesi**

	Kararlılık ve Hazırlanış	**Sağlık Algısı ve Çevre**	**p**
	Ort±SE	Ort±SE	
Yaş (yıl)	37,61±0,76	40,89±4,21	0,377
Sigara İçmeye Başlama yaşı (yıl)	19,71±0,34	18,56±2,48	0,503
Sigara İçme Süresi (gün)	16,72±0,77	22,0±4,87	0,167

*Anova Ort: Ortalama SE: Standart Hata *p<0.05*

4.5 HASTALARIN TEDAVİDEN 1 AY SONRA SİGARA BIRAKMA VERİLERİ

Hastaların 64'ü(%30,5) tedavi sonrası 1 ay içindeki tütün mamulleri kullanımını bırakmış iken, 146'sı(%69,5) tütün mamulleri kullanımına devam etmektedir. Şekil 7'de gösterilmiştir.



Şekil 7: ***Katılımcıların Tedavi Sonrası 1 ay içindeki Sigara Kullanımına Göre Dağılımı***

Tedavi sonrasında 1. Ayda tütün mamullerinin kullanımını bırakan bireyler ile bırakmayan bireyler arasında yaş, sigaraya içmeye başlama yaşı ve sigara içme süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Tablo 11 'de gösterilmiştir

Tablo 11: **Tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamülleri kullanım durumunu etkileyen faktörler**

	Bırakanlar	**Bırakmayanlar**	**p**
	Ort±SS (medyan)	**Ort±SS (medyan)**	
Yaş (yıl)	37,00±11,68 (35,50)	38,08±10,51 (38,0)	0,408
Sigara İçmeye Başlama yaşı (yıl)	19,31±4,65 (19,0)	19,82±5,21 (19,0)	0,510
Sigara İçme Süresi (yıl)	16,97±12,27 (15,0)	16,93±10,75 (15,50)	0,667
Mann Whitney U Test			**p<0,05*

Kadınların %33'ü, erkeklerin %31'i tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamulleri kullanım bırakmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Evli bireylerin %38'i, Bekar bireylerin %26,7'si ve dul/boşanmış bireylerin %22,2'si tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamulleri kullanım bırakmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

İlkokul mezunu olan bireylerin %20'si, ortaokul mezunu olan bireylerin %50'si, lise mezunu olan bireylerin %33,3'ü ve üniversite/yüksek lisans mezunu olan bireylerin %30,5'i tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamülleri kullanım bırakmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Ailesinde sigara içen bireyler bulunan hastaların %31,8'i, ailesinde sigara içen bireyler bulunmayan hastaların %27,4'ü tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamulleri kullanım bırakmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Kronik hastalığı olanların(Örn: diyabet, hipertansiyon, astım, koah, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, anjio-stent öyküsü psikiyatrik hastalık gibi) %26,2'si, olmayanların %31,5'i tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamulleri kullanım bırakmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Geçirilmiş tedavi edilmiş kanser öyküsü olan hastaların %25'i, Kanser öyküsü olmayan hastaların %30,6'sı tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamulleri kullanım bırakmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12: **Tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamulleri kullanım durumunu etkileyen faktörler**

		Bırakanlar	**Bırakmayanlar**	
		n (%)	**n (%)**	**p**
Cinsiyet	Kadın	33 (%30)	77 (%70)	[1]0,497
	Erkek	31 (%31)	69 (%69)	
Medeni Durumu	Evli	38 (%35,2)	70 (%64,8)	[2]0,280
	Bekar	20 (%26,7)	55 (%73,3)	
	Dul/Boşanmış	6 (%22,2)	21 (%77,8)	

Eğitim Durumu	İlkokul	3 (%20)	12 (%80)	[2]0,722
	Ortaokul	1 (%50)	1 (%50)	
	Lise	14 (%33,3)	28 (%66,7)	
	Üniversite/Yüksek Lisans	46 (%30,5)	105 (%69,5)	
Ailede sigara İçen	Evet	47 (%31,8)	101 (%68,2)	[1]0,326
	Hayır	17 (%27,4)	45 (%72,6)	
Kronik Hastalık	Evet	11 (%26,2)	31 (%73,8)	[1]0,317
	Hayır	53 (%31,5)	115 (%68,5)	
Geçirilmiş tedavi edilmiş kanser tanısı	Evet	1 (%25)	3 (%75)	[1]0,664
	Hayır	63 (%30,6)	143 (%69,4)	

[1]Fisher's Exact Test *[2]Likelihood Ratio* **p<0.05*

Hastaların sigara bırakma başarısı öngörüsünde kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması ile tedavi sonrası 1 ay içindeki tütün mamulleri kullanım durumları arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. (p>0.05). Farklılık anlamlı bulunmamakla birlikte hastalarda kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması tedavi sonrası 1 ay içindeki tütün mamulleri kullanım riskini 1,561 kat daha arttırmaktadır (OR:1,561; %95 CI:0,315-7,730).Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13: **Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Sonuçlarının Tedavi Sonrası 1 Ay İçindeki Tütün Mamülleri Kullanıma Göre Değerlendirilmesi**

		Kararlılık ve Hazırlanış	Sağlık Algısı ve Çevre	
		n (%)	n (%)	p
Tütün Kullanım	Bıraktı	62 (%96,9)	2 (%3,1)	[1]0,447
	Bırakmadı	139 (%95,7)	7 (%4,8)	

[1]Fisher's Exact Test **p<0.05*

Tedavi sonrasında 1. Ayda tütün mamullerinin kullanımını bırakan bireyler ile bırakmayan bireyler arasında Fagerström bağımlılık ölçeği puanlama ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tedavi sonrasında 1. Ayda tütün mamullerinin kullanımını bırakmayan bireylerde bırakan bireylere göre sigara bırakma başarısı öngörüsü ölçeği puanlama ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. (p<0.05).

