T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

KONYA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SİGARA BIRAKMA TEDAVİ SONUÇLARININ YAŞLI VE GENÇ HASTA GRUPLARINDA RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

DR.İBRAHİM DEMİRTEPE

UZMANLIK TEZİ

KONYA- 2017

SAĞLIK BAKANLIĞI

KONYA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SİGARA BIRAKMA TEDAVİ SONUÇLARININ YAŞLI VE GENÇ HASTALARDA RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. İBRAHİM DEMİRTEPE

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. MEHMET ALİ ERYILMAZ

KONYA – 2017

TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, hastanemiz başhekimi ve Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu Genel Cerrahi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mehmet Ali ERYILMAZ'a, asistanlık sürecimde, tez çalışmamın her aşamasında yol gösterici olan, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Uzm.Dr. Selma PEKGÖR ablama, tüm hocalarıma ve arkadaşlarıma teşekkür ve saygılarımı sunarım.

İhtisas sürem boyunca beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli abim Uzm.Dr.İbrahim Solak'a teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam ve uzmanlık eğitimim boyunca hep yanımda olan sevgili aileme, varlığı ile bana güç veren nişanlım Esma'ya teşekkür ederim.

Dr.İbrahim DEMİRTEPE

Konya 2017

ÖZET

SİGARA BIRAKMA TEDAVİ SONUÇLARININ YAŞLI VE GENÇ HASTALARDA RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

DR.İBRAHİM DEMİRTEPE

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2017

Amaç: Bu çalışma ile son 1 yıl içinde (01.03.2015 – 01.3.2016 tarihleri arasında) sigara bırakma polikliniğine başvurup tedavisi planlanan hastaların mevcut hastane santral telefonuyla aranarak sigara bırakma tedavi sonuçlarının yaşlı ve genç hastalarda değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma analitik tipte bir olgu kontrol çalışmasıdır. Çalışmamıza Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne 01.03.2015 – 01.3.2016 tarihleri arasında başvurup sigara bırakma tedavisi planlanan 18 yaş üstü tüm hastalar retrospektif olarak incelendi.Toplam 905 hasta çalışmaya dahil edildi. Ayrıca sigara bırakma polikliniği değerlendirme formundan; hastaların sosyo-demografik verileri, fagerström nikotin bağımlılık düzeyi,özgeçmiş soygeçmiş özellikleri tespit edildi. Hastalar kayıtlardan telefonlarına ulaşılarak tek tek arandı ve tedavi sonuçları sorgulandı. Yaşlı popülasyonda sigara bırakma tedavisinde farmakolojik tedavinin güvenilirliği ve etkinliği ile ilgili yeterli çalışma bulunmadığından hastalar 60 yaş altı ve 60 yaş üstü olarak 2 gruba ayrıldı ve sosyo-demografik özelliklerle birlikte verilen ilaç tedavilerinin sigara bırakma başarısına etkisi değerlendirildi. Katılımcılara sigara bırakma tedavisi değerlendirme anketi uygulandı. İstatistiksel analizler için SPSS 21.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Değerlendirilen 905 hastanın %80.8'i (n=732) erkek, %19.2'si (n=173) kadındı. Çalışmada yer alan tüm hastalar ele alındığında sigaraya başlama yaş ortalaması 16.17 yıl bulundu. Olguların kendi ifadeleri sonucunda % 41.5'inin (n=376) en az 2 ay, %12.6'sının (n=114) en az 6 ay olmak üzere sigarayı bıraktığı tespit edildi. Genel popülasyon içinde, sigarayı bırakmış ve bırakamamış grup arasında cinsiyet (p=0.881), medeni durum (p=0.903) ve başlama yaşının (p=0.139) anlamlı etkisi izlenmedi. Emekliler başta olmak üzere, mesleğin sigara bırakmada etkisi anlamlı idi (p=0.021). Tedavi öncesi bırakma girişiminin sigara bırakma üzerine anlamlı etkisi yoktu (p=0.888). Bağımlılık skorunun (p=0.594) ve günde içilen sigara miktarının (p=0.810) sigara bırakmada anlamlı etkisi yoktu. Ancak genel popülasyon içinde toplamda içilen yılın (p<0.001) sigara bırakma oranları üzerine etkisi anlamlı idi.Tüm ilaç tedavilerinde uygulanan ilaç miktar ve süresinin sigara bıraktırmada anlamlı etkisi vardı (p=0.011). Evde başka sigara içen birinin bulunmamasının sigara bırakma üzerine etkisi anlamlı idi (p=0.001). İş yerinde sigara içilmemesinin sigara bırakmada anlamlı etkisi bulundu (p=0.026). Tekrar sigaraya başlama durumu üzerine, iş yerinde sigara içilmesi etkiliyken (p=0.002), evde sigara içilmesi, bu durum üzerinde etkisizdi (p=0.162). Karar verme nedeni sigara bırakmada anlamlı idi (p=0.008) ve en sık karar verme nedenleri, hastalık ve kişinin rahatsız olması durumları idi. Bırakma tedavisi süresince hekim kontrolüne gelen grubun, kontrole gelmeyen gruba göre bırakma oranları daha yüksek ve anlamlı idi (p<0.001). Kullanılan farmakolojik yöntemler arasında başarı basamağında ilk sırada vareniklin olmak üzere sigara bırakmada anlamlı fark izlendi (p=0.001).Yaş grupları içerisinde 60 yaş altı grup içerisinde verilen tedavi türü sigara bırakma üzerine anlamlı ve farklı iken (p=0.005), 60 yaş ve üzerindeki grupta aynı durum için anlamlı fark izlenmedi (p=0.30). 60 yaş ve üzerindeki kişilerin, 60 yaş altı kişilere göre sigara bırakma oranları daha yüksek ve anlamlı idi (p=0.037).Yine poliklinik hizmetinden memnun olanlar (p<0.001), ve kendilerine yeterince zaman ayrıldığını söyleyenler (p=0.001) için sigara bırakma adına anlamlı fark görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda telefon ile yaptığımız görüşmeler vasıtasıyla bireylerin kendi ifadeleri sonucunda toplamda % 41.4'ünün (n=376) en az 2 ay, % 12.6'sının (n=114) 6 ay ve daha fazla süre ile sigarayı bıraktığı tespit edildi. Genel popülasyon içinde tedavi yöntemlerinin etkinliği farklı ve başarılı idi. Mevcut tedavi yaklaşımları

ile sigara bırakma oranının benzer çalışmalara göre istenilen düzeylerde olduğunu gözlemledik. Ayrıca 60 yaş ve üzeri hastalarda, 60 yaş altı hastalara göre sigara bırakma oranı bir hayli yüksek, istatistiki açıdan anlamlı idi. Bundan dolayı yaşlılarda sigara bırakma oranlarının yüksek olması, kronik hastalıkların seyrinin önlenmesi açısından maliyet etkin olarak düşünülebilir.Bu nedenle yaşlılarda sigara bırakma tedavisinde kullanılabilecek yeni tedavi seçeneklerinin geliştirilmesine ve ileri çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Sigara bırakma, sigara bırakma tedavisi, yaşlı, genç

ABSTRACT

THE RESULTS OF SMOKING CESSATION THERAPIES RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS OLDER AND YOUNGER

DR. IBRAHIM DEMIRTEPE SUBWAY

MASTER'S THESIS

KONYA – 2017

Purpose: İn this study the last 1 years (01.03.2015 – 01.3.2016 between dates) of patients planned to be treated by smoking cessation smoking cessation treatment results by searching existing hospital on the switchboard phone was to evaluate in patients older and younger.

Materials And Methods: This analytical case-control study a type of study. In our study, Konya education and research hospital smoking cessation clinic 01.03.2015 – a smoking cessation treatment planned all patients over the age of 18 01.3.2016 contact between dates were reviewed retrospectively.A total of 905 patients were included in the study. The evaluation form also from smoking cessation of the patients socio-demographic data, the fagerstrom nicotine dependence level,curriculum vitae, family history characteristics were determined. Phones accessible to patients from the records, the individual searched and the results of treatment questioned. The efficacy of pharmacological treatment in smoking cessation in the elderly population because there is no sufficient study about the treatment of patients over the age of 60 as under the age of 60 and were divided into 2 groups on sociodemographic features and the effect of drug therapies that are packed with the success of smoking cessation was evaluated. Participants were administered the questionnaire smoking cessation therapy assessment. SPSS 21.0 package program was used for statistical analysis.

Findings: 905 patients Evaluated, 80.8% (n=732) male %19.2% (n=173). All patients in the study, considering the average age of smoking initiation year of 16.17 was found. Their own statements as a result of patients % 41.5% (n=376), at least 2 months, %12.6% (n=114) were found to be to quit smoking for at least 6 months. In

the general population, quit smoking now, and he couldn't let go of gender between the groups (p=0.881), marital status (p=0.903) and age (p=0.139) no significant effects were observed. Pensioners the profession, including the effect on Smoking was statistically significant (p=0.021). Pre-treatment did not have a significant effect on cessation attempts of smoking cessation (p=0.888). Dependency score (p=0.594) and the amount of cigarettes per day (p=0.810) did not have a significant effect to stop smoking. However, total years smoked in the general population (p<0.001) was significant effect on smoking cessation rates. All drugs used in the treatment quantity and duration of drug didn't smoke, but there was a significant effect (p=0.011). The lack of other smokers in the house one of the effect on smoking cessation was statistically significant (p=0.001). To stop smoking in the workplace smoking is not a significant effect was found (p=0.026). Don't start smoking again on the situation, while effective smoking in the workplace (p=0.002), smoking in the house, this situation had no effect on (p=0.162). Decision-making was significant reason to stop smoking (p=0.008) and most often the reasons for the decision, the person illness and the uncomfortable situations. The control of the physician during treatment cessation is not in control of the group from the group who quit rates than higher and statistically significant (p<0.001). Pharmacological methods used in quitting smoking varenicline revealed no significant difference in success between the first step order (p=0.001). In the age groups under age 60 in the group given on the type of treatment and smoking cessation, while no significant different (p=0.005), for the same situation in the group over the age of 60 there was a significant difference (p=0.30). Of those over the age of 60, and persons under the age of 60 compared to higher smoking cessation rates were statistically significant (p=0.037). Those who appreciate the outpatient service again (p<0.001), and those who leave enough time for themselves (p=0.001) no significant difference was seen for smoking cessation in the name of.

Result: İn our study with the phone through our talks, as a result of their own statements in total individuals % 41.4% (n=376) at least 2 months, % 12.6% (n=114) it was established that he had Quit Smoking for 6 months or more. In the general population the effectiveness of different treatment methods and was successful. With the rate of current smoking cessation treatment approaches are at the desired levels according to the similar studies we have observed that. Also patients under the age of 60 than in patients over the age of 60 the rate of smoking cessation is quite high, were

statistically significant. Therefore, the high level of smoking cessation rates in the elderly, can be considered to be cost effective in terms of preventing the progression of chronic diseases. Therefore, the treatment of smoking cessation in the elderly that can be used in further studies and the development of new treatment options are required.

Keywords: Smoking cessation, smoking cessation therapy, old, young

İÇİNDEKİLER **Sayfa**

TEŞEKKÜR …… i

ÖZET …….. ii

ABSTRACT…… v

İÇİNDEKİLER …… viii

TABLOLAR LİSTESİ …… x

ŞEKİLLER LİSTESİ …… xi

KISALTMALAR …….. xii

1. GİRİŞ ve AMAÇ …… 1

2. GENEL BİLGİLER …….3

2.1 Tütünün Tarihçesi ……3

2.2. Tütünün Kullanım Şekilleri ……4

2.3. Sigaranın İçeriği ……..... 4

2.4. Sigaranın Sağlığa Etkisi ……. 6

2.5. Sigara Bağımlılığı Epidemiyolojisi …… 10

2.5.1. Dünya'da Sigara İçme Sıklıkları ……10

2.5.2. Türkiye'de Sigara İçme Sıklıkları ……..... 11

2.6. Pasif Sigara Maruziyeti …… 12

2.7. Sigaranın Bırakılmasının Sağlık Açısından Yararları …… 13

2.7.1. Solunum Sistemine Etkileri …… 13

2.7.2. Kardiyovasküler Sisteme Etkileri …… 13

2.7.3. Gastro-intestinal Sisteme Etkileri …… 14

2.7.4. Üreme Sistemine ve Gelişmeye Etkileri ……. 14

2.8. Sigara İçmeyle İlişkili Maliyetler ……. 14
2.9. Tütün Kontrolü ……. 15
2.10. Sigara Bağımlılığı ve Nedenleri …….....18
2.11. Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım …….……..... 22
2.11.1. İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri …….……24
2.11.2. İlaç Tedavileri …….…..……..27
2.12. Sigara Bıraktırma Polikliniklerinde Hasta Yönetimi ……..…….. 32
3. MATERYAL ve METOT …….. 33
3.1 Araştırma Tipi ve Yeri …….…….……..... 33
3.2 Araştırmanın Evreni ……..…….…… 33
3.3 Araştırmanın Değişkenleri …….…… 33
3.4 Araştırmada Kullanılan Tanımlamalar …….……... 34
3.5 Verilerin Analizi …….…… 35
4. BULGULAR ……... 36
4.1. Sosyo-Demografik Veriler ….…… 36
4.2. İstatistiksel Analizler …….……..... 45
5. TARTIŞMA ……. 61
6. SONUÇ ve ÖNERİLER …… 67
7. KAYNAKLAR …… 71
8. EKLER ……80
8.1. SİGARA BIRAKMA ANKET FORMU ……...……. 80

TABLOLAR LİSTESİ **Sayfa**

Tablo 1. Sigara İçeriğinde Bulunan Bazı Maddeler …….....6

Tablo 2. Bazı Ülkelerde Tütün Kullanım Sıklığı ……..11

Tablo 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ……..21

Tablo 4.1.1. Çalışmaya Dahil Edilen Grubun Sosyodemografik Özelikleri (n=905) ……..37

Tablo 4.1.2. Sigara İçme Davranışlarının Cinsiyet ile Karşılaştırılması (n=905) 38

Tablo 4.1.3. Sigara İçme Davranışlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması (n=905)…….....38

Tablo 4.1.4. Sigara İçme Davranışlarının Çalışmaya Dahil Edilen Tüm Hastalarda Hesaplanan Ortalama Değerleri (n=905)…….....39

Tablo 4.1.5. Sigarayı Bırakan ve Bırakmayan Grubun Sigara İçme Davranışlarının Karşılaştırılması (n=905) ……..... 39

Tablo 4.1.6. 60 Yaş Altı ve 60 Yaş Üzeri Hastalarda Sigara İçme Davranışlarının Karşılaştırılması (n=905) ……....40

Tablo 4.1.7 Çalışmamızda Bireylere Verilen Tedavi Türünün Sınıflandırılması (n=905)……..41

Tablo 4.1.8 Yaş Gruplarında Verilen İlaç Tedavilerinin Sınıflandırılması (n=905) …..……41

Tablo 4.1.9 Çalışmamızda Sigarayı Bırakan Grubun Sigara Bırakma Sürelerine göre Sınıflandırılması (n=376) ….……42

Tablo 4.1.10 6 Ay ve Üzerinde Sigara Bırakan Bireylerin Verilen İlaç Tedavilerine göre Sınıflandırılması (n=114) ……...42

Tablo 4.1.11 Sigara İçme Durumlarının Tekrar Sigaraya Başlama (nüks) Durumuna göre Dağılımı (n=376) …….. 43

Tablo 4.1.12 Sigarayı Bırakıp Tekrar Sigaraya Başlayan Bireylerin Başlama Nedenlerinin Sınıflandırılması (n=119) …..…….……..44

Tablo 4.2.1. Sosyodemografik Özelliklerin Sigara Bırakmaya Etkisi (n=905)..45

Tablo 4.2.2 Sigarayı Bırakan ve Bırakmayan Grup Arasında Sigara İçme Durumlarının Bırakma Üzerine Etkisinin Gösterilmesi (n=905) 47

Tablo 4.2.3 Başvuru Tarihinden Görüşme Tarihine Kadar Aradan Geçen Süreye göre Hastaların Sigara Bırakma Durumları ve Geçen Zamanın (Ay) Sigara Bırakmaya Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905) …….48

Tablo 4.2.4 Çalışmaya Katılan Bireylerde Başlama Nedeni ile Sigara Bırakma Durumu Arasındaki İlişkinin Gösterilmesi (n=905) ….…….49

Tablo 4.2.5 Evde Sigara İçen Kişi Varlığının Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905) **...**……..49

Tablo 4.2.6 İş Yerinde Sigara İçilme Durumunun Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905) **.**……50

Tablo 4.2.7 Sigarayı Bırakan Grup İçinde İş Yerinde Sigara İçilmesinin Tekrar Sigara İçilmesi Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=376) ……..50

Tablo 4.2.8 Sigarayı Bırakan Grup İçinde Evde Sigara İçilmesinin Tekrar Sigara İçilmesi Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=376) **..**……....51

Tablo 4.2.9 Karar Verme Nedeninin Sigara Bırakmaya Etkisinin Gösterilmesi (n=905) …… 51

Tablo 4.2.10 Daha Önce Bırakma Deneyiminin Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905) ……. 52

Tablo 4.2.11 Verilen Tedavi Yöntemi ile Bırakma Durumunun Değerlendirilmesi (n=905) **.**……**...** 53

Tablo 4.2.12 Yaş Gruplarında Sigara Bırakma Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905) ……..... 54

Tablo 4.2.13 60 Yaş Altındaki Bireylerin Tedavi Yöntemleri ile Sigara Bırakma Oranlarının Gösterilmesi (n=799) **...**…….54

Tablo 4.2.14 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Verilen Tedavi Yöntemleri ile Sigara Bırakma Oranlarının Gösterilmesi (n=106) **.**……... 54

Tablo 4.2.15 Yaş Gruplarında İlaç Türüne Göre Bireylerde Görülen Yan Etkilerin Dağılımı (n=250) **.**……..…. 55

Tablo 4.2.16. Çalışmamıza Katılan Bireylere Verilen İlaç Türü ile Bildirilen Yan Etkilerin Dağılımı (n=245) ……..56

Tablo 4.2.17 Verilen Poliklinik Hizmetinden Memnun Olmanın Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905) ..…….. 57

Tablo 4.2.18 Hastalara Yeterli Zaman Ayrılmasının Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905) ...…….……..57

Tablo 4.2.19. Hekim ile Kontrol için Tekrar Görüşülmesinin Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905) ……..…….58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: Birinci Basamakta Tütün Kullanımı ve Bağımlılık Tedavi Modeli…… 27

Şekil 2: Sigara Bırakma Sürecinde Değişim Döngüsünün Aşamaları ……... 29

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB : Avrupa Birliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ÇSD : Çevresel sigara dumanı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FDA : Food and Drug Administration

FNBT : Fagerström nikotin bağımlılık testi

IARC : İnternational Agency for Research on Cancer

ICD : İnternational Classification of Diseases

MPOWER : Küresel Tütün Kontrolü İçin Politika Paketi

NRT : Nikotin replasman tedavisi

PİAR : Public Relations (Halkla İlişkiler)

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TURDEP : TürkiyeDiyabet,Hipertansiyon,Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

1. GİRİŞ VE AMAÇ

'Duman çıkarmak, tüttürmek, çiğnemek, emmek veya buruna çekerek kullanmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamı ya da bir kısmı tütün yaprağından elde edilmiş mamüller' tütün ürünü olarak tanımlanmaktadır. Dünyanın değişik yerlerinde ve Türkiye'de en sık kullanılan tütün ürünleri sigara, nargile, puro, pipo, bidi, snuf, snus, kreteks, guthka, sarma tütün ve çiğneme tütünüdür. Bu tütün ürünlerinin yapımında patlıcangiller (solanaceae) familyasının 'nicotiana' cinsi içerisinde yer alan 'nicotiana tabacum' ve 'nicotiana rustica' türü bitki yaprakları kullanılır (Seydioğulları 2010).

Sigara bağımlılığı, dünya üzerinde önlenebilir en önemli ölüm nedenidir. Günümüzde her on erişkin bireyden birinin ölümüne neden olan sigara tiryakiliği, dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada sigara içenlerin sayısı yaklaşık olarak 1,2 milyar kişidir. Bu sayı 15 yaş üstü dünya nüfusunun yaklaşık 1/3'ünü teşkil etmektedir. Bunların % 80'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (Tobacco or Health WHO 2010). Dünyada en yoğun sigara içilen ülkeler arasında Türkiye de yer almaktadır.Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin 2008 yılında %31.3'ü her gün veya ara sıra sigara kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27.0'a düşmüştür. Cinsiyete göre sigara kullananların oranı erkeklerde 6.5 puan, kadınlarda ise 2.1 puan düşmüştür. Başka bir ifade ile erkeklerde %47.9'dan %41.4'e, kadınlarda ise %15.2'den %13.1'e düşmüştür (TÜİK 2012).

Yaş grubuna göre sigara kullananlar incelendiğinde, en çok 25-34 ile 35-44 yaş grubundaki bireyler her gün veya ara sıra sigara kullandıklarını beyan etmişlerdir. 25-34 yaş grubunda bu oran 2008 yılında %40.3 iken, 2012 yılında %34.9'dur. 35-44 yaş grubunda ise bu oran 2008 yılında %39.6 iken, 2012 yılında %36.2'dir (TÜİK 2012).

Tütün bağımlılığı DSÖ'nün sınıflandırmasında (ICD 9-10) bir hastalık olarak tanımlanmıştır ve tütün bağımlılığının tedavisi hekimin görevleri arasında yer almaktadır (Uzaslan 2003).

Sigara içenlerin %70'i sigarayı bırakmak istemekle birlikte, %10'dan daha azı bu girişimde başarılı olabilmektedir (US Public Health 2000). Tütün bağımlılığı bazen kişinin iradesi ile sonlandırılabilmekle birlikte, çoğu kez değişik psikolojik

problemleri çözmeyi sağlayan tekniklerin yanında farmakoterapiyi gerektirmektedir (Lillington 2000). Son yıllarda yayınlanan raporlarda sigara bırakmada medikal tedavinin önemi vurgulamakta, ayrıca sigara bırakma polikliniklerinin önemi de belirtilmektedir (US Public Health 1996, West 2000).