Tedavi sonrasında 1. Ayda tütün mamullerinin kullanımını bırakmayan bireylerde bırakan bireylere göre kanser kaygısı ölçeği puanlama ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. (p<0.05). Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14: **Tedavi sonrası 1. Ayda tütün mamulleri kullanım durumunu etkileyen faktörler**

	Bırakanlar	Bırakmayanlar	p
	Ort±SS (N)	Ort±SS (N)	
Fagerström Bağımlılık	4,42±1,61(64)	4,38±1,50(146)	0,585
Kanser Kaygısı	16,03±4,79 (64)	16,63±5,72 (146)	0,036*
Sigara Bırakma Başarısı Öngörüsü	18,88±4,95 (64)	20,40±5,81 (146)	0,048*

Levene's Test Ort: Ortalama SS: Standart Hata N: Birey sayısı **p<0.05*

Fagerström Bağımlılık, Kanser Kaygısı, Sigara Bırakma Başarısı Öngörüsü ile 1. Ayda tütün mamulleri kullanım durumunu etkileyen faktörleri ilişkisini belirlemek amaçlı binary lojistik regresyon yapılmış olup model anlamlı bulunmuştur. (R2=0.073 p<0.05) Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15: **Fagerström Puanlarının, Sigara Bırakma Başarısı Öngörüsünün ve Kanser Kaygısının Tedavi Sonrası 1 Ay İçindeki Tütün Mamülleri Kullanıma Göre Değerlendirilmesi**

	B	%95 Confidental Interval		p
		Alt	Üst	
Fagerström Bağımlılık	-0,725	0,273	0,858	0,013*
Sigara Bırakma Başarısı Öngörüsü	2,12	3,09	22,74	0,00*
Kanser Kaygısı	-0,817	0,29	0,65	0,00*

Binary Logistic *B: beta katsayısı* **p<0.05*

5. TARTIŞMA

5.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılan 210 adet hastanın %52.4 ü kadın, % 47.6' sı erkek olarak olarak ölçülmüştür. Dünya Sağlık Örgtünün 2021 yılındaki Türkiye raporunda bu oran erkeklerde %44.8, kadınlarda %18.1 her iki cinsiyette de %31.4 olarak yayınlanmış olup(23) kadın popülasyonun sigara bırakma tedavisinde fazla olması farklı çıkmıştır.

Eğitim düzeylerine göre %7,1'i ilkokul, %1'i ortaokul, %20'si lise ve %71,9'u üniversite/yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların Üniversite mezunu oranının yüksek olması çalışmaya katılmak isteyen popülasyondan veya İstanbul bölgesinin sosyoekonomik farklılığından kaynaklı olabilir.

Hastaların %70,5'inde ailesinde sigara içen ve %29,5'inde ailesinde sigara içmeyen birey vardır. Yapılan sistematik bir incelemede 2. el tütün dumanına maruz

kalmanın sigara bırakmayı daha çok zorlaştırdığı ve nikotin bağımlılığını arttırdığı bulunmuş. (71) Çalışmamızda bu verilerle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda bireylerin %20'sinde kronik hastalık (Örn: Diyabet hipertansiyon, astım, koah, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, anjio-stent öyküsü psikiyatrik hastalık gibi) var iken %80'inde kronik hastalık bulunmamaktadır.
TÜİK istatistiklerine göre her 70 yaş altı ölümlerinin yüzde 18'i bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) kaynaklı, 30-70 yaş arası ölümlerin %87'i BOH kaynaklı.(72)olup; Argüder'in 2013 yılındaki çalışmasında tedavi alan gruplar arasında medikal ve psikiyatrik hastalık varlığı anlamlı fark bulunmuş.(73) Amerikada yapılan 2615 katılımcılı bir çalışmada ise kardiyovasküler hastalığı olan hastaların %28,9 unun halen sigara içtiği görülmüştür.(74)

Katılımcıların yaş ortalaması 37,75±10,86 yıl, medyan yaş 37,5 yıldır. Sigara içmeye ilk başlama yaş ortalaması 19,66±5,04 yıl, medyan yaş 19 yıldır. Sigara içme süresi ortalaması 16,94±11,20 yıl ve medyan süre 15 yıldır. Esen ve Arıca (2018) 415 katılımcılı bir çalışmasında kadınlarda başlama yaşı ortalaması 18,56±5,4 erkeklerde 16±5,08 ölçülmüş olup benzerlik göstermektedir. (75) Argüder'in çalışmasında ise medyan yaş 44 ölçülmüştür (73) Yasar ve ark. çalışmasında yaş ortalamaları 42,6± 13,5 olarak bulunmuş. (76)

Çalışmamızda Fagerström Nikotin Bağımlılığı ve sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları, ailede sigara içen birey, kronik hastalık varlığı, kanser öyküsü, yaş sigara başlama yaşı, sigara içme süresi arasında istatiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durumun toplumdan rastgele seçilen hastalardan değil mevcut sigara içicisi hastalarda ölçüldüğü için anlamlılık düzeyinin olmadığını ve yapılan bazı literatür çalışmalarında fagerström puanının yüksek bağımlılık potansiyeli olan kişilerde anlamlı sonuçlanmadığını ve fagerström testinin bağımlılığı orta düzeyde güven aralığı ile ölçtüğünden olabileceğini düşünmekteyiz. (77). Karadağ ve ark(2011) 1582 hasta ile olan çalışmasında nikotin bağımlılığının sigara içme süresi ile arttığını; 10 yıldan az içme süresi olanlarda %36,9 iken 21 yıl üzerinde içicilerde %74,7 bulmuş (78)olup bizim örneklemimizde düşük nikotin bağımlısı grupta 15,63±1,40 ,orta bağımlı grupta 17,44±0,97, yüksek bağımlı grupta 18,05±2,89 olarak anlamlılık düzeyi düşük bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı ortalamamız nikotin bağımlılığı düşük grupta 19,64±0,52; orta olan grupta

19,44±0,44; yüksek olan grupta 21,10±1,69 olup istatistik olarak anlamlı çıkmamış olsa da ergen popülasyonda sigara bırakma stratejilerine verilmesi gereken önem açıktır. Yapılan benzer çalışmalarda başlama yaşı 18 olarak bulunmuş (76) İstanbul Tıp Fakültesi Sigara bırakma polikliniğinde yapılan 902 hastalık çalışmada 19,11±5,94 ölçülmüş. (79) Başka bir çalışmada Kars ilinde 501 hasta ile yapılmış ve günlük içilen sigara miktarı, sigaraya başlama yaşı arasında fagerström puanları arasında anlamlılık saptanmamıştır.(80)

Sigara bıraktırma başarısı öngörü ölçeğinin (SBBÖÖ) 2 alt boyutu mevcuttur. Bunlar kararlılık ve hazırlanış sürecini ile sağlık algısı ve uygun çevresinin olması durumlarını puanlamaktadır. Hastaların sigara bırakma başarısı öngörüsünde kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması erkek bireylerde (%99), kadın bireylerden (92,7) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir($p<0.05$). Erkek hastalarda kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması riski 0,129 kat daha azdır (OR:0.129; %95 CI:0,016-1,04).

Çalışmada kadınların erkeklere göre SBBÖÖ erkeklere göre daha yüksek olmasına rağmen; 1 ay sonra bırakma durumlarını incelediğimizde kadınlar ve erkekler arasında bırakma başarısında fark tespit edilememiştir. (p: [1]0,497) .Kadınların %30'u bırakmış, %70'i bırakamamıştır. Erkeklerin sigara bırakma oranları; 31 (%31) bırakmış, 69 (%69)'u bırakamamıştır. Sigara bırakma polikliniğimize gelen hasta sayısının toplumda sigara içen oran düşünüldüğünde kadın cinsiyette daha fazla olması nedeniyle bu sonuçların olabileceğini daha fazla hasta sayısı ile daha anlamlı sonuçlar çıkabileceğini düşünüyoruz

SBBÖÖ'nin cinsiyet dışında diğer sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında yapılan analizine göre medeni durum, ailede sigara içen birey olması, kronik hastalık ve kanser öyküsünün olmasında gruplar arasında istatiksel anlamlı bir fark yoktur. ($p>0.05$) Anova sonuçlarına göre bireylerin yaşı, sigara içmeye başlama yaşı ve sigara içme süresi ile SBBÖÖ'sü arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p>0.05$)(Tablo 11) Hoş(2021)'un tez çalışmasında ise çalışmamızdan farklı olarak 51 Yaş üzerinde daha çok SBBÖ'sü tespit edilmiş olup; medeni durum, cinsiyet ve eğitim düzeyinde ve sigara içme süresinde çalışmamızdaki gibi farklılık bulunmamış. (81)

319 hasta ile yapılan bir çalışmada SBBÖÖ puanları ile yaş, sigara başlama yaşı medeni durum, cinsiyet, eğitim durumlarında fark görülmemiş; kronik hastaları olanların ölçek puanları daha anlamlı yükseklikte çıkmış ayrıca günlük içilen sigara sayısı azaldıkça ve ölçek puanı arttıkça bırakma başarısının anlamlı olduğu regresyon modelinde belirtilmiş. (82) Bizim çalışmamızda farklı olarak kadın cinsiyette ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksekti ama bırakma oranları arasında fark yoktu. Ayrıca kronik hastalığı olanların sayısının az olması dolayısı ile bizim çalışmamızda anlamlı sonuçlar çıkmadığını düşünmekteyiz. Ek olarak bizim çalışmamızda farklı olarak hastaların Yapılan bazı çalışmalarda SBBÖÖ kıyaslanmasa da sigara bırakma durumları çalışmamızda benzer olarak fagerström bağımlılık puanlarının artışı ile yüksek bulunmuştur. (83) Çalışmamızdan farklı olarak Hoş (2021)'un tez çalışmasında fagerström testi ile SBBÖÖ puanlaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır.(81)

Sigara bırakma hastalarımızda demografik kriterleriyle kanser kaygı düzeylerini kıyasladığımızda; bireylerin cinsiyet durumu ile kanser kaygı düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ortaokul mezunu bireylerde ilkokul, lise ve üniversite mezunu bireylere göre kanser kaygısı istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir($p<0.05$).

Medeni durum, ailede sigara içicisi, kronik hastalık, kanser öyküsü varlığı, yaş, sigaraya başlama yaşı ve sigara içme süresinin kanser kaygı düzeyleri ile anlamlı farklılığı yoktur. Çalışmamızda üniversite mezunu birey varlığının daha fazla olması ve yaş ortalamamızın diğer sigara bırakma çalışmalarına göre daha düşük olması nedeniyle kanser kaygı düzeyinin düşük olabileceğini düşünmekteyiz. Kadın hastalarımızın SBBÖ'sü ve kanser kaygı düzeyi erkeklerden daha yüksek olsa da sonuçta erkeklere göre 1 aylık sigara bırakma başarısında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. (Tablo 15) Bu durumun daha uzun dönemli bırakma tedavileri ve daha fazla hasta popülasyonu ile incelenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Literatür incelememizde kanser kaygı düzeyi ile sigara bırakma hastaları arasında bir çalışma bulamamış olsak da kanser kaygısı onkolojik popülasyonda, kanser tarama çalışmalarında incelenmiştir. (21,68) Bizde örnek makalelerimizi bunlar arasından inceledik. Hawranek'in (2022) kolonoskopi taraması çalışmasında yaptığı kanser kaygı ölçeğinde kadın katılımcıların kanser kaygı skalasının daha yüksek

anlamlılıkta çıkması ve yüksek eğitim düzeyi ile kanser kaygı düzeyinin azalması bizim çalışmamızla farklılık göstermekte; ayrıca yaşa göre de kaygı düzeyi dağılımında farklılık olmaması çalışmamızla benzerlik göstermiştir.(21) Hawranek'in çalışmasında ayrıca kaygı düzeyi arttıkça kolonoskopi yapma ve taramalara katılma anlamlı düzeyde artmış; Bizim çalışmamızda kaygı düzeyi artışı ile 1 ay sonra sigara bırakma durumlarında istatistiksel olarak bir farklılık çıkmamıştır. Üner'in (2017) kolposkopi hastaları üzerinden kanser korku düzeyini araştırarak Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı çalışmasında yaş, eğitim düzeyi , medeni durum ailede kanser öyküsü faktörlerinin kanser kaygı düzeyleri ile anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. (68,70)Bizim çalışmamızda Hawrenek'in (2022) çalışması gibi eğitim düzeyinin artması ile kanser korku düzeyinin azalması farklı gözlenmiştir.

İspanya'da 50 yaş üzeri 666 hasta ile yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak kadınlarda kanser kaygısı daha fazla olmuş ; düşük eğitim düzeyi ile kanser kaygısının artışı benzerlik taşımaktadır. Bizim çalışmamızda da ortaokul mezunu bireylerin kanser kaygısının yüksek olması benzerlik taşımaktadır. Ayrıca yaş artışıyla, kronik hastalıkların eklenmesiyle kanser kaygısının artmasının anlamlı bulunması bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir.(58) Bunun nedeninin kronik hastalığı oranının çalışmamızda daha az olması (%20) olduğunu düşünmekteyiz.