Sigaranın sebep olduğu hastalıkları göz önüne alırsak, hem devletlerin hem de insanların bütçelerine önemli bir yük oluşturmaktadır. Ayrıca sigaranın içindeki çok sayıda zararlı maddelere ve bunların etkisine baktığımızda insan organizmasına ne düzeyde zararlı olabileceği görülmektedir. Sigara içme oranlarının bugünkü seviyelerde devam etmesi durumunda önümüzdeki 30 yıl içinde sigara nedenli ölümlerin sayısı; tüberküloz, kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS), trafik kazaları, anne ölümleri, intihar ve cinayetlerin toplamından daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (US Public Health 2000).

Sigara içenler bırakma girişimlerinde zorlanmakta, yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma, destek yoksunluğu, sigaradan alınan keyfin kaybolması gibi güçlüklerle karşılaşmaktadırlar (Tütün kontrolü TDA 2009). Bu durumların olabileceği bireylere bırakma tedavileri verilirken akılda tutulmalıdır.

Sigarayla mücadelenin bir ayağını toplumun bilinçlendirmesi ve özellikle gençlerin sigaraya başlamalarının önlenmesi oluştururken, diğer bir ayağını da sigara içenlere bu alışkanlıklarının bıraktırılması oluşturmaktadır. Sigaranın bırakılması birçok hastalık için mortalite ve morbiditeyi azaltmanın yanısıra, özellikle sigara başlama potansiyeli yüksek olan gençler için de çevredeki model sayısını azaltmaktadır. Topluma sigara içmenin kötü bir şey olduğu ve bırakılması gerektiği yaşlı bireylerin sigara bırakma davranışlarıyla örnek gösterilebilir. Yaşlı bireylerin sigara bırakması hem kendi sağlıkları açısından, hem de kendilerini örnek alacak genç bireyler açısından oldukça önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütünün Tarihçesi

Tütün tarımının Milattan Önce (M.Ö.) 6000 yıllarında Amerika kıtasında başladığına dair bilgiler bulunmaktadır. Amerika'da Yukatan adasında yaşayan Maya'lara ait tarihi taşlar üzerindeki çizimlerde ve Kuzey Ohio bölgesindeki höyüklerde tütünün kullanılma şekillerine ve pipo resimlerine rastlanmaktadır (Gür 1979, The History of Tobacco WHO 2013).

Tütünün içilmesi, Kristof Kolomb'un 1492 yılında Amerika'yı keşfi sırasında, yerli halktan öğrenilmiş daha sonra kısa sürede yaygınlaşmıştır. Tütünün 20.yy'ın başlarında kâğıda sarılarak üretilmeye başlanması tütün kullanımı yaygınlaştırmıştır. İlk başta üretilen sigaranın çok ucuza satılması bu yayılmayı hızlandırmıştır. Sigaranın insan sağlığına verdiği zarar ancak 2. Dünya Savaşı'ndan sonra görülmeye başlanmıştır. Tütün Avrupa'ya özellikle Portekiz'e 1560 yılında deniz korsanları tarafından getirilmiştir. Tütün Portekiz'de Fransa büyükelçisi olan Jean Nicot tarafından Paris'e taşınarak kraliçeye sunulmuş ve saray bahçesinde yetiştirilmesi sağlanmıştır. Tütünün içindeki en önemli zehirli madde olan nikotin, elçinin ismi olan Nicot'tan gelmektedir. Tütün keyif verici özelliğinin yanı sıra büyük yangınlara neden olması ve kötü kokusu sebebiyle kralların, din adamlarının tepkisine neden olmuş ve o zaman kullanımına yasak getirilmiştir. Buna örnek olarak Osmanlı padişahı IV. Murat zamanında ölüm cezasına kadar varan ağır yasaklamalar konulmuş, ancak devlet yöneticilerinin bile tütün alışkanlığının olması, bu tip yaptırımların uygulanmasını zorlaştırmıştır.

Tütün ilk kez 17.yy.'da Venedik ve Cenovalı denizciler tarafından ticareti yapılmak üzere İstanbul limanına getirilmiş ve Osmanlı halkı tarafından da kullanılmaya başlanılmıştır. Osmanlı'da ilk kez Batı Trakya'da bulunan İskeçe, Yenice ve Kavala kentlerinde tütün yetiştiriciliği yapılmıştır. Kurtuluş savaşından kısa bir zaman sonra ülkemizde 1924'te tütünün üretilmesi ve işlenmesi amacıyla "Ulusal Tekel" kurulmuştur (Barış 2002).

2.2. Tütünün Kullanım Şekilleri

Tütün, insanlar tarafından kullanımının yaygınlaşması ile günümüze kadar geçen zaman içinde çeşitli şekillerde kullanılmıştır (Gür 1979, Sapan 1997):

- Tütünün doğrudan dumansız olarak kullanım şekilleri: Çiğneme, enfiye, nikotin preparatları halinde (nikotin suyu, sakızı, bandı, lolipopu, tableti, granülleri, spreyi, elektronik sigara) kullanımı.
- Tütünün yanması ile oluşan dumanın kullanım şekilleri: Tütsü, sigara, puro, pipo, nargile şeklinde kullanımı.
- Tütünün başka amaçlarla sanayide kullanımı: Tohumundan yağ çıkarılır. Tarımda gübre olarak kullanılır. Selüloz sanayinde kağıt elde etmek için kullanılır. Böcek ilacı üretiminde kullanılır. Yapraklarından nikotin çıkarılır. Çiçekleri esans ve kolonya üretiminde kullanılır.

Tütün çeşitli şekillerde kullanılmasına rağmen Dünyada en çok keyif verici olarak kullanılmakta ve ekonomide bu özelliği ile yer almaktadır. Günümüz dünyasında tütün denilince akla ilk olarak sigara gelmektedir (Gür 1979).

2.3. Sigaranın İçeriği

Sigara dumanı, içerisinde farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4000'nin üzerinde madde bulunur (Tablo 1) (Behr 2002). Sigara içen ve içmeyen kişiler üzerinde yapılan uzun epidemiyolojik çalışmalar sonucunda DSÖ'ye bağlı Uluslararası Kanser Araştırma Örgütü'nün (IARC) 2003 yılında yayınladığı raporda sigara dumanı Grup 1 karsinojen olarak belirlenmiştir (IARC 2003). Sigara dumanı partikül ve gaz fazı olmak üzere iki kısımdan oluşur. Cambridge elyaf-cam filtresi kullanılarak sigara dumanının her iki fazı tanımlanmıştır. Partikül fazı cam elyaf filtreden sigara dumanı geçerken içinde hapsolan kısımdan, gaz fazı ise bu filtreden geçen materyalden oluşmaktadır. Katran partikül fazının nem ve nikotin ayrıldıktan sonra geride kalan kahverengi-siyah yapışkan bir maddedir. Katran karsinojenik olan aromatik hidrokarbonlar içermektedir (Pryor 1993).

Sigara içen kişinin ağzından çektiği dumana ana duman (mainstream), sigaranın yanan kısmından gelen dumana ise yan duman (sidestream) adı verilmektedir. Ana akım

dumanının %92 - 95'i gaz halindedir ve 1 mL'de 0.3 – 3.3 milyar partikül içerir. Sigaranın çevresel etkisinin çoğu (%85) yan dumanından, çok az bir bölümü ise ana dumandan oluşmaktadır. Yan duman ana duman ile karşılaştırıldığında çok yüksek seviyede toksik gaz bileşimi içermektedir (Ambrose 2004). Partikül fazının her gramında 10^{17}'den, gaz fazında ise 10^{15}'ten fazla oksitleyici parçacık bulunmaktadır (Ambrose 2004).

Sigara içerisinde bulunan maddelerin hangi hastalıklara neden olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte sigara komponentlerinin farmakolojik özelliklerine dayanarak elde edilmiş veriler mevcuttur. Kalp damar hastalıkları karbonmonoksit (CO), nikotin ve serbest yağ asitleri ile ilişkili bulunmuştur. CO hipoksiye neden olarak kalp kasında doğrudan hasara yol açmaktadır (Zevin 2001). Nikotin fizyolojik dozlarda nabız artışına, periferal ve koroner damarlarda vazokonstriksiyona yol açması ve pıhtılaşma üzerine etkili olması nedeni ile iskemik kalp hastalığı patogenezinde önemli yer tutmaktadır (Ridker 2001).

Neoplastik hastalıkların oluşum sürecinde nikotin ve CO'den çok, çoğu bilinmeyen karsinojenik maddeler sorumlu tutulmaktadır. Sigara dumanında bulunan benzopirenler, oksidan moleküllerin kontrolünde görev alan enzimlerden biri olan mikrozomal epoksit hidrolazı aktive ederek oksidan ajanların yeterince uzaklaştırılamaması sonucu hasara katkıda bulunmaktadır. Sigara içindeki zararlı etkileri olan bazı maddeler Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sigara İçindeki Tanecik ve Gaz Halinde Bulunan Bazı Maddeler

Tanecik halinde bulunanlar	Gaz halinde bulunanlar
Aromatik hidrokarbonlar	Karbondioksit, Karbonmonoksit
Fenol	Hidrosiyanik asit
Nikotin	Asetaldehid
Krezol	Akrolein
Beta-naftalin	Amonyak
N-Nitrozonornikotin	Formaldehit
Benzopiren	Nitrojen oksitler
Metaller (Nikel, Arsenik, Polonium 201)	Nitrozaminler
İndol	Hidrazin
Karbazol	Vinil klorür

Tütün dumanında bulunan ve potansiyel olarak zararlı etkileri kabul edilen bazı kimyasallar ve neden olduğu hastalıklar (Kumar 1995);

- Polisiklik hidrokarbonlar, Benzopiren, Katran → Karsinogenez
- Nikotin → Depresyon, tümör progesyonu
- CO → Oksijen taşınımı ve kullanımının bozulması
- Formaldehit, Azot oksitleri → Siliyalara toksik ve irritan etki
- Nitrozamin → Karsinogenez

2.4. Sigaranın Sağlığa Etkisi

Sigara dumanında yer alan ajanlar, trakeobronşiyal mukozada direkt irritan etki ile inflamasyon ve mukus üretiminde artışına sebep olmaktadır. Sigara dumanında bulunan serbest radikal ajanlar ve diğer oksidanlar elastaz inhibitörlerini inhibe ederek ve doğrudan toksik etkiyi artırarak durumu daha da kötüleştirirler. Bu nedenle sigara kullanımı, akciğerlerde bulunan aktif antielastaz miktarını azaltır ve elastaz-antielastaz dengesini daha da kötüleştirir. Sigara alt solunum yollarında birçok patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Bunlar epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, vasküler intimada kalınlaşma ve alveoler harabiyettir (Murın 2000). Sigara içimi lökosit infiltrasyonu, lokal olarak da elastaz üretiminde artışla akciğer dokusuna hasar verir ve sonuçta amfizeme neden olur.

Sigaranın içindeki CO, N_2O ve SO_2 gazları siliyalar üzerinde doğrudan toksik etki göstermektedir. Siliya işlevinin bozulması ve mukus salgısının artışı, bakteriyel çoğalmaya yol açar. Sigara ayrıca mukosiliyer ve surfaktan etkinliğini ve makrofajların bakterisidal ve fagositer etkilerini azaltarak hem parankimal hem de işlevsel bozukluğa neden olur. Sigaraya bağlı zararlı etkiler ortalama 20 yıl sonra ortaya çıkmaktadır ve hastaların büyük kısmı 35 yaş üstü bireylerdir (Akar 2002).

Sigara, tüm kanserlerin üçte birinden sorumludur. Akciğer, larinks, orofarinks, özofagus, mide, pankreas, böbrek ve üreter, kolon, mesane, serviks kanserine ve akut myeloid lösemiye sebep olur. Akciğer kanseri, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de kanserden ölümlerde birinci sırada yer almaktadır. Sigara, akciğer kanserlerinin %90'nın temel sebebidir. Sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında, akciğer kanserinden ölme riski sigara içen erkeklerde 23, kadınlarda ise 13 kat daha yüksektir (Tobacco or Health WHO 2010). Akciğer bronşiyal epitelinden gelişen bronkojenik kanser tiplerinin %85'i sigara kullanımı ile ilişkilidir. Bu olumsuz sigara sonuçları içilen sigara miktarı ve içim süresi ile yakından ilişkilidir. Sigarada bulunan katran içerdiği karsinojen maddeler nedeniyle akciğer kanseri gelişimine sebep olan en önemli etkendir. Benzer olarak nikotin de karsinogenezde rol almakta ve akciğer kanserine sebep olan nitrozamine dönüşmektedir (Ginzel 2007).

Sadece iki yerli marka sigaranın katran miktarının Avrupa Birliği tarafından müsaade edilen 12 mg'dan daha az olduğu, ithal edilen sigaraların ise ancak yarısının bu standart değerin altında olduğu; ithal edilen altı sigaradan dördünün İngiltere'de satılan aynı marka sigaralarla karşılaştırıldığında yüksek seviyede katran ve karbon monoksit içerdiği belirtilmiştir. Yüksek oranda katran ve karbonmonoksit içeren sigaraların uzun süreli kullanımının akciğer kanserindeki artmış mortaliteye katkısı olabileceğini, bu nedenle bu konuda ciddi önlemler alınması ve yerli ve ithal sigaraların standardizasyonunun gerektiği belirtilmiştir (Fırat 1996).

Sigara tüm akciğer kanseri tipleriyle ilişkiliyse de bu ilişki en çok skuamoz hücreli kanser ve küçük hücreli kanser tipleriyledir. Sigara içme prevalansındaki azalmayla birlikte filtreli ve düşük katran seviyeli sigaraların üretilmeye başlanmasının 1990'lardaki skuamoz hücreli kanser insidansındaki düşüşe karşın adenokarsinomlardaki artışa neden olduğu düşünülmektedir. Filtreler, ana havayolunda büyük partiküllerin birikmesine engel olmasına rağmen küçük partiküllerin adenokarsinomun daha çok görüldüğü uç kısımlara ulaşmasını

arttırmaktadır. Ayrıca düşük katranlı sigara kullananların nikotin ihtiyaçlarını karşılayabilmek için daha sık ve daha derine çekerek içmelerine sebep olduklarından adenokarsinom sıklığını artırmaktadır (Tse 2009).

Sigara içmek serviks kanseri için HPV enfeksiyonundan sonra gelen ikinci en büyük risk faktörüdür ve HPV'ye bağlı serviks kanseri gelişimini olumsuz yönde artırır. Sigara içmek serviks kanseri riskini HPV pozitif kadınlarda 2-3 kat arttırır. Pasif içicilikte de risk artmaktadır (Plummer 2003). Sigara içmek orafarenks kanser riskini 5-9 kat arttırır. Oral kanserler ABD'de tüm kanser tiplerinin yaklaşık %2'sini oluşturur, fakat bu kanserlerin %80'i sigara içenlerde görülür (Neville 2002). Sigara kullanımı mesane kanserlerindede en önemli risk faktörüdür. Mesane kanseri nikotin metabolitlerinin idrar yollarıyla atılması nedeniyle sigara içenlerde daha sık görülür. İçilen sigara miktarı ve içme süresi arttıkça risk artış gösterir. Pasif etkilenim ile mesane kanseri ilişkisi konusunda veriler yeterli değil fakat sigara dumanının artmış riske neden olacağını düşündürmemektedir (Boffetta 2008).

Sigara, ateroskleroz, kardiyak infarktüs, inme, peptik ülser etyolojisinde de yer almaktadır (Kumar 1995). Sigara içenlerde peptik ülser ve pankreas kanseri riski 2 kat artmaktadır. Sigara içen bireylerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (Yamada 2002).

Sigara kullanılması kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) için temel risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır. En az 2 yıl arka arkaya 3'er ay süreyle devam eden öksürük, dispne ve balgam çıkarma ile karakterize bir hastalık olan kronik bronşit ile terminal bronşiyollerin distalindeki bölümlerin genişleyip alveol duvarının fibrozis olmaksızın zedelenmesi anlamına gelen amfizemin birlikteliği; KOAH olarak bilinir ve tüm dünyada mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindendir. Kronik bronşit ve KOAH etyolojisinde en sık karşılaşılan neden sigaradır (Barlett 2001). Özellikle 35 yaş üstü erkeklerde görülen Buerger hastalığının (tromboanjitis obliterans) ek olarak osteoporozun etyolojisinde de sigara bulunmaktadır. Atravmatik osteonekrozun etyolojik faktörleri arasında sigara da yer almaktadır (Gümüşdiş 1999).

Sigara içicilerinde kardiyak enfarktüs ve koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha yüksek olduğu birçok prospektif çalışmada gösterilmiştir. Sigara içilmesi KAH insidansını 2-4 kat artırırken; KAH'dan ölüm riski, bir günde içilen sigara, sigaraya başlama yaşı, inhalasyon derinliği ve sigara içilen yıl sayısı ile

yakından ilişkilidir. Sigara ayrıca, KAH'nın diyabet ve hiperkolesterolemi gibi diğer risk faktörlerini de önemli ölçüde etkilemektedir (La Brie 2006). Sigara akut olarak dokuların oksijen gereksinimini arttırarak ya da kan arzını azaltma yolu ile oksijen sunumunu azaltarak kardiyak iskemiye yol açar ve bu değişiklikler koroner arter spazmı ve/veya trombosit agregasyonu ve adhezyonu ile sonuçlanabilir (Su 1996). Yaşlı bireylerde kardiyovasküler risklerin daha yüksek olması sebebiyle, sigaranın yaşamın geç döneminde bile bırakılmasının yararları, önemli boyutlarda ortaya çıkabilir. Sigara sağ ve sol kardiyak ventrikül işlevlerini bozarak kalp yetmezliğini provoke etmektedir (Mcewan 1998). Pasif içiciliğin kısa dönemdeki etkisi karboksihemoglobin veya tromboz üzerinden olmaktayken, uzun süreli etkisi plak gelişimi ve endotel hasarı ile olmaktadır. Sigara kullanımının bırakılmasıyla, koroner arter hastalığından ölüm oranı düşer, sonuçta da muhtemel hayat beklentisi olumlu etkilenir. Kalp krizi geçirip sonrasında sigaranın bırakılmasıyla kalp krizinin tekrarlanma olasılığının azaldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Aydınlar 2002).

Sigara kullanan kadınların infertilite riski daha yüksektir ve kullanmayanlara göre daha geç gebe kalmaktadırlar. Sigara içen kadınların amenore, dismenore, düzensiz adet görme ve erken menopoz riskleri daha yüksektir. Bu kadınlarda prematür menapozun (erken menapoz) ortaya çıkması ortalama olarak 1-2 yıl daha önce olmaktadır (Su 1996).

Prenatal dönemde sigaraya maruz kalan infantlarda birçok majör konjenital anomalilerin ortaya çıktığı bilinmektedir. Sigara içen annelerin prematüre, düşük doğum ağırlıklı bebek ve erken doğum ihtimalleri de daha yüksektir. Yine sigara içen annelerin bebeklerini yeterince emziremedikleri, emzirme sürecinde ise sütle bebeğe nikotin geçtiği saptanmıştır. Ancak sigara dumanında bulunan mutajenik ve karsinojenik maddelerin hangi miktarlarda plasentaya geçtiği ve hangi bileşiklerin fetüse zarar verdiği büyük oranda bilinmemektedir. Gebelikte sigara içimi fetal hipoksi ve doğumsal defektlere neden olurken, lohusalıkta sigara içimi nikotinin prolaktin salınımını baskılamasından dolayı süt miktarının azalmasına neden olmaktadır. Sigara içilmesi ektopik gebelik riskinide 2 kat arttırmaktadır (Uncu 2002).

Sigara kullanımı; yaşla birlikte maküla dejenerasyonu, katarakt, glokom ve graves oftalmopatisi görülme oranlarını artırmakdır. Sigara kullanımına bağlı oksidatif stresin göz üzerindeki etkilerine ek olarak immünolojik mekanizmaların

tetiklenmesinin de rol oynadığı düşünülmektedir (Şengün 2010). Sigara, erken cilt yaşlanması, cerrahi sonrası yara iyileşmesinin yavaşlaması ve psöriyazis gibi cilt hastalıklarının gelişimi ve seyrini de etkilemektedir (Kaufman 2000).

2.5. Sigara Bağımlılığı Epidemiyolojisi

2.5.1. Dünya'da Sigara İçme Sıklıkları

Günümüzde sigara tüketimi küresel bir sorun haline gelmiştir. Her yıl 5500 milyar sigara üretilmekte ve dünya çapında 1.2 milyar kişi sigara içmektedir. Bu sayı yaklaşık 15 yaş üstü dünya nüfusunun üçte birine denk gelmektedir. 2030 yılında dünya çapında sigara içenlerin sayısının 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (Mackay 2002). Sigara içenlerin büyük kısmı gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta (800 milyon) ve yine büyük kısmını erkekler oluşturmaktadır (700 milyon). Dünya genelini kapsayan tahminlerde erkeklerde sigara içme sıklığı %47, kadınlarda %12'dir (Tobacco or Health WHO 2010).

DSÖ verilerine göre her 10 saniyede bir kişi tütün ürünleri kullanımına bağlı nedenlerden hayatını kaybetmekte, tütün her yıl 4 milyon ölüme yol açmaktadır. Bugünkü eğilimlerin değişmemesi durumunda, 2020 yılında bu sayının 8 milyon 400 bin kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin %70'i gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. 1970'li yıllardan bugüne gelişmiş ülkelerde sigara içim oranları azalmakta, ancak gelişmekte olan ülkelerde yükselmeye devam etmektedir (Tobacco Control The World Bank 1999, Kaufman 2000).

Sigaraya başlama yaşı, sigara epidemisinin en önemli noktalarından birisidir. Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16'dır. Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin sigaraya başladığı bildirilmektedir (Prabhat 1999). 1999 yılında yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelerde 13-15 yaşları arasındaki gençlerde sigara içme oranının %10-33 arasında değişim gösterdiği bildirilmiştir (Warren 2000). Sigara içen gençlerin yaklaşık dörtte biri ilk sigarasını on yaşına gelmeden içmiştir. Adelösan dönemde sigaranın denenmesi oldukça yaygındır. Yurt dışındaki değişik çalışmalarda lise öğrencileri arasında sigara deneme sıklığının %70.4 ile %78 oranlarında olduğu bildirilmektedir (Kann 2000, Tucker 2003).