5.2 ERKEN DÖNEMDE SİGARAYI BIRAKMA BAŞARISI DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda anketler uygulandıktan 1 ay sonra sigara bırakma durumları poliklinik kontrolleri veya telefonla ulaşılarak öğrenilmiş olup tüm hastalara bupropiyon, nikotin replasman tedavisi veya psikososyal destek verilmiş olup tedavi şekilleri çalışmanın kapsamına dahil edilmemiştir. Hastaların %30,5'i tedavi sonrası 1 ay içindeki tütün ürünleri kullanımını bırakmış iken, %69,5'i tütün ürünleri kullanımına devam etmektedir. Hastaların bırakma durumlarına bakıldığında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ailede sigara içen birey varlığı, kronik hastalık varlığı, kanser öyküsü olanların sigara bırakma başarılarında istatiksel olarak anlamlı farklılık çıkmadığını görmekteyiz. Ama medeni durumda evliler 38 (%35,2) bekarlara 20 (%26,7) göre daha çok bırakma başarısı gösterirken bunun anlamlı farklılık

yaratmadığı görülmekte ayrıca ailede sigara içicisi birey olanların 47'si (%31,8), olmayanlara göre 17 (%27,4) daha çok sigara bıraktığını görsek de anlamlı farklılık yaratmamıştır. Bunu hasta sayılarını arttırarak daha anlamlı sonuçlar alabileceğimizi düşünüyoruz. Yaş, sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresini bırakma durumları ile karşılaştırdığımızda anlamlı farklılık tespit edilememiş olup bunun nedeninin Ort±SS (medyan) değerlerin bırakan ve bırakmayan gruplarda birbirine yakın olduğundan kaynaklı farklılık çıkmadığını düşünmekteyiz.

Litaratüre baktığımızda Rasmussen ve arkadaşları (2022) 9812 hasta üzerinden yaptığı bir meta-analizde uzun süreli sigara bırakma müdahalelerin kısa süreli müdahalelere göre daha anlamlı olduğunu belirtmiştir.(84) Bu yüzden yapılan çalışmalara bakıldığında sosyodemografik kriterlerde özellikle erken dönemde çok fazla çeşitlilik görmekteyiz. Yılmazel 422 kişiyle yaptığı çalışmasında 3 yıllık takiplerinde NRT(Nikotin Replasman Tedavisi), Bupropion ve Vareniklin tedavisini kıyaslamış ve sigara bırakma başarısını ortalama %35 olarak ölçmüş en başarılı grubu %52,8 ile NRT'de bulmuş ; yaş medeni durum eğitim düzeyi, sigaraya başlama yaşı, fagerström bağımlılık düzeyi ile anlamlı farklılık tespit edememiştir.(85) Bizim sonuçlarımızdan farklı olarak erkeklerin bırakma başarısını daha yüksek bulmuş olup çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Özcan (2021) tez çalışmasında 1 yıllık takiplerde fagerström puanı düşük olanların bırakma başarısını yüksek bulmuş sosyodemografik ölçütlerde anlamlı farklılık bulamamış olup çalışmamız ile benzerlik taşımaktadır. (86) Esen ve arkadaşları da (2020) yaptığı çalışmada çalışmamızdan farklı olarak erken dönemde 3 ayda bırakma başarısını %61,9 ölçmüş ilk 3 ayda kadınların bırakma başarısı daha yüksek anlamlılıkta sonuçlanmış ancak 1 yıl sonunda kadın ve erkek arasındaki farklılığın sonlandığını göstermiştir.(87) Ayrıca nikotin bağımlılık düzeyinin bırakma başarısını arttırmada ilk 3 ayda anlamlı farklılık yarattığını 1 yıl sonra bu farklılığın sonlandığını göstermiştir.(87)

Tedavi sonrasında 1. Ayda tütün mamullerinin kullanımını bırakmayan bireylerde bırakan bireylere göre kanser kaygısı ölçeği puanlama ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.($p<0.05$). Tablo 14'de gösterilmiştir.

Fagerström Bağımlılık, Kanser Kaygısı, Sigara Bırakma Başarısı Öngörüsü ile 1. Ayda tütün mamulleri kullanım durumunu etkileyen faktörleri ilişkisini belirlemek amaçlı binary lojistik regresyon yapılmış olup model anlamlı bulunmuştur. ($R2=0.073$ $p<0.05$) Tablo 15'da gösterilmiştir.

Tanımlı'nın yaptığı (82)çalışmadaki regresyon modeline göre de günde içilen sigara sayısı arttıkça sigara bırakma başarısı azalmış olup buradaki sigara içilen sigara sayısını çalışmamızdaki nikotin bağımlılık düzeyiyle benzerlik göstermektedir. Tanımlı ayrıca SBBÖÖ puanları arttıkça bırakma başarısına pozitif yönde etkilediği regresyon modelinde göstermekte; bizim regresyon modelimiz ile benzerlik göstermektedir.

Sigara bırakma tedavilarinde bazı hasta grupları açısından ciddi zorluklar bulunmaktadır. Hastaların anksiyetesinin yüksek olması genel sağlıklı yaşam davranışlarını bozabildiği sigara içme davranışını arttırdığı ve bu ilişkilerin birliktelik gösterebileceği Esen'in (2019) bir çalışmasında gösterilmiştir.(88)

Benzer bir çalışma olarak Uncu'nun (2021) sigara bırakma tedavisine bireysel başvuru yapanlarla onkoloji ve kadın doğum kliniğinden yönlendirilen hastaları kıyaslamıştır. (89) Kanser kaygısı ile benzerliği olabileceğini düşündüğümüz onkolojik popülasyonda sigara bırakma başarı öngörüsü çalışmamızla benzer olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Ruhsal bozukluğu olan hastalarda sigara içme düzeyleri topluma göre oldukça fazladır.(90,91) Ancak uygun psikiyatrik tedavi yöntemleri ile sigara bırakma oranlarının daha olumlu sonuçlar verdiği çeşitli incelemeler ve meta-(90–92)analizlerde gösterilmiştir.

Yapılan sistematik bir incelemede elektronik sigara kullanımını bırakmanın önündeki engellerin bağımlılık ve stres yüksekliği ile ilişkisinin olduğu gösterilmiştir.(93)

Ruhsal bozuklukların sayısı ile psikiyatrik bozuklukların başlangıcından sonra kanser teşhisi bildirme olasılığı arasında 52 bin hasta ile yapılan bir meta-analizde ilişki saptanmış olup sigara kullanımı gibi sağlıklı yaşam davranışını bozabilecek nedenler ile ilişkilendirilmiştir.(94)

Baş boyun kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada kanser kaygı düzeyleri ve sigara içme durumları incelenmiş sigarayı bırakamayan popülasyonda depresyon düzeyleri anlamlı derecede yüksek gözlenmiş kanser kaygısı ile zayıf ilişki tespit edilmiş olup çalışmamızla kısmen benzerlik göstermektedir.(95)