Tütün ürünleri kullanım sıklığı bakımından ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Gelişmiş olan ülkelerde tütün ürünü kullanımı çok düşük düzeylerdedir, buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde genellikle yüksek değerler söz konusudur. Ancak gelişmiş ülkelerde kadınlar arasında sigara kullanımı gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. 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. Sigara kullanım sıklığı dünyada yetişkinlerde 1998 yılında %30 oranında iken bu rakamın 2020'de %35'e çıkması beklenmektedir (Corrao 2000). DSÖ'nün farklı bölgelerinde sürdürülen toplum tabanlı çalışmaların sonuçlarına göre tütün kullanımı GATS (Global Adult Tobacco Surveillance System) ile her yıl güncellenmektedir. Bazı ülkelerdeki tütün kullanım sıklığına ilişkin değerler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 2. Bazı Ülkelerde Tütün Kullanım Sıklığı (GATS CDC 2011)

Ülke	**Yaş grubu**	**Tütün kullanımı (%) (halen kullanan)**		
		Toplam	**Erkek**	**Kadın**
Rusya	15+	39.1	60.2	21.7
Polonya	15+	27.0	33.5	21.0
Uruguay	15+	25.0	30.7	19.8
Çin	15+	28.1	52.9	2.4
Türkiye	15+	27.1	41.5	13.1
Tayland	15+	23.7	46.5	3.1
Kanada	15+	17.5	19.2	15.9
İngiltere	16+	-	23.0	21.0
Brezilya	15+	17.2	21.6	13.0
Mısır	15+	19.4	37.7	0.5

2.5.2. Türkiye'de Sigara İçme Sıklıkları

Türkiye'de sigara içme sıklığını belirlemeye yönelik çalışmalar 1988, 1993'te yapılmış, en son 2010 yılı TURDEP II verisine ulaşılmıştır. İncelenen çalışmaların örneklem büyüklükleri 246 ile 26546 arasında değişmektedir. Araştırmaların beşi sadece kadınları kapsamaktadır. Araştırmalarda sigara içme için farklı tanımlamalar kullanılmıştır. Değerlendirmeye alınan 31 çalışma, 1988–2010 yılları arasında

yapılmış sigara içme sıklığı erkeklerde %27.5–63.8, kadınlarda %8.4–27.8 arasında değişmektedir. Türkiye'de sigara içme sıklığı 1997 yılından 2010 yılına kadar erkeklerde yılda %1.33 azalırken, kadınlarda ise değişmemiştir. 2016 yılı sigarayla savaşanlar derneğince yapılan bir çalışmada, 15 yaş üstü erkelerin %62.8'inin, kadınların %24.3'ünün, tüm nüfusun ise %43.6'sının sigara kullandığı ortaya konulmuştur. Aynı çalışmada ilginç olarak sigara bırakma programlarında etkin rol oynaması öngörülen tıp doktorlarının %44'ünün sigara içtiği gösterilmiştir.

Ülkemizinde içinde bulunduğu Doğu Avrupa bölgesinde tütüne bağlı yıllık ölümler bölgedeki tüm ölümlerin %25'ini oluşturmaktadır ve 2020 yılında bu bölgedeki erişkin erkekler dünyada erken ölüm riski en yüksek grup olarak görülmektedir (Global Tobacco epi. WHO 2015). Ülkemizde gençlerde yapılan prevalans çalışmalarında ortaokul ve lise öğrencilerinde toplam %10-43, üniversite öğrencilerinde %21.2- 48.2 içicilik saptanmıştır (Dabak 2004).

2.6. Pasif Sigara Maruziyeti

Çevresel sigara dumanı, yan duman ve ikinci el ana dumandan oluşmaktadır. Yan duman sigaranın yanan uç kısmından çıkan dumandır; ana duman ise sigara içme sırasında ortaya çıkan ve doğrudan inhale edilen dumandır. Sigarada olduğu bilinen 3850 madde ve bilinen 50 karsinojen madde yan dumanda ana dumandan daha yüksek düzeyde bulunmaktadır (The Tobacco Atlas ACS 2009).

Sigara kullanmayan kişilerdeki akciğer kanserlerinin önemli bir kısmı, başkalarının içtiği sigaraların dumanına maruz kalmaktan kaynaklanmaktadır. Pasif etkilenim sigara içmeyen kişilerde akciğer kanseri riskini %20-30 kat artırmaktadır (The Tobacco Atlas ACS 2009). Gelişmiş ülkelerde akciğer kanseri vakaları azalırken, son 20 yıl içinde tüm kanserler içindeki oranı gelişmekte olan ülkelerde %31'den %49.9'a çıkmıştır. Tüm dünyada akciğer kanseri olan kadınların %53'ünün, erkeklerin %15'inin hiç sigara kullanmadığı tahmin edilmektedir. Sigara içmeyenlerde akciğer kanserinin en sık görülen histopatolojik tipi adenokarsinomdur (Subramanian 2007).

Sigara içmeyenlerde 30 dakikalık bir pasif içicilik, koroner damarlarda kan akımında azalmaya neden olmakla birlikte sigara içenlerden ayırt edilemeyecek seviyelerde düşmeyede sebep olur. Bu duruma vasküler endotelden salınan nitrik

oksit karşısında koroner vazodilatasyonun nikotin tarafından baskılanması sebep olur. Nikotinin bu etkisi ortamda bulunan çok küçük dozlarda bile maksimuma ulaştığından, aktif ve pasif sigara içiminin damarlar üzerindeki etkisi çok farklı değildir. Günde 1-4 sigara içenlerdeki kalp damar hastalıkları da buna bağlıdır (Ginzel 2007).

2.7. Sigaranın Bırakılmasının Sağlık Açısından Yararları

On yıl ve üzerinde sigara içenlerde, içmeyenlerle karşılaştırıldığında ölüm, hastalık ve sakatlık oranları önemli oranda daha yüksektir. Bununla beraber, sigara içmeyle ilişkili istenmeyen etkilerin çoğu sigaranın bırakılmasıyla düzelebilen geri dönüşümlü etkilerdir. Özellikle solunum sistemi açısından risk, sigara bırakılmasından sonra sürse de, belirli organ sistemleri açısından risk sigaranın bırakılma süresiyle uyumlu olarak azalmaktadır (Karlıkaya 2006). En büyük yarar sigaranın genç yaşta bırakılmasıyla elde edilmekle birlikte, orta yaş ve yaşlılık döneminde bırakılması bile birçok riskin çoğunu ortadan kaldırmaktadır. Böylece sigarayı bıraktıktan 15 yıl sonra ölüm riski, hiç sigara içmemiş olanlardakine eşdeğer olmaktadır (Karlıkaya 2006).

2.7.1. Solunum Sistemine Etkileri

Sigara bırakılmasından birkaç ay içerisinde akciğer fonksiyonları yaklaşık %5 düzelmektedir. Sigaradan kaçınıldığı taktirde, akciğer fonksiyonlarındaki azalma hızı yavaşlamaya başlamakta ve KOAH gelişme riski azalmaktadır (Karlıkaya 2006). Benzer şekilde, sigaranın bırakılması akciğer kanseri riskini, premalign histolojik değişikliklerin derecesini, ilerlemesini ve başka neoplazmaların gelişme riskini azaltmaktadır. Kanser tanısı almış hastalarda sigaranın bırakılması sağ kalım süresinide artırmaktadır. Kanser riskindeki azalmanın boyutu sigaradan uzak durulan süreyle birlikte artmakta ve 10 yıl sonra risk %30 - 50 azalmaktadır (Karlıkaya 2006).

2.7.2. Kardiyovasküler Sisteme Etkileri

Koroner arter hastalığına ilişkin risk sigaranın bırakılmasından bir yıl içinde yarıya inmekte ve 15 yıl sonra sigara içmeyenlerdeki risk ile eşitlenmektedir. Benzer şekilde inmeyle ilişkili riskin, sigaranın bırakılmasından sonra 5 - 15 yıl içinde sigara içmeyenlerdeki düzeye gerilediği bildirilmektedir. Periferik damar hastalıkları bulunan

hastalarda prognoz, sigaranın bırakılmasıyla önemli ölçüde düzelme göstermektedir (Karlıkaya 2006).

2.7.3. Gastro-intestinal Sisteme Etkileri

Genel olarak Crohn Hastalığı tanısı alan ve en az bir yıl boyunca sigara içmeyen hastalarda hastalığın seyri sigara içmeyenlerdekine benzer şekilde daha selim olmaktadır. İleriye yönelik, 12 - 18 ay süreli bir kohort çalışması yapılmış, sigarayı içmeyi sürdürenlerde Crohn Hastalığındaki alevlenme oranı (%46), sigarayı bırakanlardakine göre (%23) iki kat yüksek bulunmuştur. Ranitidin ile idame tedavisi sırasında sigara içmeyi sürdürenler ile karşılaştırıldığında (%25), sigarayı bırakanlarda (%14) daha az ülser nüksü bildirilmiştir (Karlıkaya 2006).

Hayatı boyunca hiç sigara içmemiş olanlarda oranlar en düşük olmakla birlikte, sigara içmeyi devam ettirenlerle karşılaştırıldığında, sigarayı bırakanlarda kolorektal kanser mortalitesinde belirgin azalmalar gözlenmiştir (Karlıkaya 2006).

2.7.4. Üreme Sistemine ve Gelişmeye Etkileri

Sigara içmenin doğurganlığı azalttığı öne sürülmekte ve gebelik planlayan kadınların sigara bırakması önerilmektedir. Ayrıca, gebelikte sigaranın bırakılması fetal gelişme geriliği, erken doğum eylemi ve perinatal mortalite gibi istenmeyen sonuçların azalması açısından en etkili yöntem olarak değerlendirilmektedir (Karlıkaya 2006).

2.8. Sigara İçmeyle İlişkili Maliyetler

Sigara kullanımı, sigara içmeye bağlı morbidite ve mortalitenin sağlık hizmetleri açısından oluşturduğu yükten kaynaklanan çok büyük sosyal ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Bunlar arasında sigara içenlerin neden olduğu maliyetler (sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların kullanılması, iş gücü kaybı, hastalık nedeni ile yapılan ödemeler, vb.) ve çevredeki sigara dumanın zararlı etkilerinin neden olduğu maliyetler de bulunmaktadır (Karlıkaya 2006, Edis 2006).

Dünya bankası verilerine göre her yıl sigara kullanımına bağlı ekonomik kayıp 200 milyar dolardır. ABD'de 1993'te sigaraya bağlanabilen sağlık giderleri 50 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. İşgücü ve üretim kaybı da eklenildiğinde kayıp 97 milyar dolara ulaşmaktadır. Bu maliyetlerin sigara içenler tarafından vergi şeklinde

karşılanabilmesi için her paketin 4 dolar zamlanması gerektiği hesaplanmıştır. 1995 yılında ABD'de sigara reklamları için kullanılan para günlük 5 milyon dolar olup o yılın tüberküloz programının bütçesini karşılayabilecek düzeydedir. 1998 yılında, sağlık giderlerinin maliyeti 75.5 milyar dolara yükselmiş, her sigara içicisinin toplamda (yol açtığı hastalıklar, iş gücü kaybı vb.) 3.391 dolara mal olduğu ve bunun da ABD'de sağlık giderlerinin %8'ini oluşturduğu belirlenmiştir. Mali kayıpların günümüzde, sadece ABD'de 157 milyar dolara ulaştığı bildirilmektedir. Bunun 75 milyar doları kişisel sağlık harcamaları, 82 milyar doları mortaliteye bağlı işgücü kaybıdır (Karlıkaya 2006).

İngiltere'de sigara içmeye bağlı hastalıklar Ulusal Sağlık Hizmetlerine her yıl yaklaşık 1.7 milyar dolara mal olmaktadır. 2030 yılında sigara içenlerin beşte dördünü gelişmekte olan ülkelerdeki insanlar oluşturacaktır ve sigara kullanımına bağlı hastalıkların yol açtığı ekonomik maliyetler, büyük olasılıkla bu ülkelerin sağlık hizmetlerine fazlaca yük oluşturacaktır. Sigaranın ülkemize verdiği zararın ise 8-10 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır. Tablo böyleyken sigaranın bırakılmasına yönelik tedaviler tüm sağlık girişimleri arasında maliyet açısından en uygun girişimlerden birisini oluşturacaktır (Karlıkaya 2006).

Ülkemizde sigara içiminin yol açtığı ekonomik kayıplara ilişkin bir çalışma bulunmamakla birlikte, sigara içimi ile ilişkili olan akciğer kanserinin maliyeti ile ilgili yapılan 103 kişilik bir çalışmada hasta başına ortalama maliyet 14.306 dolar, çalışma grubundaki toplam maliyet 1.473.530 dolar bulunmuştur (Edis 2006).

2.9. Tütün Kontrolü

Ülkemizde uzun yıllar boyunca tütün üretimi, satış ve pazarlaması Tekel Genel Müdürlüğü tarafından yapılmış, yabancı marka sigaraların ithal edilmesine izin verilmemiştir. 1983 yılında yabancı sigaraların ithaline ilişkin yasanın çıkarılmasının ardından ithal sigaralar kısa sürede sigara pazarında önemli paya sahip olmuştur (Seydioğulları 2010).

Türkiye'de tütün kontrolüne yönelik çalışmaların sonrasında 1996 yılında 4207 sayılı 'Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun' kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Bu kanun hükmünce;

- 18 yaşından küçük çocuklara sigara/tütün ürünü satışı yasaklanmıştır.
- Sağlık, eğitim-öğretim ve kültür hizmeti veren yerler ile kapalı spor salonlarında ve toplu taşımacılık yapılan araçlar ve bunların bekleme salonlarında, kamu hizmeti yapan kurumlarda beş veya beşten fazla kişinin görev yaptığı kapalı alanlarda tütün ve tütün mamullerinin içilmesi yasaklanmıştır.
- Bu alanlarda duman çıkışını engelleyecek tedbirler alınarak tütün ve tütün mamullerinin içilebilmesi için ayrı yerler tahsis edilir.
- Sigara paketleri üzerinde sağlık uyarısı yer alması gerekmektedir.
- Radyo ve televizyon kanallarının ayda 90 dakika eğitim amaçlı yayın yapması gerekmektedir.

2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu toplantısında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, üye ülkelerin oy birliğiyle kabul edilmiştir. Bu sözleşme, dünyada tütün kontrolü amacıyla yapılan ilk düzenlemedir. Sözleşmenin ana temasını, tütüne olan talebin ve tütün arzının azaltılması, tütün ve tütün ürünlerine ulaşmanın güçleştirilmesi konuları oluşturmaktadır. Türkiye, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ne Nisan 2004'te imza atmış, Kasım 2004'te de TBMM'de onaylanmıştır. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi hükümetlerin kapsamlı tütün kontrol stratejilerini benimseyerek yürürlüğe geçirmelerini öngörür.

DSÖ, tütünle mücadeleyi yaygınlaştırmak için 2008'de tütün kontrolünde etkili olduğu bilinen 6 uygulamayı içeren ve bu uygulamaları ifade eden cümlelerin ilk harflerinden oluşan MPOWER olarak adlandırılan bir paket hazırlamıştır:

- Monitor tobacco use and prevention policies: Tütün kullanımı ve koruyucu politikaların izlenmesi,
- Protect people from tobacco smoke: Toplumların sigara dumanından pasif etkileniminin önlenmesi,
- Warn about the dangers of tobacco use: Bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması,
- Offer help to quit tobacco use: Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi,
- Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship: Tütün

reklamı, tanıtımı ve sponsorluğuna ilişkin yasaklar konması,

- ❖ Raise taxes on tobacco: Tütüne uygulanan vergi miktarının ve sigara fiyatının arttırılması.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi uyarınca devlet ve sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile Ulusal Tütün Kontrol Programı ve 2008–2012 yıllarını kapsayan Ulusal Eylem Planı hazırlanmıştır. Ulusal Program ve Eylem Planı içinde yer alan amaç ve hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için 2008 tarih ve 5727 sayılı yasa ile 4207 sayılı yasanın kapsamı genişletilmiştir: 'Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'. Amacı; tütün ürünlerinin zararlarından, özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından korunmak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanmasıdır. Yeni Kanun'da yapılan değişiklikler şunlardır (Resmi gazete 2011):

1) Tütün ürünü tüketiminin yasak olduğu yerler genişletilmiştir:

   a. Kamu hizmet binaların kapalı alanlarında,
   b. Koridorları dâhil olmak üzere her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı özel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği (ikamete mahsus konutlar hariç) binaların kapalı alanlarında,
   c.Toplu taşıma araçlarında,
   d.Okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dâhil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında,
   e. Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün ürünü tüketilemez.
2) Açık havada yapılan her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde tütün ürünleri kullanılamaz. Ancak bu tesislerde, tütün ürünlerinin tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilir.
3) Tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı ile sponsorluk faaliyetleri

yasaklanmıştır. Tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka veya amblemleri kullanılarak reklam ve tanıtımı yapılamaz. Bu ürünlerin kullanılmasını özendiren veya teşvik eden kampanyalar düzenlenemez. Tütün ürünleri üreten ve pazarlamasını yapan firmalar, hiçbir etkinliğe isimlerini, amblemlerini veya ürünlerinin marka ya da işaretlerini kullanarak destek olamazlar.

4) Tütün firmalarının isimleri, amblemleri veya ürünlerinin marka ya da işaretleri veya bunları çağrıştıracak imgeleri kıyafet, takı, aksesuar olarak taşınamaz.
5) Araçlarda tütün firmalarının markası bulunamaz.
6) Tütün ürünleri hediye, eşantiyon olarak dağıtılamaz.
7) Sağlık, eğitim, spor tesislerinde tütün ürünü satılamaz.
8) Televizyonda yayınlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklam ve tanıtım filmlerinde tütün ürünleri kullanılamaz, görüntülerine yer verilemez.
9) 18 yaşından küçüklere sigara satılamaz, bu çocuklar tütün ürünü işletmelerinde, pazarlanmasında ve satışında çalıştırılamaz.
10) Tütün ürünleri, paket açılarak adet şeklinde veya daha küçük paketlere bölünerek satılamaz.
11) Tütün ürünleri otomatik makineler ve internet yolu ile satılamaz.
12) Radyo ve televizyonlarda yayınlanması gereken eğitici yayınların asgari otuz dakikası 17.00-22.00 saatleri arasında olmak üzere 08.00-22.00 saatleri arasında yapılması gerekmektedir.
13) Ceza hükümleri: Yasada belirlenen alanlarda tütün ürünleri tüketenler ile belirtilen yasakların uygulanması ve tedbirlerin alınması ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyen kişilere ve kuruluşlara yönelik çeşitli ceza hükümleri açıkça belirtilmiştir.

Kapalı alanlarda sigara içme yasağının uygulanmaya geçirilmesiyle kalp krizi riski sigara içmeyenler gibi sigara içenlerde de düşmüştür (Roehr 2009). İngiltere'de kapalı alanlarda sigara içme yasağının 1 Temmuz 2007'de uygulanmaya

başlanmasından sonraki 15 ay içinde kalp krizi ile acil servislere başvurularda %2.4 azalma olmuştur (Sims ve 2010). Bu çalışmanın daha önce yapılan ve A.B.D.'de %27-40 civarı azalma bildiren küçük çaplı çalışmalardan ve New York'da %8, İtalya'da %13 ve İskoçya'da %17 azalma bildiren büyük çaplı çalışmalardan çok düşük bir sonuç bildirmesi ayrıştırıcı faktörlerin kontrolü ve İngiltere'de kapalı alan yasaklarından önce de pasif etkilenimin daha az olmasına bağlanmaktadır. Avrupa Kanser Ligi tarafından yapılan değerlendirmede Türkiye, tütün kontrolü konusundaki başarılı uygulamaları sonucuyla 30 Avrupa ülkesi arasında dördüncü olarak üst sıralarda yerini almıştır (Joossens 2010).

2.10. Sigara Bağımlılığı ve Nedenleri

Nikotin bağımlılığı

Sigara içme, nikotin bağımlılığı nedeniyle sürdürülen ve pekişen bir davranıştır. 2000'li yıllardan önce sigara içme davranışının öğrenilmiş sosyal bir alışkanlık ve kişisel bir tercih olduğu düşünülmekteydi. Psikolojik etkenler ve sosyal alışkanlıkların da payının yanında bağımlılıkta esas rol sigaranın içerdiği nikotinindir. Sigara içiciliğinin ortaya çıkışında nikotinin en önemli etmen olduğu son 10 yıl içinde büyük oranda kabul görmeye başlamıştır (Pekel 2012).

Nikotinin bağımlılık yapan mekanizması ödül üzerine pekişen bir döngü oluşturur. Nikotin, periferik ve merkezi sinir sisteminde bir kimyasal nörotransmiter olan asetilkolini taklit ederek etki gösterir. Nöronlar asetilkolin vasıtasıyla haberleşir. Reseptöre bağlanan asetilkolin sinir hücresini aktive eden bir dizi değişikliğe yol açar. Nikotinin nörotransmitter olarak kullanan nöronlar gövdesi ventral tegmental alanda (VTA) bulunan ve lifleri nükleus akumbense (NAc) uzanan nöronlardır (Boztaş 2013).

Nikotin lipofilitir ve kan beyin bariyerini kolaylıkla geçer. Nikotin, beyine ulaştıktan sonra sinir hücreleri arasındaki boşluklara yerleşerek VTA'daki nikotinik asetilkolin reseptörlerine tutunarak dopamin salgılanmasına sebep olur ve bu da sigara içiminin ödül sistemini yaratır. NAc'den dopamin salgılanmasının insan ve hayvan davranışında ciddi bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bu ödül etkisi bu etkiyi oluşturanı bulmasını ve etkinin tekrarlamasına yol açan bir dizi sinyal yaratır (Boztaş 2013, Kaleli 2010).

Sigara Bağımlılığının Döngüsü (Boztaş 2013, Kaleli 2010)

- Nikotin dopamin salınımına neden olur.
- Dopamin keyif verici ve rahatlatıcı ödül sistemini aktifleştirir.
- Sigara içiminden bir süre sonra dopamin miktarı azalır.
- Dopamin yoksunluğu irritabilite yol açar. Sigara içicisi dopamin salınması için nikotin açlığı çeker.
- Nikotinin asetilkolinerjik reseptörlere sürekli bağlanması etkide gecikme, desensitizasyon ve upregülasyona sebeb olur.
- Nikotin miktarı azaldıkça, reseptörlerdeki hipereksitabilite nikotin isteğine yol açar.

Sigara kullananların bu davranışta ısrarcı olmasının, çoğu kez huzursuzluk, irritabilite, üzgün hissetme, konsantrasyon bozukluğu, iştah artışı gibi yoksunluk belirtilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu yoksunluk belirtileri, son sigaranın içiminden birkaç saat sonra ortaya çıkmakta ve takip eden hafta boyunca çok yoğun olarak devam etmektedir. Etkili semptomların çoğu 3-4 hafta içinde azalmakta ancak iştah artışı birkaç ay sürebilmektedir (Boztaş 2013).

DSM-V kriterleri herhangi bir maddeye karşı bağımlılığı son bir yıl içinde aşağıdaki yedi maddeden üçünün görülmesi olarak tanımlamaktadır (Köroğlu 2013):

1. İstediğinden daha fazla miktar ve süre kullanmak
2. Kullanımı için fazla vakit harcamak
3. Sürekli bırakma isteği ya da başarısız bırakma girişimleri
4. Sosyal faaliyetleri, hobileri, başka zevk verici aktiviteleri azaltmak ya da terk etmek
5. Maddeye bağlı ya da madde kullanımıyla artan fiziksel ya da psikolojik problemler yaşamasına rağmen kullanmaya devam etmek.
6. Tolerans gelişmesi
7. Yoksunluk belirtileri

Sigara bağımlılığının derecesi klinik uygulamalarda Fagerstörm Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile belirlenmektedir (Heatherton 1991). FNBT Tablo.3'de

gösterilmiştir. Bu test 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından Fagerström Tolerans Testi'nin düzeltilmiş şeklidir (Fagerstrom 1989). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin, Fagerström Tolerans Testi'ne göre tutarlılığının daha iyi ve daha kolay yanıtlanabilir olduğu belirtilmiştir (Demir 2008). Ülkemizde 2004 yılında yapılan çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin güvenilirliğinin orta derecede olduğu tespit edilmiş ve Türkiye'de sigara bırakma kliniklerince uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Bu testte, kişinin içtiği sigara miktarı ve sigara içmeden belli bir süre durabilme derecesinin incelendiği görülmektedir (Uysal 2004).

Tablo 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (Heatherton 1991)

Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

- **a.** Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan)
- **b.** 6- 30 dakika içinde (2 puan)
- **c.** 31- 60 dakika (1 puan)
- **d.** 1 saatten fazla (0 puan)

Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- **a.** Evet : (1 puan)
- **b.** Hayır: (0 puan)

Soru 3: İçmeden duramayacağınız bir deyişle vazgecemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- **a.** Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan)
- **b.** Diğer herhangi biri (0 puan)

Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

a. 10 adet veya daha az (0 puan)

b. 11-20 (1 puan)

c. 21-30 (2 puan)

d. 31 veya daha fazlası (3 puan)

Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içermisiniz ?

a.Evet (1 puan)

b.Hayır (0 puan)

Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ?

a.Evet (1 puan)

b.Hayır (0 puan)

Toplam skorlama

0-2: Çok az bağımlılık

3-4: Az bağımlılık

5: Orta derecede bağımlı

6-7: Yüksek bağımlılık

8-10: Çok yüksek bağımlılık

2.11. Sigara Bırakma Tedavilerine Genel Yaklaşım

Sigara içme davranışı insanların sonradan edindikleri bir davranış olmasından dolayı bu davranışından vazgeçilmesi de mümkündür. 2012 yılında ülkemizde yapılan Küresel Tütün Araştırması sonuçlarına ülkemizde, 15 yaş üstü bireylerin; 2008 yılında %31.3'ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27'ye düşmüştür. Yaş gruplarına göre tütün ve tütün mamulü kullananlar incelendiğinde, en çok 25-34 ile 35-44 yaş grubundaki bireylerin her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamulü kullandıkları belirlenmiştir. Halen her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamulü kullanan 15 yaş üstü bireylerin son 12 ay içerisinde tütün ve tütün mamulü kullanmayı bırakmaya teşebbüs eden kadınların oranı 2008 yılında %40.8 iken, 2012 yılında bu oran %44.9'a yükselmiştir. Aynı oran erkekler için %40.5'ten %41.8'e yükselmiştir (KYTA 2012).

Sigaranın bıraktırılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından biri farmakoterapi, bir diğeri ise ilaç dışı olarak tanımlanan davranışsal danışmanlık hizmetinden oluşan destek tedavisidir. Her iki yaklaşımda tedavide tek başına etkili olup, iki yöntem bir arada uygulandığında sigara bırakma oranları artmaktadır (Pechacek 2007).

2.11.1. İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri

İlaçsız sigara bırakma müdahaleleri bireye veya topluma yönelik olarak planlanmaktadır. Toplum sağlığı açısından alınabilecek önlemler arasında topluma yönelik eğitim programları, sigaranın fiyatlarının yükseltilmesi, reklam kısıtlamaları, yasaklama ve diğer kısıtlamalar sayılabilir. Bireysel, ilaç dışı sigarayı bırakmaya yönelik müdahaleler eğitim amaçlı, bilişsel-davranışsal veya motivasyonel olarak sınıflandırılabilir (Akman 2010).

Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi ve sigaranın bırakılması sırasında kişilerin eğitilmesi ve motive edilmelerinde sağlık çalışanları önemli rol üstlenmektedirler. Karşılaşılan her hastaya sigara içme davranışı ve bırakması konusunda sistematik bir yaklaşım gerekmektedir, bu durum bırakmadaki başarı

oranını daha da artırmaktadır (Kanıt düzeyi A) (Smoking and Health, CDC 1994). Sistematik yaklaşım aşağıdakilerden bir veya daha fazlasını içermelidir;

- Sigarayı bırakmak için kısa tavsiyeler
- Sigara içenlerin bırakma konusundaki bilgilerinin ve tutumlarının değerlendirilmesi
- Uygun olan durumlarda danışmanlık hizmeti ve farmakoterapinin verilmesi
- Yardım malzemelerinin sağlanması

Sigara bağımlılığı ile mücadelede davranış değişikliği girişimleri etkindir ve standart tıbbi uygulamaların destekleyici bir parçası olarak uygulanmalıdır. Girişimler kısa önerilerden belirli kişiler tarafından yürütülen geniş kapsamlı programlara kadar çeşitlilik göstermektedir (West 2000).

Kısa tavsiyeler; sağlık personelinin ve sağlık hizmeti sunmak üzere oluşturmuş sistemler her zaman, sigara içen bireylerin belirlenmesi ve sigara içme durumlarının tespit edilmesiyle başlar. Sigara bağımlılarının etkin bir şekilde tespit edilmesinden sonra hekim tarafından yapılan 3-5 dakikalık kısa önerilerle % 3-5 dolaylarındaki bir yıllık yardım almadan sigara bırakma oranının % 5.5-7.5'e yükseldiği gösterilmiştir. Bu nedenle hekimlere sağlık sorunları nedeniyle başvuran sigara bağımlılarına, her seferinde sigarayı bırakmaları konusunda telkinde bulunulmasının yerinde olacağı tavsiye edilmektedir (Kanıt düzeyi A) (Akman 2010).

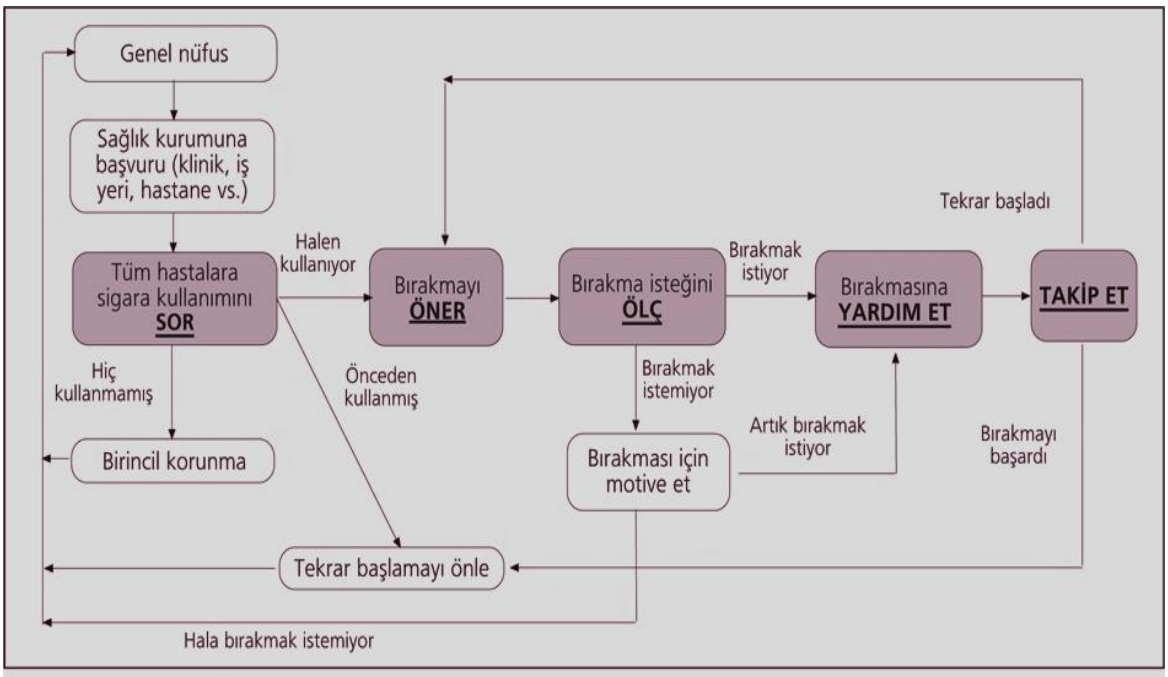
Davranışsal girişim desteği, bırakma oranlarının artışına olumlu oranda katkıda bulunmakta, diğer tedavilerle birlikte veya tek başına kullanımı önerilmekle birlikte literatürde bu tür kullanım yöntemlerine ilişkin farklılıklar gösteren sigara bırakma oranları yer almaktadır. Nikotin replasman tedavisine ilave olarak davranış eğitimi verilmesinin sonucunda başarı oranlarının % 17-35 arasında değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Tek başına eğitim için bir yıllık takip sonunda sigara bırakma oranı ortalama olarak %25, grup terapisinde %28, hekim danışmanlığı ve yönlendirme sonucunda ise % 6- 43 arasında değişiklik gösteren bırakma oranları bildirilmektedir. Davranışsal destek programları sigara içme isteği ve cazip gelen durumları belirleme, motivasyonu artırma, sosyal destek sağlama, nikotin yoksunluk belirtilerinin yönetimi

gibi yaklaşımları kapsamaktadır (Rigotti 2012). Bu nedenle standardize edilen iki model geliştirilmiştir.

1. Basamak Tedavi Modeli

Amerikan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı'nın sigarayı bıraktırmaya yönelik klinik pratik kılavuzunda tütün kullanımı ve bağımlılığı için basamaklı tedavi modeli önerilmiştir. Basamaklı tedavi modeli Şekil 1'de gösterilmiştir. Bu modelin ilk basamağını, sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların sigara kullanımlarının sorgulanması oluşturmaktadır. Eğer hasta sigara kullanmaktaysa ikinci basamakta hastaya bu alışkanlığını bırakması tavsiye edilmelidir (Öner). Eğer daha önce sigara kullanmış, bırakmışsa tekrar başlamaması için uyarılmalı ve telkinlerde bulunulmalıdır. Hastanın bırakma kararlılığı ve nikotin bağımlılık düzeyi ölçülmelidir (Ölç). Hasta sigarayı bırakmak istediğini ifade ediyorsa danışmanlığın yanında ilaç tedavisi uygulanarak yardım edilmelidir (Önderlik et). Daha sonraki seviyede hasta takip planı yapılarak relaps açısından takip edilmelidir (Örgütle). Hastanın eğer sigarayı bırakmak gibi bir niyeti olmadığı gözlenirse yine de bırakması için motive edilmeli ve ilerleyen zamanlarda bırakmak istediğinde tekrar yardımcı olunmalıdır (Özge 2014).

Şekil 1. Birinci Basamakta Tütün Kullanımı ve Bağımlılığı için Tedavi Modeli



Terket Modeli

Terket modeli özetlenmiş özgün tavsiyeler bütünü olup sigarayı bırakma ve sonrasında tekrar başlamasının önlenmesine yönelik motivasyonu arttırıcı bir etki sağlamaktadır (West 2000). Sigarayı bırakma motivasyonunun korunması için düzenlenmiş terket yaklaşımı şu maddeleri içermektedir:

Tüm etkileri gözden geçirme: Sigarayı bırakmanın hastanın kendisiyle ne kadar ilişkin olduğunu farketmesinin sağlanması

Riskleri vurgulama: Hastadan, sigaranın kendi sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymasını istenmesi

Kazançları vurgulama: Hastadan sigarayı bırakmanın yararlarını sıralamasının istenmesi

Engelleri belirleme: Hastadan sigarayı bırakmayı engelleyen faktörleri ve zorlukları saptamasının istenmesi

Tekrarlama: Yeterince motive olamayan veya sigaraya tekrar başlayan hastalarda terket yaklaşımının tekrarlanması.

Motivasyonel görüşme; kişilerin davranış değişikliğini hedefleyen, kendi belirsizliklerini keşfederek çözmelerine yardımcı olmaya yönelik bir danışmanlık tekniğidir. Miller ve Rollnick tarafından geliştirilmiş, birçok araştırmada etkin olduğu kanıtlanmış bir yöntemdir. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan kişilerde faydalı bir yöntemdir. Sigara bırakma yaklaşımı olarak motivasyonel görüşmeyi, hekim tavsiyesi veya standart yaklaşım ile karşılaştıran 14 çalışmalık bir analizde aile hekimleri tarafından uygulanan motivasyon arttırıcı görüşmenin daha etkili olduğu bildirilmiştir (Lai 2010).

Motivasyonel görüşme sigara bırakma sürecinde ‘değişim döngüsünün’ her basamağında olmalıdır. Değişim döngüsü Şekil 2’de gösterilmiştir. ‘Değişim döngüsünün’ basamakları (düşünme öncesi dönem, düşünme dönemi, karar verme, eyleme dönüştürme, relaps ve sürdürme) sigara bırakmayı düşünme ile sigarayı bırakmada başarıya ulaşma veya gelecekte tekrarlama ve yeniden başlamaya kadar olan sürecin tümü vurgulanır. Kısa süre içinde sigarayı bırakan pek çok sigara içicisi, sigaraya tekrar başlamaktadır (relaps). Bu aşamada sigarayı yeniden bırakması için tekrar başlamış olan hastayı bırakabileceğine inandırmak son derece önemlidir.

Burada amaç yeniden bırakmayı sağlamak değil, içiciyi bırakma girişimine yakınlaştırmaktır. Kullanıcılardan bir kısmı basamakları hızla çıkarken, diğer kullancılar için bu uzun zaman alabilir. Değişim döngüsü durağan değildir ve yardım ekibi iyimser aynı zamanda destekleyici olmalıdır (Yaman 2007).

Şekil 2. Sigara Bırakma Sürecinde Değişim Döngüsünün Aşamaları



2.11.2. İlaç Tedavileri

Kullanıcıların, sigara bırakması sonrasında, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, tedavi başarısı için en önemli engeldir. Günümüze kadar kullanılan farmakoterapi yöntemlerinde amaç, nikotin yoksunluğunu ve belirtilerini önlemektir. Bugün tüm kılavuzlarda bulunan ve TC. Sağlık Bakanlığı ve Amerikan İlaç Kurumu (FDA) onaylı iki tür farmakolojik tedavi yöntemi vardır; nikotin replasman tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapi. FDA, farmakoterapinin sigara bağımlılığının tedavisi için güvenli ve etkili yöntemler olduğunu onaylamıştır. İki grubunda sigara bırakmadaki etkisi benzerdir. İki tedavi seçeneği arasındaki seçim tedavi için kontrendikasyon varlığına, hastanın isteğine ve nikotin bağımlılık derecesine göre yapılır (Kanıt düzeyi A) (Basharut 2013).

Farmakoterapinin sigara bırakmada etkili olduğunu destekleyen dört önemli faktör ileri sürülmüştür. İlk olarak farmakoterapi ile sigara bırakmak isteyenlerin, diğer gruplara göre motivasyonları hayli yüksektir. Çünkü hasta ilaç kullanımını kabul etmesiyle yapılacak kan tetkiklerini, ilacın yan etkilerinin saptanması için bir sonraki görüşmeyi kabul etmiş demektir. Bu da hastanın kontrol için görüşmeye katılmasını sağlamaktadır. İkinci olarak danışmanlık ile farmakoterapinin birlikte sunulduğu gruplarda sadece danışmanlık sunulan gruplara göre sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Üçüncüsü danışmanlık ve destek tedavisi veren kişiye göre değiştiği halde farmakoterapi standardize edilmiştir. Dördüncü faktör ise madde bağımlılığı, davranış bozukluğu bulunanlarda sigara içme oranlarının yüksek olduğu düşünülürse hastaların poliklinik ortamında diğer hastalıklarının da değerlendirilmesi için fırsat oluşmaktadır (Schroeder 2012).

Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin replasman uygulaması kandaki nikotinin seviyesi korunarak sigara içme semptomlarının şiddetini en aza getirme yoluyla etkili olur. Tedavi sigara bırakma ile ilişkili kesilme semptomlarını, sigara içme isteğine direnmeye yardımcı olarak azaltır (Yaman 2007). NRT, kişide yüksek ya da orta derecede nikotin bağımlılığı saptanırsa, günde 15 taneden fazla sigara içiyorsa ya da hafif derecede bağımlı olmasına karşın sigara bırakmak için denediği diğer yöntemler fayda etmemişse uygulanır (Önen 2010).

Sigara bırakmada NRT'nin etkinliğiyle ilgili yapılan bir meta-analizde, NRT kullanan ve en az altı aylık bir yoksunluk dönemi bildiren çalışmalarda bırakma oranı tedavi almayan veya plasebo verilmiş çalışmalara göre 1.71 kat daha yüksek olarak tespit edilmiş, yöntemler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (nikotin sakızı 1.61, bant 2.07, sprey 2.92, inhaler 3.05). Bu nedenle seçim hastanın tercihi ile belirlenmelidir. Çalışmanın diğer sonuçları ise nikotin bağımlılık düzeyinin ve ek olarak kullanılan diğer yöntemlerin bırakma oranlarını değiştirmediğidir. Ayrıca nikotin bandı ve kombinasyon tedavileri karşılaştırıldığında nikotin bandı ve kısa etkili nikotin replasman ürünlerinin uzun süreli kullanımının tek başına nikotin bandı (OR 1.9; % 95 güven aralığı 1.3- 2.7) veya nikotin bandı ve bupropion SR (OR 1.3; % 95 güven aralığı 1.0- 1.8) kombinasyonuna göre daha faydalı olduğu gösterilmiştir (63). Ancak bir Cochrane sistematik derlemede ise sadece NRT ile sigarayı bırakanların % 93'ünün altı ay içinde tekrar sigaraya başladığı bildirilmiştir. NRT ve diğer ilaç

tedavilerin davranışsal destek programlarıyla etkili olduğu ifade edilmiştir (Basharut 2013).

Nikotin sakızı sigara bıraktırmada ilk kullanılan NRT yöntemlerden biridir. Sakız çiğnendiğinde iyon değişimi aracılığıyla nikotin salınır. Açığa çıkan nikotin bukkal mukoz membranlarından emilir. Günümüzde iki ve dört miligram olmak üzere iki sakız formu bulunmaktadır. Nikotin sakızının gastrik yan etkileri, kafein ve asitli yiyeceklerle emiliminin bozulması, bağımlılığın sakıza geçmesi sebebiyle kullanımı sınırlı olmuş, transdermal bant, intranazal sprey ve inhalerler geliştirilmiştir (Ülger 2009).

Nikotin bantı, nikotinin banttan transdermal yolla gün boyunca yavaş sabit salınımıdır (Ülger 2009). Nikotin bantları çeşitli şekil ve ebatlarda bulunabilirler. 16 saat süreyle takılırlar ve kullanılan banta bağlı olarak 10–52.5 mg arası nikotin sağlarlar. Ağır bağımlılılar için yüksek doz nikotin bantları daha etkilidir. Toplam kullanım süresi 6-12 hafta arasındadır (Yaman 2007). Avrupa'da yapılan bir çalışmada yüksek doz nikotin bandı kullanımı ile sigara bırakmada uzun vadeli başarı sağlandığı ancak 12 haftadan uzun süre verilen tedavilerde başarı oranının değişmediği görülmüştür (Tunnesen 1999). Bant kullanımına bağlı görülebilen yan etkiler ise cilt duyarlılığı ve tahriştir (Yaman 2007).

Nikotin intranazal spreyleri NRT'nin diğer formlarından daha fazla tek sigarayla alınan nikotinin farmokokinetiğini taklit eder. Yan etkileri burun ve boğaz tahrişi, öksürük ve ağızda yanmadır (Yaman 2007).

Nikotinin tablet formları 12 ayın sonunda sigara bağımlısı bireylerde ortalama % 17'lik bırakma oranı sağlar. Nikotin tabletleri alındıktan 30 dakika sonra alınan doza göre 2 ya da 4 mg nikotin dozu sağlar. Boğaz ağrısı, ağızda yanma hissi, öksürük, kuru dudaklar ve ağız ülserleri gibi yan etkileri görülebilir (Yaman 2007).

Literatürde yer alan bilgiler ele alındığında yaş gruplarında özelliklede yaşlı popülasyonda sınırlı veriler olmasına karşın sigara bırakma tedavilerinde üzerinde en çok çalışılan ve etkili olduğu belirtilen yöntem NRT'dir (Philip 2015). Nikotin replasmanı üzerine en büyük çalışma Güney Kore'de yapılmıştır. 2004-2009 yılları arasında 253 halk sağlığı merkezince yürütülen bir programla 60 yaş üstü erkek popülasyon için hem danışmanlık hizmeti hem NRT verilmiş ve takipte başarı oranı

%57 olarak tespit edilmiştir. Bu şimdiye kadar yapılmış en yüksek başarı oranına sahip çalışmadır (Kim 2013).

Bupropion

Tütün bağımlılığı tedavisinde bupropion etkisi bilinen ilk nikotinik olmayan antidepresan bir ilaçtır. Bupropion, seçici nöradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörüdür. 1985 yılında Amerika İlaç ve Gıda Örgütü (FDA) bupropionun hızlı salınımlı formunu, ikinci kuşak antidepresan olarak onaylamış, 1996 yılında da sürekli salınımlı formunu onaylamıştır. Günde iki kez kullanılan sürekli salınımlı formunun nöbet insidansı % 0.1 olarak belirlenmiş olup, nörolojik toksisiteye neden olduğu gözlenmiştir. 2003 yılında bupropionun hızlı ve sürekli salınımlı formunun yan etkilerinden dolayı FDA tarafından günde tek doz kullanılan yavaş salınımlı formunun kullanımı onaylanmıştır. Yavaş salınımlı formuna bağlı olarak nöbet çok nadir bildirilmiştir (Dedeoğlu 2011).