Sigara içen hastalarda fiziksel sağlık, günlük aktivitelerde kısıtlanma ve depresyon parametreleri en çok etkilenen yaşam kalitesi boyutları olduğu yapılan derlemelerde gösterilmiştir.(96) Düşük yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin varlığı yüksek sigaraya başlama olasılığı ve daha düşük sigarayı bırakma olasılığı ile ilişkilendirilmiştir.(96) Yine yapılan bir meta-analizde Covid-19 pandemisi boyunca travma sonrası stres bozukluğu olanların alkol ve tütün kullanımını arttırdığı alkol kullanımının etkisinin daha fazla tetiklediğini tütün kullanımı üzerine yeterli verilerin olmadığını göstermiştir. Başka bir makalede madde ve tütün kullanımı olan dezavantajlı gruplarda depresyon, travma sonrası stres bozukluğu intihar eğilimlerinin arttığı ve tütün ve madde kullanım oranlarının arttığı gösterilmiştir.(97) Çalışmamızdaki kanser kaygısının artışı ile tütün ürünlerini bırakamama durumu ile benzerlik göstermektedir.

Yukarıdaki bilgilerin ışığında psikiyatrik rahatsızlıkları olan gruptaki kişilerin daha çok kaygı düzeyi yaşadığı için daha savunmasız olduğu sigarayı bırakmada daha çok zorlanacağını düşünmekteyiz.

Amerika Kanser Derneği, kanserden kurtulan hastalar üzerine yaptığı çalışmasında sigarayı bırakma sonucunda oluşan kanser endişesinin azaldığını ancak bırakamayan hastalarda kanserin tekrarlama korkusunun daha düşük tarama ve kendi kendine muayene davranışlarının azalması ile ilişkili olduğunu göstermektedir.(98) Benzer olarak sigarayı bırakmada kişinin kanser tanısının etkisi olmadığını açıklayan çalışmalar da mevcuttur. (18) Argüder'in çalışmasında ise eşlik eden komorbiteler ve ek hastalıklar arasında farklı olarak benzerlik bulunamamıştır.(73)

Çalışmamızdan farklı olarak kanser endişesi yapılan bir çalışmada ilerleyen yaş ve komorbitelerin artması ile ilişkili olup sigara bırakma hastalarında olmasa da yapılan tarama ve tedavilere uyumun daha fazla olduğu görülmüş (58) Akciğer kanseri tanılı hastalar ve yakınlarıyla yapılan bir çalışmada kaygı düzeyinin ve benlik algısı üzerine olumsuz duygular yaşamanın sigara bırakma motivasyonunu 6 aylık dönemde olumlu

etkilediği bulunmuş.(17) Başka bir çalışmada ise kanserli hastaların yakınlarının sigara bırakma tedavilerinde daha uyumlu olabileceği belirtilmiş (17) Kronik hastalığı olan hasta sayımızın ve ileri yaştaki hasta popülasyonumuzun az olmasından dolayı örnek çalışmalardan yola çıkarak kanser endişesinin artması ile sigara bırakma düzeyleri arasındaki ters ilişkinin olmasının bu durumdan kaynaklı da olabileceğini düşünmekteyiz.

Buradan literatürdeki diğer çalışmaları da değerlendirerek; yüksek dezavantajlı gruplarda olan psikiyatrik rahatsızlıkları olan veya travma sonrası stres bozukluğu anksiyete, sosyal fobisi olan bireylerde sigara bırakma zorluğu yaşadıkları için ölçülen kanser kaygı düzeylerinin de bu faktörler ile ilişkili yüksekliği olabileceği için özellikle erken dönemde bırakma başarısını azaltacağını tahmin etmekteyiz.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği sigara bırakma polikliniklerine başvuran Kasım 2022 ve Ocak 2023 tarihleri arasında 18 yaşının üzerinde, aktif psikiyatrik rahatsızlığı ve malignitesi olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 18 ile 73 yaş arasında olan 110'u (%52.4) kadın ve 100'ü (%47.6) erkek olmak üzere toplam 210 hasta ile yapılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 37,75±10,86 yıl, medyan yaş 37,5 yıldır. 1 ay içinde sigara bırakma oranları %30.6 olarak ölçülmüştür. Sigara içme süresi ortalaması 16,94±11,20 yıl ve medyan süre 15 yıldır.

Çalışmamızda kadınların erkeklere göre SBBÖÖ erkeklere göre daha yüksek olmasına rağmen Hastaların sigara bırakma başarısı öngörüsünde kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması erkek bireylerde (%99), kadın bireylerden (%92,7) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Erkek hastalarda kararlılık ve hazırlanış süreci, sağlık algısı ve uygun çevresinin olması riski 0,129 kat daha azdır

Ortaokul mezunu bireylerde ilkokul, lise ve üniversite mezunu bireylere göre kanser kaygısı istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Tedavi sonrasında 1. Ayda tütün mamullerinin kullanımını bırakmayan bireylerde bırakan bireylere göre sigara bırakma başarısı öngörüsü ölçeği puanlama ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Ancak regresyon modelimizde bireylerin sigara bırakma başarısı öngörüsünün artması tütün mamulleri kullanımını bırakmasını açıklamaktadır.

Tedavi sonrasında 1. Ayda tütün mamullerinin kullanımını bırakmayan bireylerde bırakan bireylere göre kanser kaygısı ölçeği puanlama ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olup negatif ilişki çıkmıştır. Yapılan regresyon modelimizde de Fagerström Bağımlılık Düzeyi, SBBÖÖ puanları ve Kanser Kaygı Düzeyi ilişkisinde kanser kaygı düzeyinin yüksekliği sigara bırakamamasını, Fagerström Bağımlılık Düzeyi'nin artması tütün mamülleri kullanımını bırakmamasını açıklamaktadır. Bunun nedenini yüksek dezavantajlı gruplarda olan, psikiyatrik rahatsızlıkları olan veya travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, sosyal fobisi olan bireylerin bu faktörler ile ilişkili sigara bırakma zorluğu yaşadıkları için özellikle erken dönemde sigara bırakma başarısını azalttığını düşünmekteyiz. Bu yüzden mutlaka psikiyatrik destek eşliğinde bırakma tedavisinin birlikte yürütülmesi gerektiğini tekrarlayan sık görüşmelerle ve farmakolojik tedaviler ile uzun dönem bırakma sürecinin daha çok bırakma başarısı elde edeceğimizi düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Mumyanın Esrarı [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: https://services.tubitak.gov.tr/edergi/yazi.pdf;jsessionid=dz68GbR-3t9aKXEhLS2c9Dih?dergiKodu=4&cilt=17&sayi=196&sayfa=11&yaziid=3176

2. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye'de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. In: Aytemur Z, Akçay Ş, Elbek O, editors. Tütün ve Tütün Kontrolü Türk Toraks Derneği Yayını [Internet]. 2010 [cited 2023 Jan 5]. p. 3–20. Available from: http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/tutunvetutunkontrolu_17062010.pdf

3. Sanchez-Ramos JR. The rise and fall of tobacco as a botanical medicine. J Herb Med. 2020 Aug;22:100374.

4. Stewart GG. A history of the medicinal use of tobacco 1492-1860. Med Hist. 1967 Jul;11(3):228–68.

5. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas / Judith Mackay and Michael Eriksen [Internet]. 2002 [cited 2023 Jan 5]. p. 24–7. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42580

6. Smoking and Health: A report of the surgeon general. 1979 [cited 2023 Jan 6]; Available from: https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=RFIxnxOXZhEC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Surgeon-General%E2%80%99s+A.C.+Report+on+Smoking+and+Health+1979+Dept+of+Health,+Education+and+Welfare+Washington,+DC+&ots=x4D2rrpSmB&sig=HNpxyycrMEzU4KSpGCMzWGtf9vo

7. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. 1964 [cited 2023 Jan 5]; Available from: https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=yPtqAAAAMAAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=Surgeon-General+A.C.+Report+on+Smoking+and+Health+1964+Dept+of+Health,+Education+and+Welfare+Washington,+DC+&ots=xB7p3O4ZAT&sig=Jm-Owyz9OAUvk4hRZypce7O3w3E

8. Surgeon-General A.C. Report on Smoking and Health [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?q=Surgeon-General+A.C.+Report+on+Smoking+and+Health+1964+Dept+of+Health,+Education+and+Welfare+Washington,+DC+

9. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May 4;71(3):209–49.

10. World Source: Globocan 2020 (İnternational agency for research on cancer,WHO). 2021.

11. Agents classified by the IARC Monographs [Internet]. WHO . 2022 [cited 2023 Jan 8]. p. 1–132. Available from: https://monographs.iarc.who.int/list-of-classifications

12. Resmi Gazete. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Milletlerarası Sözleşme [Internet]. 2004 [cited 2023 Jan 8]. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm

13. Ergüder T. Global Tobacco Epidemic and Tobacco Control. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018 Oct 12;12(4):301–6.

14. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic MPOWER. 2008.

15. Lindson N, Pritchard G, Hong B, Fanshawe TR, Pipe A, Papadakis S. Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021 Sep 6;2021(9).

16. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 May 31 [cited 2023 Jan 8];(5). Available from: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000165.pub4

17. McBride CM, Blocklin M, Lipkus IM, Klein WMP, Brandon TH. Patient's lung cancer diagnosis as a cue for relatives' smoking cessation: evaluating the constructs of the teachable moment. Psychooncology. 2017 Jan;26(1):88–95.

18. Schnoll RA, Wileyto EP, Leone FT, Langer C, Lackman R, Evans T. Is a cancer diagnosis a teachable moment for the patient's relative who smokes? Cancer Causes Control. 2013 Jul;24(7):1339–46.

19. Nayan S, Gupta MK, Strychowsky JE, Sommer DD. Smoking cessation interventions and cessation rates in the oncology population: an updated systematic review and meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Aug;149(2):200–11.

20. Padmanabhan H, Mariapun S, Lee S, Hassan NT, Lee DS, Meiser B, et al. Impact of *BRCA1/2* cascade testing on anxiety, depression, and cancer worry levels among unaffected relatives in a multiethnic Asian cohort. J Genet Couns. 2022 Aug 1;

21. Hawranek C, Maxon J, Andersson A, van Guelpen B, Hajdarevic S, Numan Hellquist B, et al. Cancer Worry Distribution and Willingness to Undergo Colonoscopy at Three Levels of Hypothetical Cancer Risk-A Population-Based Survey in Sweden. Cancers (Basel). 2022 Feb 12;14(4).

22. Dressler J, Johnsen AT, Madsen LJ, Rasmussen M, Jorgensen LN. Factors affecting patient adherence to publicly funded colorectal cancer screening programmes: a systematic review. Public Health. 2021 Jan;190:67–74.

23. WHO report on the global tobacco epidemic, 2021 [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 10]. p. 1–2. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/tobacco/who_rgte_2021_turkey.pdf?sfvrsn=7ce8b0c0_5&download=true

24. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 24]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322

25. Rakamlarla Tütün Gerçeği [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 24]. Available from: https://havanikoru.saglik.gov.tr/havanikoru/tutun-hakkinda/rakamlarla-tutun-gercegi.html

26. Saraçoğlu S, Öztürk F. Türkiye'de Tütün Kontrol Politikaları ve Tütün Tüketimi Üzerine Bir Değerlendirme. Politik Ekonomik Kuram [Internet]. 2020 Jun 25 [cited 2023 Jan 24];4(1):20–44. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/pek/issue/55161/730271

27. Kingsbury JH, D'Silva J, O'Gara E, Parks MJ, Boyle RG. How Much Progress Have We Made? Trends in Disparities in Tobacco Use. Prev Chronic Dis. 2020 Sep 17;17:200090.

28. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Tütün ve Tütün Kontrolü,Türk Toraks Derneği [Internet]. Vol. 10. 2010 [cited 2023 Jan 25]. Available from: https://www.toraks.org.tr/site/community/library/419

29. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans [Internet]. 2002 [cited 2023 Jan 25]. Available from: https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/06/mono83.pdf

30. World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke : Policy Recommendations [Internet]. 2007 [cited 2023 Jan 25]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43677

31. Samim A. Tütün Kimya ve Teknolojisi [Internet]. 1967 [cited 2023 Jan 25]. Available from: https://kutuphane.tarimorman.gov.tr/vufind/Record/6358

32. Kaya Ender. Madde Kullanım Bozuklukları. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30(2):79–83.

33. Fowler JS, Logan J, Wang GJ, Volkow ND. Monoamine Oxidase and Cigarette Smoking. Neurotoxicology. 2003 Jan;24(1):75–82.

34. Talhout R, Opperhuizen A, van Amsterdam JGC. Role of acetaldehyde in tobacco smoke addiction. European Neuropsychopharmacology. 2007 Oct;17(10):627–36.

35. Reavill C, Waters JA, Stolerman IP, Garcha HS. Behavioural effects of the nicotinic agonists N-(3-pyridylmethyl)pyrrolidine and isoarecolone in rats. Psychopharmacology (Berl). 1990 Dec;102(4):521–8.