Nikotin ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler, beyin sapından nükleus akkumbense uzanan ödül döngüsünde rol alan dopamin (DA) salgılayan nöronları aktive eder. Bupropionun, bu nöronların DA salgısını azaltarak ödül döngüsünü inhibe ettiği ve sigara içme isteğini azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca sigara bırakma sürecinde kilo alımını da engeller (Doğan 2005).

Bupropion SR (sustained release-sürekli salınım) ve nikotin bandının ayrı ayrı ve birlikte kullanımının etkinliğini değerlendirmek üzere planlanan Jamerson ve arkadaşlarının çok merkezli 1 yıllık çalışmasında, tedavinin ilk üç haftasında başarısız olan hastalarda tek başına bupropion SR ya da nikotin bantı ile kombinasyonu, kısa ve uzun dönem sigara bırakma oranı plasebo ya da yalnız nikotin bantı kullanımına göre anlamlı derecede farklıdır (Doğan 2005).

Literatür incelemelerinde yaşlılarda sigara bırakma tedavileri arasında salt bupropion odaklı makale bulunmamaktadır.

Vareniklin

Bupropion ve nikotin replasmanı tedavisi dışında etkisi kanıtlanmış diğer bir ilaç vareniklindir. Vareniklin bir nikotinik asetilkolin reseptör parsiyel agonistidir. Vareniklin α4β2 nikotinik asetilkolin reseptörleri üzerindeki intrinsik parsiyel aktivasyonu yoluyla, nikotin yoksunluğu döneminde meydana gelen mezolimbik sisteminde dopamin düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Bu sayede nikotin yoksunluk semptomlarını düzelttiği ileri sürülmektedir. Ayrıca sigara kullanımı sırasında görülen dopamin yükselmesi ilacın α4β2 nikotinik asetilkolin reseptörlerine yarışmalı (parsiyal agonist) bağlanması sayesinde dopamini düşürür. Böylece ilacın sigara içme isteğini azalttığı bildirilmektedir (Akvardar 2012).

Vareniklin ile 3.ayın sonuna doğru sigara bırakma oranları % 23 ile % 29.7 arasında bildirilmiştir. Kronik obstruktif akciğer hastalığı olan hastalarda plasebo kontrollü vareniklin ile yapılan bir çalışmada 9-12. haftalar arasında vareniklin ile % 42.3, plasebo ile % 8.8 bırakma oranları bildirilmiştir. Diğer bir araştırmada ise vareniklin ile bırakma başarısı 24.haftanın sonunda % 49.5 olarak bulunmuştur (Argüder 2013). Vareniklinin 12 haftalık kullanımından sonra 12 hafta daha kullanılmasının ardından 52 haftaya kadar yapılan izlemlerde tekrar başlama oranlarını anlamlı derecede azalttığı tespit edilmiştir. Sigarayı bırakma da başarı oranları 24 haftada vareniklin grubunda % 70.5 iken, plasebo grubunda % 49.6 ve 52 haftada vareniklin grubunda % 43.6, plasebo grubunda % 36.9 bulunmuştur. Aynı araştırmada vareniklin, plasebo grubuyla yan etkiler değerlendirilmek üzere karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Dilbaz 2002). Vareniklinin 12 haftalık kullanımının bupropion ve plaseboyla karşılaştırıldığı bir diğer araştırmada 52 haftanın sonunda sigara bırakma oranları vareniklin için % 21.9, bupropion için % 16.1 ve plasebo için % 8.4 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada en fazla bildirilen yan etki vareniklin kullananların %28.1'inde bulantı, bupropion kullananların %21.9'unda uykusuzluk olarak tespit edilmiştir. Vareniklin ve bupropionun kullananlarda gözlenen etkilerin karşılaştırıldığı geniş çaplı derlemede 52 haftalık izlem sonucunda vareniklin kullanımı sonunda sigara bırakmayı devam ettirme durumunun bupropiona göre 1.52 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (Çan 2006).

Vareniklin tedavisinde doz, bupropion tedavisine benzer şekilde, aşamalı olarak yükseltilerek başlanır, ilk üç gün için başlangıç dozu 0.5 mg günde tek doz şeklinde

uygulanır. Sonraki dört gün için doz günde iki kez 0.5 mg'a çıkarılır. Takip eden günlerde ise günde iki defa 1 mg şeklinde tedavi 12 haftaya tamamlanır. Bazı durumlarda tedavi süresinin 24 haftaya çıkarılması gerekebilir. Bulantı vareniklin`e bağlı ortaya çıkan yan etkidir. Daha nadir olarak uykusuzluk, anormal rüya görme, ağızda tat değişikliği, gaz çıkarma, kusma görülmektedir (Akvardar 2012).

Vareniklinin, FDA tarafından en son onaylanan ilaç olması nedeniyle NRT ve bupropion kadar üzerinde yeterince çalışılamamamıştır (Philip 2015). Dolayısıyla yaşlılarda sigara bırakma tedavileri içindede hakkında yeterince veri bulunmamaktadır. Buna rağmen tolerabilite ve güvenilirlik adına üzerinde test yapılmıştır (Burstein 2006). Sigara içen ve içmeyen yaşlılarda güvenli ve iyi tolere edildiği belirlenmiştir (Zhao 2011). Sigara içen normal böbrek fonksiyonları olan genç ve yaşlı popülasyonda benzer farmokokinetik etkiler gösterdiğinden doz kısıtlanmasına gerek duyulmamıştır (Burstein 2006).

2.12. Sigara Bıraktırma Polikliniklerinde Hasta Yönetimi

Sigara bıraktırma poliklinikleri sigarayı bırakmayı amaçlayan tüm bireylere yoğun bir tedavi rejiminin uygulandığı alanında uzmanlaşmış polikliniklerdir. Sigara bıraktırma polikliniğine başvurmadan sigara bırakma olasılığının %3-5 olduğu görülürken poliklinik yardımı ile bu oranın %40'lara yükseldiği görülmektedir. İngiliz kılavuzunda sigara bıraktırma tedavilerinin yüksek oranda maliyet-etkin olduğu söylenilmektedir (West 2000). Ayrıca DSÖ Avrupa temsilciliğinin kanıta dayalı sigara bıraktırma tedavi tavsiyelerinde birinci basamak tedavinin maliyet etkinliği oranlarının yüksekliğine dikkat çekilerek hem kamu hem de özel sigortalarca karşılanması tavsiye edilmektedir. Türkiye'de sigara bıraktırma tedavi kliniklerinin birinci basamakta yeterince yer almadığı bilinmektedir. Geçmiş yirmi yıl içinde özel sigara bıraktırma poliklinikleri açılmıştır (Karlıkaya 2006).

Bu polikliniklere başvuran hastalarla yapılan ilk görüşmede hekim hastanın genel sağlık durumunu değerlendirdikten sonra sigara bıraktırma yöntemleri konusunda hastayı bilgilendirir ve luzum halinde uygulanabilecek farmakolojik tedavi hakkında hastaya yol gösterir. Bu polikliniklerde sigara bıraktırma alanında yetişmiş hekim, hastaya psikososyal destek ve davranış değişikliği eğitimi açısından destek olur. Mevcut imkanlar ile hastalara broşür, kitapçık ve buna benzer materyaller verilebilir (Uzaslan 2003).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Bu araştırma, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı Sigara Bırakma polikliniklerinde 1.3.2015-1.3.2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu çalışma, sigara bırakmak üzere başvuran yaşlı ve genç popülasyonun özelliklerini, sigarayı bırakma durumlarını incelemek üzere yapılan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Çalışma Mart 2015- Mart 2016 tarihleri arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sigara Bırakma Polikliniklerine başvuran hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu 12 aylık dönemde toplam 1028 kişi başvurmuştur. Bu 1028 kişiden %11.9'u (n=123) ilk randevuda eğitim semineri ve/veya bireysel yüz yüze görüşmeden sonra programa devam etmemiş, kendilerine telefon ile de ulaşılamadığından izlenememişler ve bu nedenle sigara bırakma analizine dâhil edilmemişlerdir. Araştırma kapsamına sigara bırakmak üzere başvuran 1028 kişiden %88'i (n=905) alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Tanımlanan Değişkenler

- Sigara bırakma yüzdesi

Tanımlayıcı Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Çalışma durumu
- Günlük içilen sigara sayısı

- Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi skoru
- Başlama nedeni
- Kaç yıl sigara içildiği
- Sigaraya başlama yaşı
- Evde sigara içen başka kişilerin varlığı,
- İş yerinde kapalı alanda sigara içilip içilmediği
- Daha önceki bırakma deneyimi
- Daha önce denenen bırakma yöntemi
- Sigarayı bırakmama nedeni / bahsedilen zorluklar
- Sigara bırakmayı isteme nedeni
- Önerilen destek tedavi türü
- Önerilen tedavi ile ortaya çıkan yan etkiler
- Başvuru tarihi

3.4. Araştırmada Kullanılan Tanımlamalar

İzlenenler: Sigara bırakmak üzere başvurup fizik muayenesi yapılan kan tahlilleri, akciğer filmi EKG'si değerlendirilen ardından yüz yüze görüşme ile sigara bırakma tarihi ve kontrol tarihi gerekli ise kullanılacak farmakolojik destek tedavi türü belirlenen telefon yoluyla sigara bırakma tedavi sonuçları değerlendirilen kişilerdir.

İzlenemeyenler: İlk randevuda yüz yüze görüşmeden sonra programa devam etmeyen, kendilerine telefon ile ulaşılamayan kişilerdir.

Sigara bırakma: Kendi ifadelerine (self reported) göre kesintisiz minimum 2 ay süresince sigara içmemiş olan kişiler sigarayı bırakmış olarak kabul edilmiştir (Kim 2013, Günay 2014). Araştırmalar belirlenen sigara bırakma tarihinden sonraki ilk iki hafta içinde sigara içmemenin 1 yıllık başarı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Sigara bırakmayı sürdürme: Kendi ifadelerine göre kesintisiz olarak 2 ay sigara içmemiş olan kişilerin sigarasız kalmayı sürdürmeleri.

Tekrar sigara içme: Kendi ifadelerine göre kesintisiz iki ay süresince sigara içmemiş olan kişilerin günde en az 1 sigara içmeye başlaması.

Yaşlı popülasyon: 60 yaş ve üzeri, genç popülasyon: 60 yaş altı olarak isimlendirildi (Birleşmiş Milletler Asgari Sınır Yaşı), (UN World population ageing 2013).

3.5. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen veriler, 1. Tip hata (α) 0.05 alınarak SPSS 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Eldeki veriler incelenirken betimsel istatistikler kullanılmış olup, sonrasında istatistiksel testlerden hangisinin veri girişine uygun olduğunu belirlemek için normallik testi yapılmıştır. Niteliksel verilerde gruplar arası bağımlılık incelenirken Ki-Kare testi kullanılmıştır. İki örneklem sürekli verilerde Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmamızda, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Aile hekimliği ana bilim dalına bağlı sigara bırakma polikliniklerine, Mart 2015-Mart 2016 tarihleri arasında başvurmuş olan 905 birey değerlendirildi. Çalışmamıza katılan bireylerin %80.8'i erkek (n=732), %19.2'si kadın (n=173) idi. Bireylerin %77.4'ü evli (n=701), %22.6'sı bekar (n=204) idi. Çalışmamızı oluşturan bireylerin, %4.8'i öğrenci (n=44), %13.4'ü emekli (n=121), %15.4'ü işçi (n=138), %21.9'u memur (n=200), %20'si esnaf/serbest çalışan (n=181), %14'ü ev hanımı (n=127), %3.8'i sağlık çalışanı (n=34), %6.7'si işsiz (n=60) idi. Aynı çalışma grubunun, %0.8'i okuryazar olmayan (n=7), %1.7'si okuryazar (n=15), %39.3'ü ilkokul mezunu (n=356), %20.0'ı ortaokul mezunu (n=181), %22.8'i lise mezunu (n=206), %15.4'ü üniversite mezunu (n=139) idi. Çalışmaya katılan grubun sosyodemografik özelikleri Tablo 4.1.1`de verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Çalışmaya Dahil Edilen Grubun Sosyodemografik Özelikleri (n=905)

Sosyodemografik özellik		**(n)**	**%**
Cinsiyet	Kadın	173	19.2
	Erkek	732	80.8
Medeni durum	Evli	701	77.4
	Bekar	204	22.6
Meslek	Öğrenci	44	4.8
	Emekli	121	13.4
	İşçi	138	15.4
	Memur	200	21.9
	İşsiz	60	6.7
	Ev hanımı	127	14
	Esnaf /serbest çalışan	181	20.0
	Sağlık çalışanı	34	3.8
Öğrenim Durumu	Okuryazar olmayan	7	0.8
	Okuryazar	15	1.7
	İlkokul mezunu	356	39.3
	Ortaokul mezunu	181	20.0
	Lise mezunu	206	22.8
	Üniversite mezunu	139	15.4

Tablo 4.1.2. Sigara İçme Davranışlarının Cinsiyet ile Karşılaştırılması (n=905)

	Cinsiyet	
	Erkek (n=732)	**Kadın (n=173)**
	(Ort±SH)	**(Ort±SH)**
Yaş	39.29±0.51	41.53±0.89
FNBT	6.36±0.08	6.71±0.18
İlk sigara içme yaşı	15.48±0.15	19.13±0.43
Kaç yıl sigara içildiği	22.53±0.48	20.76±0.73
Günlük içilen sigara adedi	25.35±0.39	22.35±0.71

Ort: Ortalama SH: Standart Hata FNBT: Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

Çalışma grubunda bulunan bireylerin sigara içme durumları cinsiyet ve medeni durum açısından değerlendirildiğinde, kadın nüfusun yaş ortalaması 41.53±0.89, ortalama bağımlılık skoru 6.71±0.18, ilk sigara içme yaş ortalaması 19.13±0.43, ortalama günlük sigara içme adedi 22.35±0.71, ortalama sigara içme yılı 20.76±0.73 idi. Erkek nüfusun yaş ortalaması 39.29±0.51, ortalama bağımlılık skoru 6.36±0.08, ilk sigara içme yaş ortalaması 15.48±0.15, ortalama günlük sigara içme adedi 25.35±0.39, ortalama sigara içme yılı 22.53±0.48 idi (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Sigara İçme Davranışlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması (n=905)

	Medeni durum	
	Bekar (n=204)	**Evli (n=701)**
	(Ort±SH)	**(Ort±SH)**
Yaş	30.38±0.95	42.43±0.45
FNBT	6.19±0.16	6.50±0.09
İlk sigara yaşı	15.68±0.30	16.32±0.18
Kaç yıl sigara içildiği	13.90 ± 0.39	24.61±0.44
Günlük içilen sigara adedi	23.32±0.71	25.20±0.39

Ort: Ortalama SH: Standart Hata FNBT: Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

Çalışmamızda evli hastaların yaş ortalaması 42.43±0.45, ortalama bağımlılık skoru 6.50±0.09, ortalama günlük içilen sigara adedi 25.20±0.39 ve ortalama içme yılı 24.61±0.44 idi. Bekar hastaların yaş ortalaması 30.38±0.95, ortalama bağımlılık skoru 6.19±0.16, ortalama günlük içilen sigara adedi 23.32±0.71, ortalama içme yılı 13.90± 0.39 idi (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4. Sigara İçme Davranışlarının Çalışmaya Dahil Edilen Tüm Hastalarda Hesaplanan Ortalama Değerleri (n=905).

	(Ort±SH) (n=905)
Yaş	39.71±0.44
FNBT	6.43 ±0.08
İlk sigara içme yaşı	16.17 ±0.15
Kaç yıl sigara içildiği	22.19±0.42
Günlük içilen sigara adedi	24.78±0.34

Ort:Ortalama SH:Standart Hata FNBT: Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

Çalışma grubunu oluşturan hastaların, yaş ortalaması 39.71±0.44, ilk sigara içme yaş ortalaması 16.17±0.15, ortalama FNBT puanı 6.43±0.08, ortalama günlük sigara içme adedi 24.78±0.34, ortalama sigara içme yılı 22.19±0.42 idi (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.5. Sigarayı Bırakan ve Bırakmayan Grubun Sigara İçme Davranışlarının Karşılaştırılması (n=905)

	Tedavi ile sigara bırakma durumu	
	Evet	**Hayır**
	(Ort±SH) (n=376)	**(Ort±SH) (n=529)**
Yaş	42.07±0.71	38.04±0.56
FNBT	6.34±0.12	6.49±0.10
İlk sigara içilme yaşı	16.55±0.27	15.91±0.18
Günlük içilen sigara adedi	24.48±0.50	24.98±0.47
Toplamda içilen yıl	25.52±0.49	22.13±0.37

Ort:Ortalama SH:Standart Hata FNBT: Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

Çalışma grubu, sigarayı bırakan grup (grup 1) ve bırakmayan grup (grup 2) olarak 2'ye ayrıldığında, tedavi ile sigarayı bırakan grubun (grup 1) yaş ortalaması 42.07±0.71, ortalama bağımlılık skoru 6.34±0.12, ilk sigara içme yaş ortalaması 16.55±0.27, ortalama günlük sigara içme adedi 24.48±0.50, toplam sigara içilen yıl ortalaması 25.52±0.49 idi. Sigara bırakamayan grubun (grup 2) yaş ortalaması 38.04±0.56, ortalama bağımlılık skoru 6.49±0.10, ilk sigara içme yaş ortalaması 15.91±0.18, ortalama günlük içilen sigara adedi 24.98±0.47, toplam sigara içilen yıl ortalaması 22.13±0.37 idi (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.6. 60 Yaş Altı ile 60 Yaş ve Üzeri Hastalarda Sigara İçme Davranışlarının Karşılaştırılması (n=905)

	Yaş grupları	
	60 yaş altı (n=799)	**60 yaş ve üzeri (n=106)**
	(Ort±SH)	**(Ort±SH)**
Yaş	36.50±0.37	63.91±0.35
FNBT	6.43±0.08	6.43±0.23
İlk sigara içme yaşı	15.89±0.15	18.27±0.69
Kaç yıl sigara içtiği	19.42±0.36	43.07±0.76
Günlük içilen sigara adedi	24.88±0.37	23.96±0.96

Ort:Ortalama SH:Standart hata FNBT: Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

Çalışmaya dahil edilen hastaların %88.2'si 60 yaş altında (n=799), %11.8'i 60 yaş ve üzerinde (n=106) idi. Sigara içme durumları bu iki grupta karşılaştırıldığında 60 yaş altı grupta yaş ortalaması 36.50±0.37, sigaraya başlama yaş ortalaması 15.89±0.15, ortalama bağımlılık skoru 6.43±0.08, toplamda sigara içilen yıl ortalaması 19.42±0.36, ortalama günlük içilen sigara adedi 24.88±0.37 idi. 60 yaş ve üstü grupta yaş ortalaması 63.91±0.35, sigaraya başlama yaş ortalaması 18.27±0.69, bağımlılık skoru 6.43±0.23, sigara içme yılı ortalaması 43.07±0.76, günlük içilen sigara adedi 23.96±0.96 idi (Tablo 4.1.6).

Tablo 4.1.7. Çalışmamızda Bireylere Verilen Tedavi Türünün Sınıflandırılması (n=905)

Verilen tedavi türü	Tedavi verilen kişi sayısı (n=905)	
	(n)	%
NRT	26	2.9
Vareniklin	188	20.7
Bupropion	691	76.4

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

Çalışmamız içinde yer alan bireylerin hepsine danışmanlık ve davranışsal terapi verildi. Bunun yanında bireylerin, %2.9'una (n=26) NRT, %20.7'sine (n=188) vareniklin, %76.4'üne (n=691) ise bupropion tedavisi önerildi (Tablo 4.1.7).

Tablo 4.1.8. Yaş Gruplarında Verilen İlaç Tedavilerinin Sınıflandırılması (n=905)

Verilen ilaç tedavisi	Yaş grupları			
	60 yaş altı		60 yaş ve üzeri	
	(n=799)	%	(n=106)	%
Bupropion	627	78.5	64	60.4
Vareniklin	147	18.4	41	38.7
NRT	25	3.1	1	0.9

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

Çalışmamız içinde verilen tedavi yöntemlerinin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; 60 yaş altı bireylerin %78.5'ine (n=627) bupropion, %18.4'üne (n=147) vareniklin, %3.1'ine (n=25) NRT önerilirken, 60 yaş ve üzeri bireylerin, %60.4'üne (n=64) bupropion, %38.7'sine (n=41) vareniklin, %0.9'una (n=1) NRT tedavisi önerildi (Tablo 4.1.8).

Tablo 4.1.9. Çalışmamızda Sigarayı Bırakan Grubun Sigara Bırakma Sürelerine göre Sınıflandırılması (n=376)

Bırakma süresi (ay)	Sigarayı bırakan grup (n=376)	
	(n)	%
2-3	124	33.0
3-4	70	18.6
4-5	37	9.8
5-6	31	8.3
6≤	114	30.3

Çalışmamıza katılan 905 bireyin telefon vasıtasıyla kendi ifadeleri sonucunda %41.5'inin (n=376) en az 2 ay süresince sigara bıraktığı tespit edildi. Çalışmamızda sigarayı bırakan grubun %33.0'ının (n=124) 2-3 ay, %18.6'sının (n=70) 3-4 ay, %9.8'inin (n=37) 4-5 ay, %8.3'ünün (n=31) 5-6 ay, %30.3'ünün (n=114) ise 6 aydan daha uzun süre ile sigarayı bıraktığı tespit edildi (Tablo 4.1.9).

Tablo 4.1.10. 6 Ay ve Üzerinde Sigara Bırakan Bireylerin Verilen İlaç Tedavilerine göre Sınıflandırılması (n=114)

Verilen ilaç tedavisi	6 ay ve üzeri sürede sigara bırakan bireyler (n=114)			
	60 yaş altı (n=100)		60 yaş ve üzeri (n=14)	
	(n)	%	(n)	%
NRT	2	2.0	0	0.0
Bupropion	74	74.0	7	50.0
Vareniklin	24	24.0	7	50.0

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

6 aydan daha uzun süre sigara bırakan bireylerin (n=114), %87.7'si (n=100) 60 yaş altında, %12.3'ü (n=14) 60 yaş ve üzerinde idi. Bu grupta (n=114), tedavi yöntemleri yaş gruplarına dağıtıldığında; 60 yaş altı bireylerin %74.0'ının (n=74) bupropion, %24.0'ının (n=24) vareniklin, %2.0'ının (n=2) NRT kullandığı, 60 yaş ve

üzeri grupta bireylerin %50.0'ının (n=7) vareniklin, %50.0'ının (n=7) ise bupropion kullandığı tespit edildi (Tablo 4.1.10).