36. Clarke PBS, Kumar R. The effects of nicotine on locomotor activity in non-tolerant and tolerant rats. Br J Pharmacol. 1983 Feb;78(2):329–37.

37. di Chiara G. Nucleus accumbens shell and core dopamine: differential role in behavior and addiction. Behavioural brain research. 2002 Dec 2;137(1–2):75–114.

38. Saddoris MP, Cacciapaglia F, Wightman RM, Carelli RM. Differential Dopamine Release Dynamics in the Nucleus Accumbens Core and Shell Reveal Complementary Signals for Error Prediction and Incentive Motivation. J Neurosci. 2015 Aug 19;35(33):11572–82.

39. Bozkurt M. Neuroscientific Basis of Treatment for Substance Use Disorders. Noro Psikiyatr Ars. 2022;59(Suppl 1):S75–80.

40. Balfour DJK. The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus accumbens [corrected]. Nicotine Tob Res. 2004 Dec;6(6):899–912.

41. Peleg-Raibstein D, Feldon J. Effects of dorsal and ventral hippocampal NMDA stimulation on nucleus accumbens core and shell dopamine release. Neuropharmacology. 2006 Oct;51(5):947–57.

42. Markou A. Metabotropic Glutamate Receptor Antagonists: Novel Therapeutics for Nicotine Dependence and Depression? Biol Psychiatry. 2007 Jan;61(1):17–22.

43. Cross AJ, Anthenelli R, Li X. Metabotropic Glutamate Receptors 2 and 3 as Targets for Treating Nicotine Addiction. Biol Psychiatry. 2018 Jun 1;83(11):947–54.

44. Ayajiki K, Okamura T, Toda N. Flunarizine, an anti-migraine agent, impairs nitroxidergic nerve function in cerebral arteries. Eur J Pharmacol. 1997 Jun;329(1):49–53.

45. Rupprecht LE, Smith TT, Schassburger RL, Buffalari DM, Sved AF, Donny EC. Behavioral Mechanisms Underlying Nicotine Reinforcement. In 2015. p. 19–53.

46. Acri JB, Morse DE, Jon Popke E, Grunberg NE. Nicotine increases sensory gating measured as inhibition of the acoustic startle reflex in rats. Psychopharmacology (Berl). 1994 Mar;114(2):369–74.

47. Gilliam DM, Schlesinger K. Nicotine-produced relearning deficit in C57BL/6J and DBA/2J mice. Psychopharmacology (Berl). 1985;86(3):291–5.

48. Nestler EJ. Is there a common molecular pathway for addiction? Nat Neurosci. 2005 Nov;8(11):1445–9.

49. Babaoğlu E. Tütün Bağımlılığının Nörobiyolojisi. In: Karalezli A, editor. Göğüs Hastalıkları [Internet]. [cited 2023 Jan 25]. p. 13–20. Available from: https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/853/1412021102949-107202017932bolum14.pdf

50. Yang J, Wang S, Yang Z, Hodgkinson CA, Iarikova P, Ma JZ, et al. The contribution of rare and common variants in 30 genes to risk nicotine dependence. Mol Psychiatry. 2015 Nov 2;20(11):1467–78.

51. Gençöz T. Korku: Sebepleri,Sonuçları ve Başetme Yolları. Kriz Dergisi. 6(2):9–16.

52. Ingram RE, Kendall PC, Smith TW, Donnell C, Ronan K. Cognitive specificity in emotional distress. J Pers Soc Psychol. 1987 Oct;53(4):734–42.

53. Cloitre M, Heimberg RG, Liebowitz MR, Gitow A. Perceptions of control in panic disorder and social phobia. Cognit Ther Res. 1992 Oct;16(5):569–77.

54. Murphy PJ, Marlow LA v., Waller J, Vrinten C. What is it about a cancer diagnosis that would worry people? A population-based survey of adults in England. BMC Cancer. 2018 Dec 24;18(1):86.

55. Kabakaş K. Kanser hastalarına bakım veren bireylerde ölüm korkusu, kansere yakalanma korkusu ve sağlık anksiyetesi düzeyleri [Internet]. Üsküdar Üniversitesi;

2018 [cited 2023 Jan 25]. Available from: https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/377246?show=full

56. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, et al. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. Psychooncology. 2017 Aug;26(8):1070–9.

57. Roland KB, Rodriguez JL, Patterson JR, Trivers KF. A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors. Psychooncology. 2013 Nov;22(11):2408–18.

58. Hidalgo JLT, Sotos JR, Herráez MJS, Rosa MC, López JLT, Ortiz MPS. Factors Associated With Cancer Worry Among People Aged 50 or Older, Spain, 2012–2014. Prev Chronic Dis. 2015 Dec 24;12:150398.

59. Bendau A, Kunas SL, Wyka S, Petzold MB, Plag J, Asselmann E, et al. Longitudinal changes of anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Germany: The role of pre-existing anxiety, depressive, and other mental disorders. J Anxiety Disord. 2021 Apr;79:102377.

60. Metin A, Erbiçer ES, Şen S, Çetinkaya A. Gender and COVID-19 related fear and anxiety: A meta-analysis. J Affect Disord. 2022 Aug;310:384–95.

61. Luo F, Ghanei Gheshlagh R, Dalvand S, Saedmoucheshi S, Li Q. Systematic Review and Meta-Analysis of Fear of COVID-19. Front Psychol. 2021 Jun 11;12.

62. Mcbride CM, Ostroff JS. Teachable Moments for Promoting Smoking Cessation: The Context of Cancer Care and Survivorship. Cancer Control. 2003 Jul 30;10(4):325–33.

63. Melzer AC, Clothier BA, Japuntich SJ, Noorbaloochi S, Hammett P, Burgess DJ, et al. Comparative Effectiveness of Proactive Tobacco Treatment among Smokers with and without Chronic Lower Respiratory Disease. Ann Am Thorac Soc. 2018 Mar;15(3):341–7.

64. Sanford BT, Toll BA, Eckard AR, Sterba KR, Cummings KM, Baker NL, et al. Optimizing tobacco treatment delivery for people with HIV: trial protocol for a randomized controlled trial. Addiction Science & Clinical Practice. 2022 Nov 5;17(1):61.

65. Prochaska JO, Velicer WF, Prochaska JM, Johnson JL. Size, consistency, and stability of stage effects for smoking cessation. Addictive behaviors. 2004 Jan;29(1):207–13.

66. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel L and S. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med. 2008 Aug;35(2):158–76.

67. Aydemir Y, Doğu Ö, Dede C, Çınar N. Smoking-Cessation Success Prediction Scale: Development, validity, and reliability study. Addicta: The Turkısh Journal On Addictions. 2019 Apr 19;6(2):387–402.

68. Uner FO, Korukcu O. A prevalence and psychometric study on fear of cancer in women with abnormal cervical cytology undergoing colposcopy. Psychooncology [Internet]. 2020 Nov 28;29(11):1850–5. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32748443/

69. Custers JAE, van den Berg SW, van Laarhoven HWM, Bleiker EMA, Gielissen MFM, Prins JB. The Cancer Worry Scale. Cancer Nurs. 2014 Jan;37(1):E44–50.

70. Üner Fatma Özlem. Kanser Kaygı Ölçeği'nin Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. [Antalya]: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

71. Okoli CTC, Kodet J. A systematic review of secondhand tobacco smoke exposure and smoking behaviors: Smoking status, susceptibility, initiation, dependence, and cessation. Addictive Behaviors. 2015 Aug;47:22–32.

72. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 [Internet]. [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf

73. Arguder E, Karalezli A, Hezer H, Kilic H, Er M, Canan Hasanoglu H, et al. Factors Affecting the Success of Smoking Cessation. Turkish Thoracic Journal/Türk Toraks Dergisi. 2013 Apr 24;14.

74. Reynolds LM, Zamora C, Lee UJ, Stokes AC, Benjamin EJ, Bhatnagar A, et al. Tobacco Use Prevalence and Transitions From 2013 to 2018 Among Adults With a History of Cardiovascular Disease. J Am Heart Assoc. 2021 Jun 15;10(12).

75. Esen AD, Arıca S. The Evaluation of Nicotine Dependence Levels and Sociodemographic Characteristics Among Applicants Admitted for Smoking Cessation. Ankara Medical Journal. 2018 Sep 28;18(3):328–36.

76. Yasar Z, Kar Kurt O, Talay F, Kargi A. One-Year Follow-up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic: Factors Affecting the Cessation of Smoking. Eurasian Journal of Pulmonology. 2014 Sep 2;16(2):99–104.

77. Uysal A, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram N. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish Sample and Factor Analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisİ. 2004;52(2):115–21.

78. Karadağ M. Nikotin Bağımlılığının Sigara Bırakmadaki Etkisi. 2011. p. 27–31.

79. Anne veya Baba Sigara İçiciliğinin Sigaraya Başlama Yaşı, Nikotin Bağımlılığı ve Cinsiyet Üzerine Etkileri; İstanbul Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği'nden 902 Hastada Tek Merkez Deneyimi [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://www.addicta.com.tr/Content/files/sayilar/25/283-294%20Geni%C5%9Fletilmi%C5%9F%20%C3%96zet.pdf

80. PERİNCEK G, YAĞCI İ. Factors affecting smoking cessation rates and status in individuals presenting to the smoking cessation outpatient clinic. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022 Aug 31;11(3):215–24.

81. HOŞ B. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigarayı Bırakma Başarı Öngörülerinin Belirlenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi(683509 YÖKTEZ)]. [İstanbul]: Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi ; 2021.

82. Tanimli E, Baspinar MM, Basat O. A Cut-off Level to Predict Quit Smoking Based on Smoking Cessation Success Prediction Scale (SCSPS): A Preliminary Study. ADDICTA: The Turkish Journal on Addictions. 2021 Jan 12;7(4):248–52.

83. Berkeşoğlu Ç, Özgür ES, Demir AU. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018 Dec 25;355–65.

84. Rasmussen M, Lauridsen SV, Pedersen B, Backer V, Tønnesen H. Intensive versus short face-to-face smoking cessation interventions: a meta-analysis. European Respiratory Review. 2022 Sep 30;31(165):220063.

85. Yilmazel Ucar E, Araz O, Yilmaz N, Akgun M, Meral M, Kaynar H, et al. Effectiveness of pharmacologic therapies on smoking cessation success: three years results of a smoking cessation clinic. Multidiscip Respir Med. 2014 Dec 4;9(1):9.

86. Özcan SM. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi(691691 YÖKTEZ)]. [Ankara]: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2021.

87. Esen A, Soylem Y, Arica S, Belgin G, Gonultas N. Factors affecting success and abstinence within a smoking cessation clinic: A one-year follow-up study in Turkey. Tob Prev Cessat. 2020 Dec 21;6(December):1–8.

88. Esen AD, Kafadar D. Sigara Kullananlarda Sağlıklı Yaşam Davranışları İle Anksiyete Ve Depresyon İlişkisinin Araştırılması. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2019;6(1):8–14.

89. Uncu Y. Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran ve yönlendirilen kişilerde sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Bursa]: Bursa Uludağ Üniversitesi; 2021.

90. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and Mental Illness. JAMA. 2000 Nov 22;284(20):2606.

91. Cook BL, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in Smoking Among Adults With Mental Illness and Association Between Mental Health Treatment and Smoking Cessation. JAMA. 2014 Jan 8;311(2):172.

92. Lawn S, Campion J. Achieving Smoke-Free Mental Health Services: Lessons from the Past Decade of Implementation Research. Int J Environ Res Public Health. 2013 Sep 10;10(9):4224–44.

93. Dyson J, Bhatnagar M, Skinner J, Crooks M. Helping the quitters quit: A systematic review and narrative synthesis of the barriers and facilitators to e-cigarette cessation and the support that is needed. Patient Educ Couns. 2022 Jun;105(6):1402–10.

94. O'Neill S, Posada-Villa J, Medina-Mora ME, Al-Hamzawi AO, Piazza M, Tachimori H, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and subsequent self-reported diagnosis of cancer. J Psychosom Res. 2014 Mar;76(3):207–12.

95. HUMPHRIS GM, ROGERS SN. The association of cigarette smoking and anxiety, depression and fears of recurrence in patients following treatment of oral and oropharyngeal malignancy. Eur J Cancer Care (Engl). 2004 Sep;13(4):328–35.

96. Goldenberg M, Danovitch I, IsHak WW. Quality of life and smoking. Am J Addict. 2014 Nov;23(6):540–62.

97. Mellos E, Paparrigopoulos T. Substance use during the COVID-19 pandemic: What is really happening? Psychiatriki. 2022;

98. Westmaas JL, Thewes B, Séguin Leclair C, Lebel S. Smoking versus quitting and fear of cancer recurrence 9 years after diagnosis in the American Cancer Society's Longitudinal Study of Cancer Survivors-I (SCS-I). Cancer. 2019 Dec 7;125(23):4260–8.