Tablo 4.1.11. Sigara İçme Durumlarının Tekrar Sigaraya Başlama (nüks) Durumuna göre Dağılımı (n=376)

	Tekrar sigaraya başlama (nüks) (n=376)	
	Evet (n=119)	**Hayır (n=257)**
	(Ort±SH)	**(Ort±SH)**
Yaş	38.32±1.13	44.00±0.88
FNBT	6.47±0.20	6.28±0.16
İlk sigara içilme yaşı	16.02±0.42	16.80±0.35
Günlük içilen sigara adeti	25.24±0.91	24.11±0.61
Kaç kere bırakılabildiği	0.86±0.08	0.81±0.06

Ort:Ortalama SH:Standart Hata FNBT: Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

Çalışmamızda tedavi ile sigarayı bırakan kişilerin (n=376), %31.6'sının (n=119) tekrar sigara içtiği, %68.4'ünün (n=257) ise tekrar sigara içmediği tespit edilmiştir. Sigarayı bırakıp tekrar sigara içmeyen kişilerin yaş ortalaması 44.00±0.88, ortalama günlük içilen sigara adedi 24.11±0.61, ortalama bağımlılık skoru 6.28±0.16 iken, sigarayı bırakıp tekrar içen kişilerin yaş ortalaması 38.32±1.13, ortalama günlük içilen sigara adedi 25.24±0.91, ortalama bağımlılık skoru 6.47±0.20 olarak tespit edildi (Tablo 4.1.11).

Tablo 4.1.12. Sigarayı Bırakıp Tekrar Sigaraya Başlayan Bireylerin Başlama Nedenlerinin Sınıflandırılması (n=119)

Tekrar sigaraya başlama nedeni	Tekrar sigaraya başlayan birey sayısı (n=119)	
	(n)	%
Stres/üzüntü	40	33.6
Bağımlılık/İrade zayıflığı	26	21.8
Çevre baskısı	25	21.0
Rahatsız olma	15	12.6
İhtiyaç hissetme	13	11.0

Çalışmamız içinde sigarayı bırakan bireylerin, %33.6'sının (n=40) stres/üzüntü, %21.8'inin (n=26) bağımlılık/irade zayıflığı, %21.0'nın (n=25) çevre baskısı, %12.6'sının (n=15) kişinin kendisinin rahatsızlık duyması, %11.0'ının (n=13) ihtiyaç hissetme nedenleriyle tekrar sigaraya başladığı tespit edildi (Tablo 4.1.12).

4.2. İstatistiksel Analizler

Tablo 4.2.1. Sosyodemografik Özelliklerin Sigara Bırakmaya Etkisi (n=905)

Sosyo-Demografik Özellik		Sigara bırakma durumu				p değeri
		Grup 1 Sigarayı bırakan (n=376)		Grup 2 Sigarayı bırakmayan (n=529)		
		(n)	%	(n)	%	
Cins	**Erkek**	305	41.7	427	58.3	0.881
	Kadın	71	41.0	102	59.0	
Medeni Durum	**Evli**	292	41.7	409	58.3	0.903
	Bekar	84	41.2	120	58.8	
Meslek	**Öğrenci**	17	38.6	27	61.4	**0.021**
	Emekli	67	55.4	54	44.6	
	İşçi	52	37.6	86	62.4	
	Memur	84	42.0	116	58.0	
	İşsiz	27	45.0	33	55.0	
	Ev hanımı	55	43.3	72	56.7	
	Esnaf/serbest çalışan	62	34.3	119	65.7	
	Sağlık çalışanı	12	35.3	22	64.7	
Öğrenim Durumu	**Okuryazar Değil**	3	42.9	4	57.1	0.834
	Okuryazar	6	40.0	9	60.0	
	İlkokul	153	43.0	203	57.0	
	Ortaokul	76	41.8	106	58.2	
	Lise	77	37.4	129	62.6	
	Üniversite	61	43.9	78	56.1	

Çalışmamıza katılan erkek hastaların %41.7'sinin (n=305) sigarayı bıraktığı, %58.3'ünün (n=427) sigarayı bırakamadığı, kadın hastaların ise %41.0'ının (n=71)

sigarayı bıraktığı, %59.0'ının (n=102) sigarayı bırakamadığı tespit edilmiştir. Genel popülasyon içinde cinsiyet ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p=0.881).

Çalışmamıza katılan bireylerde, verilen tedavi ile bekar hastaların %41.2'sinin (n=204), evli hastaların %41.7'sinin (n=701) sigarayı bıraktığı tespit edildi. Katılan bireylerin medeni durumu ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0.903).

Çalışmamız içinde verilen tedavi ile öğrencilerin %38.6'sının (n=44), işcilerin %37.7'sinin (n=138), memurların %42.0'ının (n=200), emeklilerin %55.4'ünün (n=121), esnaf/serbest çalışanların %34.3'ünün (n=181), ev hanımlarının %43.3'ünün (n=127), işsizlerin %45.0'ının (n=60), sağlık çalışanlarının %35.3'ünün (n=12) sigara bıraktığı görüldü. Çalışma grubu içinde meslek ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Emeklilerin sigara bırakma oranının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit edildi **(p=0.021)**.

Çalışmamız içinde verilen tedavi ile okuryazar olmayanların %42.9'unun (n=3), okuryazarların %40.0'ının (n=6), İlkokul mezunlarının %43.0'ının (n=153), ortaokul mezunlarının %41.8'inin (n=76), lise mezunlarının %37.4'ünün (n=77), üniversite mezunlarını %43.9'unun (n=61) sigara bıraktığı tespit edildi. Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim durumu ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu sonuca rağmen üniversite mezunu bireylerin sigara bırakma oranı diğer öğrenim seviyesindeki bireylere göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir (p=0.834) (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Sigarayı Bırakan ve Bırakmayan Grup Arasında Sigara İçme Durumlarının Bırakma Üzerine Etkisinin Gösterilmesi (n=905)

	Tedavi ile sigara bırakma durumu		**p değeri**
	Sigarayı bırakan grup (Grup 1)	**Sigarayı bırakamayan grup (Grup 2)**	
	(Ort±SH) (n=376)	**(Ort±SH) (n=529)**	
FNBT	6.34±0.12	6.49±0.10	0.594
İlk sigara içilme yaşı	16.55±0.27	15.91±0.18	0.139
Günlük içilen sigara adeti	24.48±0.50	24.98±0.47	0.810
Toplamda sigara içilen yıl	25.52±0.49	22.13±0.37	**<0.001**

Ort: Ortalama SH: Standart Hata FNBT: Fageström Nikotin Bağımlılık Testi

Çalışmamızda sigarayı bırakan (grup 1) ve bırakamayan gruplarda (grup 2) sigara içme durumları karşılaştırıldığında, bağımlılık skoru (p=0.594), sigaraya başlama yaşı (p=0.139) ve içilen sigara adeti (p=0.810) ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Toplamda sigara içme yılı ile sigara bırakma oranı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi. Sigara içme yılı fazla olanların sigara bırakma oranı yüksek idi **(p<0.001)** (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3. Başvuru Tarihinden Görüşme Tarihine Kadar Aradan Geçen Süreye göre Hastaların Sigara Bırakma Durumları ve Geçen Zamanın (Ay) Sigara Bırakmaya Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905)

Aradan geçen süre (Ay)	Tedavi ile sigara bırakma durumu				Toplam kişi sayısı (n)	p değeri
	Evet (n=376)	%	Hayır (n=529)	%		
≤ 3	9	24.3	28	75.7	37	**<0.001**
3-4	12	25.0	36	75.0	48	
4-5	51	26.0	145	74.0	196	
5-6	36	33.3	72	66.7	108	
6-7	51	60.7	33	39.3	84	
7-8	52	56.5	40	43.5	92	
8-9	64	50.4	63	49.6	127	
9-10	49	39.2	76	60.8	115	
≥ 10	52	59.1	36	40.9	88	

Çalışma grubumuz içerisinde başvuru tarihinden görüşme tarihine kadar aradan geçen süre; 3 ay ve altındayken bireylerin %24.3'ünün (n=9), 3-4 ay iken 25.0'ının (n=12), 4-5 ay iken %26.0'ının (n=51), 5-6 ay iken %33.3'ünün (n=36), 6-7 ay iken %60.7'sinin (n=51), 7-8 ay iken %56.5'inin (n=52), 8-9 ay iken %50.4'ünün (n=64), 9-10 ay iken %39.2'sinin (n=49), 10 ay ve üzerindeyken %59.1'inin (n=52) sigarayı bıraktığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda tedavinin verilme tarihinden telefon ile görüşme tarihine kadar geçen süre aylara bölünüp hesaplandığında, aradan geçen süre (ay) ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Aradan geçen süre (ay) artıkça bireylerin sigara bırakma oranlarında artış tespit edilmiştir **(p<0.001)** (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sigaraya Başlama Nedeni ile Sigara Bırakma Durumu Arasındaki İlişkinin Gösterilmesi (n=905)

Başlama nedeni	Tedavi ile sigara bırakma durumu				p değeri
	Evet (n=376)		Hayır (n=529)		
	(n)	%	(n)	%	
Merak	55	37.4	92	62.6	0.852
Özenti	198	42.1	272	57.9	
Kendini ispatlama	2	40.0	3	60.0	
Çevre baskısı	23	41.1	33	58.9	
Stres/üzüntü	98	43.2	129	56.8	

Çalışmamızda sigarayı bırakan grubun sigaraya başlama nedenleri değerlendirildiğinde bireylerin, %43.2'sinin stres/üzüntü (n=98), %41.1'inin çevre baskısı (n=23), %42.1'inin özenti (n=198), %40.0'ının kendini ispat etme (n=2), %37.4'ünün merak (n=55) nedenleri ile sigaraya başladığı tespit edildi. Çalışmamızda sigaraya başlama nedeni ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p=0.852) (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5. Evde Sigara İçen Kişi Varlığının Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905)

Evde sigara içen başka birinin varlığı	Tedavi ile sigara bırakma durumu				p değeri
	Evet (n=376)	%	Hayır (n=529)	%	
Evet	163	36.2	287	63.8	**0.001**
Hayır	213	46.8	242	53.2	

Çalışmamız içerisinde evinde sigara içen başka bir kişi bulunmayan bireylerin, %46.8'inin (n=213) sigarayı bıraktığı, %53.2'sinin (n=242) sigarayı bırakamadığı tespit edildi. Evinde sigara içen başka bir kişi bulunan bireylerin ise, %36.2'sinin (n=163) sigarayı bıraktığı, %63.8'inin (n=287) sigarayı bırakamadığı tespit edildi.

Çalışmamızda evde sigara içen birinin bulunmaması ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Evinde sigara içen başka bir kişi bulunmayan bireylerin sigara bırakma oranı daha yüksek idi **(p=0.001)** (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6. İş Yerinde Sigara İçilme Durumunun Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905)

İş yerinde sigara içilme durumu	Tedavi ile sigara bırakma durumu				p değeri
	Evet (n=376)	%	Hayır (n=529)	%	
Evet	163	37.7	269	62.3	**0.026**
Hayır	213	45.0	260	55.0	

Çalışmamızda iş yerinde sigara içilmeyen bireylerin %45.0'ının (n=213) sigarayı bıraktığı, %55.0'ının (n=260) ise sigarayı bırakamadığı tespit edildi. İş yerinde sigara içilen bireylerin ise %37.7'sinin (n=163) sigarayı bıraktığı, %62.3'ünün (n=269) sigarayı bırakamadığı tespit edildi. Çalışmamızda iş yerinde sigara içilmemesi ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Sigara içilmeyen iş yerinde çalışan bireylerin sigara bırakma oranı daha yüksek idi **(p=0.026)** (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.7. Sigarayı Bırakan Grup İçinde İş Yerinde Sigara İçilmesinin Tekrar Sigara İçilmesi Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=376)

Tekrar sigara içme durumu (%)	İş yerinde sigara içilme durumu				p değeri
	Evet (n=164)		Hayır (n=212)		
	(n)	%	(n)	%	
Evet (%34.0)	70	54.7	58	45.3	**0.002**
Hayır (%66.0)	94	37.9	154	62.1	

Çalışmamızda sigarayı bırakan bireylerin %34.0'ının (n=128) tekrar sigara içtiği tespit edildi. Çalışmamızda sigarayı bırakıp tekrar başlayan bireylerin

%54.7'sinin (n=70) iş yerinde sigara içildiği, %45.3'ünün (n=58) ise iş yerinde sigara içilmediği tespit edildi. İş yerinde sigara içilmesi ile tekrar sigaraya başlanılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Sigara içilen iş yerlerinde çalışan bireylerin tekrar sigaraya başlama oranı yüksek idi **(p=0.002)** (Tablo 4.2.7).

Tablo 4.2.8. Sigarayı Bırakan Grup İçinde Evde Sigara İçilmesinin Tekrar Sigara İçilmesi Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=376)

Tekrar sigara içme durumu (%)	**Evde sigara içilme durumu**				**p değeri**
	Evet (n=164)		**Hayır (n=212)**		
	(n)	**%**	**(n)**	**%**	
Evet (%34.0)	62	48.4	66	51.6	0.162
Hayır (%66.0)	102	41.1	146	58.9	

Çalışmamızda sigarayı bırakıp tekrar başlayan grup içerisindeki bireylerin %48.4'ünün (n=62) evinde sigara içildiği, %51.6'sının (n=66) evinde sigara içilmediği tespit edildi. Evde sigara içilmesi ile tekrar sigaraya başlama oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi (p=0.162) (Tablo 4.2.8).

Tablo 4.2.9 Karar Verme Nedeninin Sigara Bırakmaya Etkisinin Gösterilmesi (n=905)

Bırakmaya karar verme nedeni	**Tedavi ile sigara bırakma durumu**				**p değeri**
	Evet (n=376)	**%**	**Hayır (n=529)**	**%**	
Hastalık	129	48.5	137	51.5	**0.008**
Hastalanma korkusu	120	39.1	187	60.9	
Çevrenin rahatsız olması	26	36.6	45	63.4	
Kişinin kendisinin rahatsız olması	83	43.9	106	56.1	
Ekonomik nedenler	18	25.4	53	74.6	
Dini inanç	0	0.0	1	100.0	

Çalışmaya katılan bireyler, %29.4'ü hastalık (n=266), %33.9'u hastalanma korkusu (n=307), %7.8'i çevrenin rahatsız olması (n=71), %21'i kendisinin rahatsız olması (n=189) nedeniyle, %7.8'i ekonomik nedenlerden dolayı (n=71), %0.1'i dini inanç (n=1) sebebiyle sigara bırakmaya karar vermişti. Tedaviyle sigara bırakan bireylerin, %48.5'inin (n=129) hastalık, %43.9'unun (n=83) kişinin kendisinin rahatsız olması, %39.1'inin (n=120) hastalanma korkusu, %36.6'sının (n=26) çevresinin rahatsız olması nedeniyle, %25.4'ünün (n=18) ekonomik nedenlerle bu kararı aldığı tespit edildi. Çalışma grubumuz içinde bırakmaya karar verme nedeni ile sigara bırakma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Çalışmamızda hastalık ve hastalanma korkusu olan bireylerin sigara bırakma oranı daha yüksek idi **(p=0.008)** (Tablo 4.2.9).

Tablo 4.2.10. Daha Önce Bırakma Deneyiminin Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905)

Daha önce sigara bırakmayı deneme (%)	**Tedavi ile sigara bırakma durumu**				**p değeri**
	Evet (n=376)	**%**	**Hayır (n=529)**	**%**	
Evet (%56.1)	212	41.7	296	58.3	0.888
Hayır (%43.9)	164	41.3	233	58.7	

Çalışmamızı oluşturan bireylerin daha önce sigara bırakma deneyimleri incelendiğinde; %56.1'inin (n=508) daha önceden en az 1 kez sigara bırakmayı denediği, %43.9'unun (n=397) ise daha önceden hiç sigara bırakmayı denemediği tespit edildi. Daha önce en az 1 kez sigara bırakmayı deneyenlerin %41.7'sinin (n=212) sigarayı bıraktığı, %58.3'ünün (n=296) ise sigarayı bırakamadığı tespit edildi. Daha önce bırakmayı hiç denemeyenlerin %41.3'ünün (n=164) sigarayı bıraktığı, %58.7'sinin (n=233) ise bırakamadığı tespit edildi. Çalışma grubumuz içinde daha önce bırakma deneyimi ile sigara bırakma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki izlenmedi (p=0.888) (Tablo 4.2.10).

Tablo 4.2.11. Verilen Tedavi Yöntemi ile Bırakma Durumunun Değerlendirilmesi (n=905)

Verilen tedavi yöntemi	Tedavi ile sigarayı bırakma durumu				p değeri
	Evet (n=376)	%	Hayır (n=529)	%	
NRT	6	24.0	19	76.0	**0.001**
Vareniklin	99	52.7	89	47.3	
Bupropion	271	39.1	421	60.9	

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

Tedaviyle sigara bırakan bireylerin, %24.0'ının (n=6) NRT, %52.7'sinin (n=99) vareniklin, %39.1'inin (n=271) bupropion kullandığını tespit edildi. Çalışma grubunun bütünü değerlendirildiğinde, verilen ilaç tedavisi ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Çalışmamızda tedavi yöntemleri içinde vareniklin kullanan bireylerin sigara bırakma oranı diğer tedavi yöntemlerini kullanan bireylere göre daha yüksek bulundu **(p=0.001)** (Tablo 4.2.11).

Tablo 4.2.12. Yaş Gruplarında Sigara Bırakma Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905)

Yaş grupları	Tedavi ile sigara bırakma durumu				p değeri
	Evet (n=376)	%	Hayır (n=529)	%	
60 yaş altı	322	40.3	477	59.7	**0.037**
60 yaş ve üzeri	54	50.9	52	49.1	

Tedavi verilen 60 yaş altı bireylerin, %40.3'ünün (n=322) sigarayı bıraktığı, %59.7'sinin (n=477) ise bırakamadığı tespit edildi. 60 yaş ve üzeri grupta ise bireylerin, %50.9'unun (n=54) sigarayı bıraktığı, %49.1'inin (n=52) sigarayı bırakamadığı tespit edildi. 60 yaş ve üzerindeki grubun tedavi ile sigara bırakma oranı, 60 yaş altındaki gruba göre anlamlı derecede yüksek idi **(p=0.037)** (Tablo 4.2.12).

Tablo 4.2.13. 60 Yaş Altındaki Bireylerin Tedavi Yöntemleri ile Sigara Bırakma Oranlarının Gösterilmesi (n=799)

Tedavi ile sigara bırakma durumu	Verilen ilaç (n=799)						p değeri
	NRT (n=25)		Vareniklin (n=147)		Bupropion (627)		
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Evet	6	24.0	75	51.0	240	38.3	**0.005**
Hayır	19	76.0	72	49.0	387	61.7	

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

Çalışmamız içinde 60 yaş altı grupta (n=799), NRT verilen kişilerin %24.0'ının (n=6), vareniklin verilen kişilerin %51.0'ının (n=75), bupropion verilen kişilerin %38.3'ünün (n=240) sigarayı bıraktığı tespit edildi. Bu grup içinde verilen tedavi yöntemi ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Vareniklin tedavisi verilen grupta sigara bırakma oranı diğer tedavi seçeneklerinin uygulandığı gruplara göre anlamlı derecede yüksek idi **(p=0.005)** (Tablo 4.2.13).

Tablo 4.2.14. 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Verilen Tedavi Yöntemleri ile Sigara Bırakma Oranlarının Gösterilmesi (n=106)

Tedavi ile sigara bırakma durumu	Verilen ilaç (n=106)						p değeri
	NRT (n=1)		Vareniklin (n=41)		Bupropion (n=54)		
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Evet	0	0.0	24	58.5	30	46.9	0.30
Hayır	1	100.0	17	41.5	24	53.1	

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

60 yaş ve üzeri grupta (n=106), vareniklin verilen kişilerin %58.5'inin (n=24), bupropion verilen kişilerin %49.9'unun (n=30) sigarayı bıraktığı tespit edildi. Bu grupta, bireylere verilen tedavi yöntemi ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0.30) (Tablo 4.2.14).

Tablo 4.2.15. Yaş Gruplarında İlaç Türüne Göre Bireylerde Görülen Yan Etkilerin Dağılımı (n=250)

Verilen ilaç	Görülen yan etki	Yaş grupları (n=250)				p değeri
		60 yaş altı (n=230)		60 yaş ve üzeri (n=20)		
		(n)	%	(n)	%	
NRT	Ağız içi yara	2	40.0	0	0.0	0.162
	Allerjik döküntü	1	20.0	0	0.0	
	Bulantı	2	40.0	0	0.0	
Vareniklin	Ağız içi yara	5	9.4	3	33.3	
	Uykusuzluk	7	13.2	0	0.0	
	Allerjik döküntü	2	3.8	0	0.0	
	Rüya görme/halüsinasyon	3	5.7	1	11.1	
	Bulantı	23	43.4	5	55.6	
	Diyare	1	1.9	0	0.0	
	Halsizlik	4	7.5	0	0.0	
	Baş dönmesi	4	7.5	0	0.0	
	Dizüri	1	1.9	0	0.0	
	Kabızlık	1	1.9	0	0.0	
	Uyuşukluk	2	3.8	0	0.0	
Bupropion	Ağız içi yara	19	11.0	3	27.3	
	Uykusuzluk	46	26.7	4	36.4	
	Allerjik döküntü	15	8.7	1	9.1	
	Rüya görme/halüsinasyon	20	11.6	0	0.0	
	Bulantı	21	12.2	1	9.1	
	Halsizlik	15	8.7	0	0.0	
	Baş dönmesi	17	9.9	1	9.1	
	Dizüri	0	0.0	1	9.1	
	Kabızlık	2	1.2	0	0.0	
	Terleme	4	2.3	0	0.0	
	Uyuşukluk	13	7.6	0	0.0	

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

Çalışmamıza katılan bireylerin % 29.2'sinde (n=250) ilaçlara bağlı çeşitli yan etkiler tespit edilmiştir. Çalışmamızda yan etki görülen bireylerin %92.0'ı (n=230) 60 yaş altında, %8.0'ı ise 60 yaş ve üzerinde idi. Verilen ilaç tedavilerine bağlı görülen yan etkiler yaş gruplarında incelendiğinde; 60 yaş altı grupta bupropionun tüm yan etkileri arasında, %26.7 (n=46) uykusuzluk, %12.2 (n=21) bulantı, %11.6 (n=20) rüya görme/halüsinasyon, %11.0 (n=19) ağız içi yara, %9.9 (n=17) baş dönmesi, %8.7 (n=15) allerjik döküntü, %8.7 (n=15) halsizlik, %7.6 (n=13) uyuşukluk, %2.3 (n=4)

terleme, %1.2 (n=2) kabızlık tespit edildi. Vareniklinin tüm yan etkileri arasında, %43.4 (n=23) bulantı, %13.2 (n=7) uykusuzluk, %9.4 (n=5) ağız içi yara, %7.5 (n=4) halsizlik, %7.5 (n=4) baş dönmesi, %5.7 (n=3) rüya görme/halüsinasyon, %3.8 (n=2) allerjik döküntü, %1.9 (n=1) kabızlık, %1.9 (n=1) dizüri, %1.9 (n=1) diyare, NRT'nin tüm yan etkileri arasında, %40.0 (n=2) bulantı, %40.0 (n=2) ağız içi yara, %20.0 (n=1) allerjik döküntü tespit edildi. 60 yaş ve üzeri grupta verilen ilaç tedavilerine bağlı görülen yan etkiler karşılaştırıldığında; bupropionun tüm yan etkileri arasında, %36.4 (n=4) uykusuzluk, %27.3'ünde (n=3) ağız içi yara, %9.1 (n=1) allerjik döküntü, %9.1 (n=1) bulantı, %9.1 (n=1) baş dönmesi, %9.1 (n=1) dizüri tespit edildi. Vareniklinin tüm yan etkileri arasında %55.6 (n=5) bulantı, %33.3 (n=3) ağız içi yara, %11.1 (n=1) rüya görme/halüsinasyon tespit edildi. 60 yaş ve üzeri grupta NRT' ye bağlı hiçbir yan etki tespit edilmedi. Çalışmamızda yaş grupları içinde (60 yaş altı, 60 yaş ve üzeri) ilaç yan etkileri analiz edildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=0.162) (Tablo 4.2.15).

Çalışma grubumuzda hem 60 yaş altı grupta, hem de 60 yaş ve üzeri grupta bupropion kullanan bireylerde en sık görülen yan etki uykusuzluk, vareniklin kullanan bireylerde en sık görülen yan etki ise bulantı olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.16. Çalışmamıza Katılan Bireylere Verilen İlaç Türü ile Bildirilen Yan Etkilerin Dağılımı (n=245)

Bildirilen yan etki	Verilen ilaç tedavisi				p değeri
	Bupropion (n=183)		Vareniklin (n=62)		
	(n)	%	(n)	%	
Uykusuzluk	50	27.3	7	11.2	**<0.001**
Bulantı	22	12.0	28	45.2	
Ağız içi yara	22	12.0	8	12.9	
Rüya görme/halüsinasyon	20	10.9	4	6.5	
Baş dönmesi	18	9.9	4	6.5	
Allerjik döküntü	16	8.7	2	3.2	
Halsizlik	15	8.2	4	6.5	
Uyuşukluk	13	7.1	2	3.2	
Terleme	4	2.2	0	0.0	
Kabızlık	2	1.1	1	1.6	
Dizüri	1	0.6	1	1.6	
Diyare	0	0.0	1	1.6	

Çalışmamız içinde yan etki görülen bireylerin %73.2'sinin (n=183) bupropion, %24.8'sinin (n=62) vareniklin, %2.0'ının (n=5) NRT kullandığı belirlendi.Çalışmamızda bireylere verilen ilaç türü ile görülen yan etkilerin dağılımı karşılaştırıldığında; bupropiona kullanan bireylerin, %27.3'ünde (n=50) uykusuzluk, %12.0'ında (n=22) bulantı, %12.0'ında (n=22) ağız içi yara, %10.9'unda (n=20) rüya görme/halüsinasyon, %9.9'unda (n=18) baş dönmesi, %8.7'sinde (n=16) allerjik döküntü, %8.2'sinde (n=15) halsizlik, %7.1'inde (n=13) uyuşukluk, %2.2'sinde (n=4) terleme, %1.1'inde (n=2) kabızlık, %0.6'sında (n=1) dizüri meydana gelirken,

vareniklin kullanan bireylerin, %45.2'sinde (n=28) bulantı, %12.9'unda (n=8) ağız içi yara, %11.2'sinde (n=7) uykusuzluk, %6.5'inde (n=4) baş dönmesi, %6.5'inde (n=4) halsizlik, %6.5'inde (n=4) rüya görme/halüsinasyon, %3.2'sinde (n=2) uyuşukluk, %3.2'sinde (n=2) allerjik döküntü, %1.6'sında (n=1) kabızlık, %1.6'sında (n=1) dizüri, %1.6'sında (n=1) diyare tespit edildi. NRT kullanan bireylerin ise; %40.0'ında (n=2) ağız içi yara, %40.0'ında (n=2) bulantı, %20.0'ında (n=1) allerjik döküntü tespit edildi. Çalışmamızda, bireylere verilen ilaç türü ile yan etkiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Vareniklin verilen bireylerde görülen bulantı (%45.2) ve ağız içi yara (%12.9) oranları, bupropion verilen bireylerde görülen bulantı (%12.0) ve ağız içi yara (%12.0) oranlarından daha yüksek, bupropion verilen bireylerde görülen uykusuzluk (%27.3), rüya görme/halüsinasyon (%10.9), baş dönmesi (%9.9), allerjik döküntü (%8.7), halsizlik (%8.2), uyuşukluk (%7.1) oranları, vareniklin verilen bireylerde görülen uykusuzluk (%11.2), rüya görme/halüsinasyon (%6.5), baş dönmesi (%6.5), allerjik döküntü (%3.2), halsizlik (%6.5), uyuşukluk (%3.2) oranlarından daha yüksek olarak tespit edilmiştir **(p<0.001)** (Tablo 4.2.16).

Tablo 4.2.17. Verilen Poliklinik Hizmetinden Memnun Olmanın Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905)

Hastanın verilen hizmetten memnun olma durumu (%)	**Tedavi ile sigara bırakma durumu**				**p değeri**
	Evet (n=376)	**%**	**Hayır (n=529)**	**%**	
Evet (%96.2)	372	42.7	499	57.3	**<0.001**
Hayır (%3.8)	4	11.8	30	88.2	

Çalışmamıza katılan bireylerin %96.2'sinin (n=871) sigara bıraktırma adına yapılan poliklinik hizmetlerinden memnun olduğu tespit edildi. Çalışmamızda poliklinik hizmetlerinden memnun olduğunu söyleyen bireylerin, %42.7'sinin (n=372) sigarayı bıraktığı, %57.3'ünün (n=499) ise sigarayı bırakamadığı tespit edildi. Çalışmamız içinde poliklinik hizmetinden memnun olunması ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Poliklinik

hizmetinden memnun olan bireylerin sigara bırakma oranı, poliklinik hizmetinden memnun olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek idi (**p<0.001)** (Tablo 4.2.17).

Tablo 4.2.18. Hastalara Yeterli Zaman Ayrılmasının Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905)

Hekimin tedavi için hastaya yeterli süre ayırması durumu (%)	**Tedavi ile sigara bırakma durumu**				**p değeri**
	Evet (n=376)	**%**	**Hayır (n=529)**	**%**	
Evet (%96.0)	371	42.7	498	57.3	**0.001**
Hayır (%4.0)	5	13.9	31	86.1	

Çalışmamıza katılan bireylerin %96.0'ı (n=869) hekimin kendilerine yeterince süre ayırdığını söylediler. Çalışmamızda hekimin kendisine yeterince zaman ayırdığını söyleyen bireylerin, %42.7'sinin (n=371) sigarayı bıraktığı, %57.3'ünün (n=498) ise sigarayı bırakamadığı tespit edildi. Çalışmamızda hekimin bireylere yeterli süre ayırması ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Hekimin yeterince zaman ayırdığı bireylerin sigara bırakma oranı kendilerine yeterince zaman ayrılmayan bireylere göre daha yüksek idi (**p=0.001)** (Tablo 4.2.18).

Tablo 4.2.19. Hekim ile Kontrol için Tekrar Görüşülmesinin Sigara Bırakma Üzerine Etkinliğinin Gösterilmesi (n=905)

Hekim ile kontrol için tekrar görüşme durumu (%)	**Tedavi ile sigara bırakma durumu**				**p değeri**
	Evet (n=376)	**%**	**Hayır (n=529)**	**%**	
Evet (54.1)	262	53.5	228	46.5	**<0.001**
Hayır (45.9)	114	27.5	301	72.5	

Çalışmamıza katılan bireylerin %54.1'inin (n=490) kontrol için hekim ile görüştüğü tespit edildi. Çalışmamızda sigarayı bırakan grup içerisinde bireylerin, %53.5'inin (n=262) hekim kontrolüne geldiği, %27.5'inin (n=114) kontrole gelmediği tespit edilmiştir. Kontrol için hekim ile tekrar görüşülmesi ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hekim ile kontrol amaçlı tekrar görüşen bireylerin sigara bırakma oranı, kontrole gelmeyen bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek idi **(p<0.001)** (Tablo 4.2.19).

5. TARTIŞMA

Günümüz araştırmaları sonucunda, kronik bir hastalık olarak adlandırılan sigara içme davranışının destekleyici ve farmakolojik tedavilerle bırakılabileceği kanıtlanmıştır. Ülkemizde 3 Ocak 2008 yılında kabul edilen 'Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'un kabulünden sonra birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerin sigara bırakma üniteleri çalışmalarını hızlandırmış, Sağlık Bakanlığı'ının önerdiği prosedürlere bağlı kalınarak bu alandaki hizmetlerin geliştirilmesi önemsenmiştir (Resmi gazete 2014). Bu hizmetlerin verilmesi kadar başarı durumlarının değerlendirilmesi de önemli bir gereksinimdir. Bu kapsamda, özellikle yaşlı bireylerde sigara bırakma tedavi başarısını değerlendiren yeterli düzeylerde yayın olmaması dikkat çekicidir (Philip 2015). Bu eksiklikten yola çıkılarak, sigara bırakma tedavi başarısını değerlendirmek amacıyla kliniğimize sigara bırakmak için başvuran bireyler; 60 yaş ve üzeri, 60 yaş altı olarak iki gruba ayrılmış ve tedavi sonuçları karşılaştırılmıştır.

Bakanlığın talimatları sonucunda sosyal medya ve yayın kuruluşlarıyla sigara bırakmayı teşvik eden kamu spotu yayınlar yapılıp halkımız bu konuda bilinçlendirilmeye çalışılmaktadır. Bunun bir getirisi olarak sigara bırakma polikliniklerine başvuru sayısı her yıl giderek artmaktadır. Bu artışta sigara fiyatlarına ara ara yapılan zamların da payı olduğu düşünülmektedir.

Adölesan çağda sigaraya başlama yüksek ihtimalle bağımlılığa dönüşmekte ve bu çağda kişiler sigarayı bırakmakta ciddi manada zorlanmaktadırlar. Mevcut yasa ve düzenlemeler çıkmadan önce tütün sanayisi, reklamlarında genç kesimi hedef almıştır (Özlü 2002). Ülkemizin de içinde bulunduğu diğer ülkelerin sağlık bakanlıkları bu konuda uzlaşı halinde olmuş, kanunların yürürlüğe konulmasıyla beraber tütün sanayisine bu alanda kısıtlama getirilmiştir.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 yılı verilerine göre ülkemizde nüfusun toplam olarak %27.1'inin (14.8 milyon) tütün ürünü kullandığı belirtilmektedir. Bu sayı itibariyle erkeklerin %37.3'ü, kadınların %10.7'si hergün sigara kullanmaktadır. Sigara içen bireyler günde ortalama 19.2 adet sigara içmektedir. Kadınlarda öğrenim düzeyi yükseldikçe tütün kullanımı artmakta iken erkeklerde böyle bir fark gözlenmemiştir.

Sigara içme sıklığı, çalışanlarda ve çalışabilir durumda olup iş sahibi olmayanlarda, hem erkek hem kadınlarda daha sıktır. Sigara içmeye başlama yaş ortalaması erkeklerde 16.8, kadınlarda 17.9 yaştır. Sigara içenlerin %46'sı çalışmanın yapılmasından önceki 12 ay içinde sigarayı bırakmayı denemişlerdir. Son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenler en çok sağlık sorununu (%63.4) gerekçe olarak belirtmişlerdir. Sigara içen her 10 kişinin 6'sı (%55.1) sigarayı bırakmayı düşünmekle birlikte sadece %12.9'u gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşünmektedir. Sigara içenlerin yaklaşık %23'ü gelecek 12 ay içinde sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtirken, %19.7'lik bir grup bırakmayı düşünüp belirli bir tarih söylememiştir (KYTA 2012).

Çalışmamızda sigaraya başlama yaş ortalaması kadınlarda 19.13, erkeklerde 15.48 olarak bulunmuştur. KYTA 2012 verileri ile karşılaştırıldığında çalışmamızda, kadınların sigaraya başlama yaş ortalamalarının daha yüksek, erkeklerin sigaraya başlama yaş ortalamalarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç bize kanun ve yasaklamalar olmasına rağmen erkek bireylerin daha erken yaşlarda sigaraya ulaşabildiklerini düşündürmüştür.

Çalışmamızda sigarayı bırakan grubun sigaraya başlama yaş ortalaması 16.55, bırakamayan grubun ise sigaraya başlama yaş ortalaması 15.91 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç bize sigara bırakmada etkin ve doğru bir yaklaşım ile bireylerin önemli bir kısmınının yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırabilecek önlemlerin erken yaşlarda alınabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızı oluşturan bireylerin ortalama günlük 24.78 adet sigara içtiği tespit edilmiştir. Wilson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada günlük daha az sayıda sigara içen bireylerin sigara bırakma başarısı yüksek olarak bulunmuştur (Wilson 1990). Çan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise günlük içilen sigara sayısının bırakma oranını etkilemediği sonucuna varılmıştır (Çan 2004). Bizim çalışmamızda da günlük içilen sigara adedi ile sigara bırakma oranı arasında anlamlı derecede ilişki bulunmamıştır.

Yapılan bir çalışmada bağımlılık skorunun bırakma başarısı ile korelasyon gösterdiği, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının düşük bırakma oranları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Şahbaz 2007). Bizim çalışmamızda ise bağımlılık skoru ile sigara bırakma oranı arasında anlamlı derecede ilişki bulunamamıştır.

Karalezli ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada uzun süre sigara kullanan bireylerin sigara bırakma oranı anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir (Karalezli 2013). Bizim çalışmamızda ise farklı olarak sigara içme süresi (yıl) ile sigara bırakma oranı arasında bir ilişki tespit edilmiş ve uzun süre sigara kullanan bireylerin sigara bırakma başarısı anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Uzun yıllar sigara içen, kronik hastalıkları olan ve/veya hastalıklara bağlı komplikasyonları gelişen bireyler açısından bu sonucun gayet normal olduğu düşünülebilir. Bu sonuç ayrıca, uzun süre sigara kullanan yaşlı bireylerin sigara bırakma başarılarının daha yüksek olacağını düşündürmektedir

Çalışmamızda bireylerin medeni durumu ile sigara bırakma oranları karşılaştırıldığında, evli ve bekar bireyler arasında sigara bırakma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Argüder ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da aynı şekilde medeni durumun sigara bırakma başarısını etkilemediği tespit edilmiştir (Argüder 2013). Bunlardan farklı olarak İngiltere'de 10 yıl boyunca yürütülen bir çalışmada evli olanlarda sigara bırakma oranı, evli olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur (Chandola 2004).

Çalışma grubumuzda üniversite mezunu olan bireylerin diğer öğrenim düzeyindeki bireylerden daha yüksek oranda sigara bıraktığı tespit edilmiştir. Bu sonuç bize toplumun eğitim seviyesinin yükseldiği taktirde bireylerin kendi sağlıklarına daha çok dikkat edeceklerini düşündürmektedir. Ancak çalışmamızda öğrenim durumu ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Göğüs hastalıkları kliniklerinin katılımıyla yaptığı CEASE (Collaborative European Anti-Smoking Evaluation) çalışmasında bizim çalışmamıza paralel olarak sigara bırakma oranı ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Monso 2001). Osler ve arkadaşlarının, Chandola ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda ise eğitim düzeyi yüksekliğinin sigara bırakma başarısında etkili olduğu görülmüş ve eğitim düzeyi yüksek olan olan gruplarda sigara bırakma oranının daha yüksek olduğunu gösterilmiştir (Osler 1998, Chandola 2004).

Çalışmamızda meslek ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ve bu alanda emeklilerin sigara bırakma oranı diğer meslek gruplarından daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç emeklilerde iş stresinin olmaması ve poliklinik kontrollerine uyumunun daha iyi olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca emekli bireylerin çoğunluğunun yaşlılardan oluştuğu düşünülürse, yaşlı bireylerin sigara bırakma oranının yüksek olacağı düşünülebilir.

Salepçi ve arkadaşlarını yaptığı bir çalışmada evde sigara içilip, içilmemesi ile sigara bırakma oranı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Salepçi 2005). Bizim çalışmamızda ise evde sigara içen birinin bulunup, bulunmaması ile sigara bırakma oranı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamızda evinde sigara içen başka bir kişi bulunmayan bireylerin, sigara bırakma oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmamızı destekler nitelikte evde sigara içen başka birinin bulunmasının sigara bırakma oranını olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Hayland 2006, Borland 2006).

Çalışmamız içerisinde iş yerinde sigara içilip, içilmemesi ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. İş yerinde sigara içilmeyen bireylerin sigara bırakma oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Osler ve arkadaşlarının, Uzaslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde iş yerinde sigara içilmemesinin sigara bırakma başarısını arttırdığı gösterilmiştir (Osler 1998, Uzaslan 2000). Ek olarak çalışmamızda tekrar sigaraya başlanılması ile iş yerinde sigara içilip, içilmemesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İş yerinde sigara içilen bireylerin tekrar sigaraya başlama oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu veriler bize çevre faktörünün sigarayı bırakma ve bırakmayı sürdürme hususunda önemli olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmamıza katılan bireylerin %56.1'i en az 1 kez sigara bırakmayı denemiş ancak başarı sağlayamamıştır. Çalışmamızda daha önce sigara bırakma deneyimi ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde yer alan bir çalışmada daha önce sigara bırakma deneyiminin yeni sigara bırakma girişimini olumsuz yönde etkilediği gösterilirken (Philip 2015), Hughes ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da bu durumun bizim çalışmamız gibi herhangi bir etki oluşturmadığı gösterilmiştir (Hughes 2006).

Çalışmamızda tedaviyle sigara bırakan bireylerin, bu kararı en yüksek oranda (%48.5) hastalık nedeniyle aldıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle hastane servislerinde sigaraya bağlı kronik hastalıklar nedeniyle yatan hastalara, hekimlerin sigara bırakmalarını önermeleri, destek almaları için sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmeleri gerek genç gerekse yaşlı bireylerde sigara bırakma başarısına katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Sigara bıraktırmada yoğun olarak uygulanan davranışsal destek ve farmakoterapi yaklaşımlarına ek olarak gerek poliklinik kontrollerinin gerekse telefon ile yapılan

desteklemelerin sigara bırakma oranlarını arttırdığına ilişkin çalışmalar mevcuttur (Smiths 2000, Simon 2003). Bizim çalışmamızda da benzer olarak hekim ile kontrol için görüşen bireylerin sigara bırakma oranının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmıza katılan bireylerin hepsine danışmanlık ve davranışsal terapi verilmiştir. Bunun yanında bireylerin, %2.9'una NRT, %20.7'sine vareniklin, %76.4'üne ise bupropion tedavisi önerilmiştir. Çalışmamızda ilaç dağılımının bu şekilde olmasında polikliniğimizde, bupropion ilacının sayıca fazla, vareniklin ilacının sayıca az olmasının neden olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda 60 yaş altı ve 60 yaş üzeri hastalarda, ilaç yan etkileri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sonucun bu şekilde bulunmasında, 60 yaş ve üzeri birey sayısının az, 60 yaş altı birey sayısının fazla olmasının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada vareniklinin 12 haftalık kullanımı bupropion ve plaseboyla karşılaştırılmış, 52 haftanın sonunda sigara bırakma oranları, vareniklin için % 21.9, bupropion için % 16.1 ve plasebo için % 8.4 olarak bulunmuştur (Çan 2006). Bizim çalışmamızda ise verilen ilaç tedavisi ile sigara bırakma oranları, vareniklin için %52.7, bupropion için %39.1, NRT için %24.0 olarak tespit edilmiştir. Sonuçlarımızın Çan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile paralel olduğu görülmüştür. İstatistiki analizlerimizde bireylere verilen farmakolojik tedavi yöntemi ile sigara bırakma oranı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamızda tedavi yöntemleri içinde vareniklin kullanan bireylerin sigara bırakma oranı diğer tedavi yöntemlerini kullanan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde, Jeremias ve arkadaşlarının, Günay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da, farmakolojik tedavilerle desteklenen sigara bırakma girişimlerinin başarı oranını yükseltiği gösterilmiştir (Jeremias 2012, Günay 2014).

Çalışmamıza katılan bireylerde hem 60 yaş ve üzeri hem de 60 yaş altı bireylerde, bupropion kullanımına bağlı en sık görülen yan etki uykusuzluk, aynı şekilde her iki yaş grubunda da vareniklin kullanımına bağlı en sık görülen yan etki bulantı olarak tespit edilmiştir. Gonzales ve arkadaşlarının çalışmasında, vareniklin, bupropion ve plasebo kullanımları karşılaştırılmış, 52 haftanın sonunda en fazla bildirilen yan etki vareniklin kullananlarda bulantı, bupropion kullananlarda ise uykusuzluk olarak

gösterilmiştir (Gonzales 2006). Bu bulguların bizim çalışmamızla uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda 60 yaş ve üzerindeki grubun sigara bırakma oranı, 60 yaş altındaki gruba göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir. Bizim sonucumuza paralel olarak, yaşlıların sigara bırakma oranının gençlere göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Husten 1997, Kim 2013). Ayrıca yaşla birlikte sigaraya bağlı belirtilerin sigara bırakmayı arttırıcı yönde etkileri olduğununun gösterilmesi bize bunun beklenen bir sonuç olduğunu düşündürmüştür (Kabat 1987). Çalışmamızda 60 yaş altı grupta verilen tedavi türü ile sigara bırakma oranı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmişken, 60 yaş ve üzeri grupta verilen tedavi türü ile sigara bırakma oranı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Çalışmamızda sonucun bu şekilde bulunmasında, çalışmayı oluşturan birey sayısının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Taylor ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri bireylerde sigara bırakılmasının kadınlarda 2.7-3.7 yıl, erkeklerde 1.4-2.0 yıl olarak ortalama yaşam süresini uzattığı gösterilmiştir (Taylor 2002). Bu sonuç bize yaşlıların daha erken evrelerde sigara bırakması ile beklenen yaşam süresinin daha da uzayacağını düşündürmektedir.

Philip ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada yaşlılarda sigara bırakma tedavileri arasında NRT, vareniklin ve bupropionun etkili olduğu belirtilmekteyken, farmokoterapi açısından en etkin yöntem belirsizdir (Philip 2013). Bizim çalışmamızda da 60 yaş ve üstü bireyler için verilen farmokoterapiler ile sigara bırakma oranı arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bu nedenle biz, yaşlı bireyler için sigara bıraktırmada etkin farmokoterapi yönteminin bulunabilmesi açısından daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz. Farklı yaş gruplarındaki farklı değişkenler sigara bırakma tedavi başarısını etkileyebilmektedir. Bundan dolayı yaşlıların karakteristik özellikleri nedeniyle tedavi rejimleri seçerken gençlerden farklı ve özel stratejiler gerekli olabilir (Philip 2013). Çalışmalar yapılırken bunlar dikkate alınırsa başarı oranlarının büyük oranda yükseleceği unutulmamalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Aile hekimliği ana bilim dalına bağlı sigara bırakma polikliniklerine, Mart 2015 - Mart 2016 tarihleri arasında başvurmuş olan 905 birey değerlendirilmiştir. Çalışma öncesinde literatür, yaşlılarda sigara bırakma tedavileri ve başarısı açısından taranmış verilerin kısıtlı olması nedeniyle bu alanda çalışma yapılmasına karar verilmiştir. Bireylere telefon vasıtasıyla sigara bırakma tedavisi değerlendirme anketi uygulanmış, istatistiksel analizler neticesinde, 60 yaş ve üzeri bireylerin, 60 yaş altı bireylere göre sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızla elde edilen bulgular sonucunda:

1. Çalışmamıza katılan bireylerin %80.8'inin erkek (n=732), %19.2'sinin kadın (n=173) olduğu tespit edildi.
2. Çalışma grubunu oluşturan hastaların, yaş ortalaması 39.71±0.44 idi.
3. Çalışma grubumuzda kadın nüfusun yaş ortalaması 41.53±0.89, erkek nüfusun yaş ortalaması 39.29±0.51 idi.
4. Çalışma grubu, sigarayı bırakan grup (grup 1) ve bırakmayan grup (grup 2) olarak 2'ye ayrıldığında, tedavi ile sigarayı bırakan grubun (grup 1) yaş ortalaması 42.07±0.71, ortalama bağımlılık skoru 6.34±0.12, ilk sigara içme yaş ortalaması 16.55±0.27, ortalama günlük sigara içme adedi 24.48±0.50, toplam sigara içilen yıl ortalaması 25.52±0.49 idi. Sigara bırakamayan grubun (grup 2) yaş ortalaması 38.04±0.56, ortalama bağımlılık skoru 6.49±0.10, ilk sigara içme yaş ortalaması 15.91±0.18, ortalama günlük içilen sigara adedi 24.98±0.47, toplam sigara içilen yıl ortalaması 22.13±0.37 idi.
5. Çalışmamıza katılan bireylerde cinsiyet ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p=0.881).
6. Katılan bireylerin medeni durumu ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0.903).
7. Çalışma grubu içinde meslek ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Emeklilerin sigara bırakma oranının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit edildi **(p=0.021)**.

8. Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim durumu ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0.834).
9. Çalışmamızda sigarayı bırakan (grup 1) ve bırakamayan gruplarda (grup 2) sigara içme durumları karşılaştırıldığında, bağımlılık skoru (p=0.594), sigaraya başlama yaşı (p=0.139) ve içilen sigara adeti (p=0.810) ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Toplamda sigara içme yılı ile sigara bırakma oranı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi. Sigara içme yılı fazla olanların sigara bırakma oranı yüksek idi **(p<0.001)**.
10. Çalışmamızda tedavinin verilme tarihinden telefon ile görüşme tarihine kadar geçen süre aylara bölünüp hesaplandığında, aradan geçen süre (ay) ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Aradan geçen süre (ay) artıkça bireylerin sigara bırakma oranlarında artış tespit edilmiştir **(p<0.001).**
11. Çalışmamızda sigaraya başlama nedeni ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p=0.852).
12. Çalışmamızda evde sigara içen birinin bulunmaması ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Evinde sigara içen başka bir kişi bulunmayan bireylerin sigara bırakma oranı daha yüksek idi **(p=0.001).**
13. İş yerinde sigara içilmesi ile tekrar sigaraya başlanılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Sigara içilen iş yerlerinde çalışan bireylerin tekrar sigaraya başlama oranı yüksek idi **(p=0.002).**
14. Evde sigara içilmesi ile tekrar sigaraya başlama oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi (p=0.162).
15. Çalışma grubumuz içinde bırakmaya karar verme nedeni ile sigara bırakma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Çalışmamızda hastalık ve hastalanma korkusu olan bireylerin sigara bırakma oranı daha yüksek idi **(p=0.008)**.
16. Çalışma grubumuz içinde daha önce bırakma deneyimi ile sigara bırakma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki izlenmedi (p=0.888).

17. Çalışmamızda tedavi yöntemleri içinde vareniklin kullanan bireylerin sigara bırakma oranı diğer tedavi yöntemlerini kullanan bireylere göre daha yüksek bulundu **(p=0.001)**.
18. Çalışmamız içinde 60 yaş ve üzerindeki grubun tedavi ile sigara bırakma oranı, 60 yaş altındaki gruba göre anlamlı derecede yüksek idi **(p=0.037).**
19. Çalışmamız içinde 60 yaş altı grupta, içinde verilen tedavi yöntemi ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Vareniklin tedavisi verilen grupta sigara bırakma oranı diğer tedavi seçeneklerinin uygulandığı gruplara göre anlamlı derecede yüksek idi **(p=0.005)**.
20. Çalışmamızda 60 yaş ve üzeri grupta, bireylere verilen tedavi yöntemi ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0.30).
21. Çalışmamızda yaş grupları içinde (60 yaş altı, 60 yaş ve üzeri) ilaç yan etkileri analiz edildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı (p=0.162).
22. Çalışmamızda, bireylere verilen ilaç türü ile yan etkiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir **(p<0.001)**. Vareniklin verilen bireylerde görülen bulantı (%45.2) ve ağız içi yara (%12.9) oranları, bupropion verilen bireylerde görülen bulantı (%12.0) ve ağız içi yara (%12.0) oranlarından daha yüksek, bupropion verilen bireylerde görülen uykusuzluk (%27.3), rüya görme/halüsinasyon (%10.9), baş dönmesi (%9.9), allerjik döküntü (%8.7), halsizlik (%8.2), uyuşukluk (%7.1) oranları, vareniklin verilen bireylerde görülen uykusuzluk (%11.2), rüya görme/halüsinasyon (%6.5), baş dönmesi (%6.5), allerjik döküntü (%3.2), halsizlik (%6.5), uyuşukluk (%3.2) oranlarından daha yüksek olarak tespit edilmiştir Çalışma grubumuzda, yaş grupları içinde ilaçların yan etkileri karşılaştırıldığında; hem 60 yaş altı grupta, hem de 60 yaş ve üzeri grupta bupropiona bağlı en sık görülen yan etki uykusuzluk, varenikline bağlı en sık görülen yan etki ise bulantı olarak tespit edildi.
23. Çalışmamız içinde poliklinik hizmetinden memnun olunması ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi (**p<0.001)**.

24. Çalışmamızda hekimin bireylere yeterli süre ayırması ile sigara bırakma oranı arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (**p=0.001)**.
25. Kontrol için hekim ile tekrar görüşülmesi ile sigara bırakma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (**p<0.001)**.

6.2. Öneriler

Sigara bırakma için müracaat eden hastaları aile hekimliği uzmanları olarak değerlendirirken fiziksel, ruhsal, kültürel, toplumsal etkenlerin tümünü göz önünde bulundurmalı; hastayı bir bütün olarak değerlendirmeli, onlara zaman ayırmalıyız. Çalışmamızda da, hangi yaş grubunda olursa olsun kendilerine yeterli zaman ayrılan hastaların sigara bırakma oranı anlamlı derecede yüksek olarak tespit edilmiştir. Hastalara sigara bırakmanın önemi anlatılmalı, bunun hayatın her döneminde olduğu gibi yaşlılık dönemindede yapılabileceği söylenilmelidir. Sigara bırakma için başvuran, tedaviyi kabul eden hastalar düzenli olarak kontrollere çağrılmalı, tedavinin devamlılığı sağlanmalı, her muayenede hasta değerlendirilmeli, gerekli destek sağlanmalıdır. Sigarayı sadece sosyal bir alışkanlık olarak değil, beden ve ruh sağlığını tehdit eden ciddi bir bağımlılık olarak görülüp tedaviside buna göre düzenlenmelidir.

Birinci basamakta sigara bırakma için tedavi olanaklarının geliştirilmesi sigara bağımlısı olan tüm yaş grupları için çok önemlidir. Davranışsal terapi ve uygun ilaç tedavileri ile hastanın sigarayı bırakması yaşam kalitesine katkı sağlayacaktır. Özellikle yaşlı popülasyonda sigara bırakma için verilen tedavi yöntemleri ile sigara bırakma oranının yüksek olması, sigaraya bağlı çoğu sistemik hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyecektir. Ayrıca yaşlı bireylerin sigara bırakılmasıyla bu dönemde ortaya çıkan sistemik hastalıkların insidansında da azalma beklenebilir. Sonuçta yaşlılık döneminde sigarayı bırakmak geç kalınmış bir durum değil, her yönüyle yüz güldürücü sonuçları olan bir davranıştır.

7. KAYNAKLAR

Aguiar M, Todo-Bom F, Felizardo M. (2009). Four years follow up at A smoking cessation clinic. Rev Port Pneumol 15:179-97.

Akar B, Özyardımcı N. Kronik bronsit ve sigara. Akciğer Arşivi;1:45-8, 2002.

Akman M, Çifçili SS. Sigara Bırakma Tedavileri: Derlemeleri Temel Alan Bir Derleme. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2010;1(4):54-62.

Akvardar Y ve ark. Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2012.

Ambrose JA, Barua RS. The Pathophysiology of Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease. J Am Coll Cardiol 2004;43:1731- 37.

Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Türk Toraks Derneği 2013;14:18.

Argüder E, Karalezli A ve diğerleri. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Türk Toraks Dergisi 2013;14:81-7.

Aydınlar A. Sigaranın kardiovasküler sistam üzerine etkileri. İn: Özyardımcı N.(Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa; 206-215, 2002.

Barış İ. Tütün kullanımının tarihçesi. Türk Toraks Derneği, 2002.

Barlett JG. Solunum Yolu Enfeksiyonları Tedavisi, Türkçe gözden geçirilmiş 2. baskı, İstanbul, Turgut Yayıncılık-Lippincott Williams&Wilkins, sayfa;157-165, 2001.

Basharut A. Syed And Kritika Chaudhari. Smoking Cessation Drugs Market. Nature Revıews, Drug Dıscovery. Volume 12 February 2013.

Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. In: D'Amato G, Holgate ST (Eds.). The impact of Air Pollution on Respiratory Healt. 1.st. Sheffield: ERS Journal Ltd. Eur Respir Monography; 2002:p.161-79.

Boffetta P. Tobacco smoking and risk of bladder cancer. Scand J Urol Nephrol Suppl 218:45-54, 2008.

Borland R, Young H-H, Cummings KM, Hyland A, Anderson S and Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. Tob Control 15: 42-50, 2006.

Boztaş MH, Abatan E. Sigara Bırakmada İlaç Tedavisi Klinik Psikiyatri 2013;16:110-119.

Burstein AH, Fullerton T, Clark DJ, Faessel HM. Pharmacoki-netics, safety, and tolerability after single and multiple oral doses of varenicline in elderly smokers. J Clin Pharmacol. 2006;46 (11):1234–40. doi:10.1177/0091270006291837.

Centers for Disease Control: Cigarette smoking among adults. United States, 1995. CDC, MMWR 1997; 46:1217-1220.

Chandola T, Head J, Bartley M. Sociodemografic predictors of quiting smoking: how important are household factors ? Addiction. 2004 Jun;99 (6):770-7.

Corrao MA, Guindon GE, Cokkinides V, Sharma N. Building the evidence base for global tobacco control. Bull World Health Organ, 2000. 78(7):p.884-90.

Çan G, Öztuna F, Topbaş M, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinin Üç Yıllık Başvuru Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Toplum Hekimliği Bülteni Cilt 25.

Dabak Ş. Sigara ve sağlık. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004;1-32.

Dedeoğlu E, Bayram B, Kızıler AU, Dedeoğlu B. Bupropion HCl Yavaş Salınımlı Formuna Bağlı Jeneralize Tonik Klonik Nöbet. Kli nik Psikofarmakoloji Bülteni 2011;21(4):362-3.

Demir T. Sigara Bağımlılığı. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:231-238.

Dilbaz N, Apaydın L. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşireler Arasındaki Sigara İçme, Bırakma Sıklığı Ve Sigara İçme Davranışının Özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 2002;3(2):73-83.

Doğan YH. Sigarayı Bırakmada Antidepresanların Rolü. Türk Aile Hek Derg 2005;9(1):32-36.

Edis EÇ, Karlıkaya C. Türkiye'de akciğer kanserinin maliyeti. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2006;55(1):51-8.

Fagerstrom K.O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med, 1989. 12 (2): p. 159-82.

Fırat D. Tobacco and cancer in Turkey. J Environ Pathol Toxicol Oncol 15:155-60, 1996.

Ginzel KH, Maritz GE, Marks DF. Critical Review. Nicotine for the fetus, the infant and the adolescent? J Health Psychol 12:215-24, 2007.

Ginzel KH, Maritz GE, Marks DF ve diğerleri. Critical Review. Nicotine for the fetus, the infant and the adolescent? J Health Psychol 12:215-24, 2007

Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006. 296(1):p.47-55.

Gümüşdiş G, Doğanavşargil E. Klinik Romatoloji, İstanbul, Deniz Matbaası, sayfa: 418, 500, 582, 1999.

Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Eksperleri Yüksek Okulu Yayınları, 1979: 2-5.

Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease risk? A qualitative review. Nicotine Tob. Res. 2006;8:739-49.

Husten CG, Shelton DM, Chrismon JH, Lin YC, Mowery P, Powell FA. Cigarette smoking and smoking cessation among older adults: United States, 1965– 94. Tob Control. 1997;6(3):175–80.

Hyland A, Borland R, Li Q, Young H-H, McNeill A, Fong GT, O'Connor RJ and Cummings KM. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control Four Country Survey. Tob. Control 15:83-94, 2006.

International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans, 2003. Vol 88, Lyon, France.

Joossens L, Raw M. (2010). The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. A report of the Association of European Cancer Leages. http://www.europeancancerleagues.eu/component/content/article/3.

Kabat GC, Wynder EL. Determinants of quitting smoking. Am J Public Health. 1987, 77(10):1301–5.

Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;5(14).

Kann L, Kinchen SA, Williams BI. Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 1999. MMWR 2000;49:1-96.

Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7(1):51- 64.

Kaufman N, Yach D. Tobacco control-challenge and prospects. Bull World Health Organ, 78:867, 2000.

Kim H, Oh JK, Lim MK, Jeong BY, Yun EH, Park EY. The national 'smoking cessation clinics' program in the republic of Korea: socioeconomic status and age matter. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(11):6919–24.

Kim SK, Park JH, Lee JJ, Lee SB, Kim TH, Han JW, et al. Smoking in elderly Koreans: prevalence and factors associated with smoking cessation.Arch Gerontol Geriatr. 2013;56(1):214–9. doi:10.1016/j.archger.2012.08.018.

Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, 2013.

Kumar V, Cotran RS, Robbins SL, Temel Patoloji (Basic Pathology), fifth edition, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri Yayınları, sayfa: 219-220, 280, 1995.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Yönetici Özeti: Türkiye. Sağlık Bakanlığı, KYTA, Mayıs 2012.

La Brie J.W, Pedersen E.R, Eorleywine M., Olsen H. Reducing Heavy Drinking in College Males with Decisional Balance: Analyzing An Element of Motivational Interviewing. Addictive Behaviors, 31, 254-263, 2006.

Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational İnterviewing For Smoking Cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3.

Lillington GA, Leonard CT, Sacks DP. Smoking cessation. Techniques and benefits. Clin Chest Medicine 2000;21:199-208.

Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One 6. Cigarette Consumption 2002:30-1.

Mcewan JR. Kardiyolojide Güncel Konular, London, BMJ Publihing Group, Sayfa 5, 1998.

Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustausson G. Sociodemografic predictors of succes in smoking intervention. Tobacco Control 2001;10:165-169.

Murin S, Bilello KS, Matthay R. Other smoking-affected pulmonary diseases. Clin Chest Med;21:121-37, 2000.

Neville BW ve Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. CA: A Cancer Journal for Clinicians 52:195-215, 2002.

Önen ZP ve ark. Farklı Tedavi Yöntemlerinin Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkileri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2010;58(4):385-392.

Özge C ve ark. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu, Türk Toraks Derneği, Ankara 2014.

Özlü T, Gençlik ve Sigara: Özyardımcı N. Sigara ve Saglık, Bursa 2002;74-84.

Pechacek TF, Blair NA, Husten CG, Mariolis P, Starr GB. Best Practices For Comprehensive Tobacco Control Programs. Centers for Disease Control and Prevention. October 2007.

Pekel Ö. Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yeniden Başlamaya Etkisi. [Uzmanlık Tezi] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir, 2012.

Philip B, Caroline Blaum, Scott E. Sherman. Pharmacological Smoking Cessation Therapies in Older Adults: A Review of the Evidence Drugs Aging (2015) 32:443–451. doi: 10.1007/s40266-015-0274-9.

Plummer M, Herrero R, Franceschi S, ve diğerleri. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. Cancer Causes Control 14:805-14, 2003.

Prabhat J, Frank J, Chaloupka P. Curbing the epidemic: Governments and the Ecinomics of tobacco Control 1999. Washington, World Bank.

Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, et al. Predicting change in smoking status for self-changers. Addict Behav 1985;10:395-406.

Pryor WA, Stone K. Oxidants in cigarette smoke; radicals, hydrogen peroxide, peroxinitrate and peroxinitrite. Ann NY Acad Sci 1993;686:12-28.

Ridker PM, Genest J, Libby P. Risk Factors Atherosclerotic Disease. In:Braunwald E, Zipes D, Libby P (Eds.). Heart Disease. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001: p.1010-40.

Rigotti NA. Strategies to Help a Smoker. Who is Struggling to Quit. JAMA, 17 October 2012;308:15.

Roehr B. (2009). Bans on smoking reduce deaths among people exposed to secondhand smoke, study shows. BMJ 339:b4290.

Rzewnicki R, Forgays DG. Recidivism and self cure of smoking and obesity: an attempt to replicate. Am Psychol 1987; 42: 97-100.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 'Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu', KYTA, 2012.

Sapan H. Türk Tütününde Fiyatlandırma Politikası [tez]. Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı; 1997.

Schroeder SA. How Clinicians Can Help Smokers to Quit. JAMA, October 17, 2012;308(15).

Seydioğulları M, Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Dünyada ve Türkiye'de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. Tütün ve Tütün Kontrolü Türk Toraks Derneği, (2010).

Sigara Alıskanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Arastırması: PIAR Arastırması Ltd Sti. Ocak 1988.

Simon A, Carmody T, Hudes H, Proper K, Hildebrant V. Intensive Smoking Cessation Counselling Versus Minimal Counselling Among Hospitalized Smokers Treated With Transdermal Nicotine Replacement: A Randomized Trial. Am. J. Med. 2003; 114: 555-62.

Sims M, Maxwell R, Bauld L, Gilmore A. (2010). Short term impact of smoke-free legislation in England: retrospective analysis of hospital admissions for myocardial infarction. BMJ 340:c216.

Smiths Ss, Jorenby De, Fiore Mc, Kenford Sl, Wetter Dw. Strike While İron İs Hot: Can Stepped-Care Treatments Resurrect Relapsing Smokers. J Consult Clin Psychol 2001; 69: 429-39.

Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel And Staff. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996;175:1270-80.

Su H. ATS statement-cigarette smoking and health. Am J Respir Crit Care Med; 154:1579-80, 1996.

Subramanian J ve Govindan R. (2007). Lung cancer in never smokers: A review. J Clin Oncol 25:561-70.

Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. Toraks Dergisi 2007; 8(2): 110-4.

Şengün A. Göz ve tütün. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği, 2010.

T.C. Başbakanlık mevzuat bigi sistemi, 1996 yılı 4207 sayılı 'Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunname'.

T.C. Resmi Gazete. 509/5727 Sayılı, Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasi Hakkında Kanun. Erişim tarihi: 02.03.2011.

T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Haber bülteni, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, (2012).

Taylor DH Jr, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA. Benefits of smoking cessation for longevity. Am J Public Health. 2002;92(6):990–6.

The Tobacco Atlas. (2009). 3rd ed. American Cancer Society.

Tse LA, Mang OW, Yu IT, ve diğerleri. Cigarette smoking and changing trends of lung cancer incidence by histological subtype among Chinese male population. Lung Cancer. doi: 10.1016/j.lungcan.2008.12.03, 2009.

Tucker JS, Ellickson PL, Klein DJ. Predictors of the regular smoking during adolescence and young adulthood. Journal of Adolescent Health 2003;32: 314-24.

Tùnnesen P et al. Higher Dosage Nicotine Patches İncrease One-Year Smoking Cessation Rates: Results From the European CEASE Trial. Eur Respir J 1999;13:238-246.

Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi Cilt 10, Ek 10, Haziran 2009.

Tütün Kontrolü Ve Sigara Bırakma Tedavileri E-Kursu, 360: Sigara Bırakma Kliniği Modül (3) Örgütle Bırakma Sonrası Süreci, 08.04.2009.

Uncu G, Sigaranın fertilite ve gebelik üzerine etkileri. İn: Özyardımcı N.(Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa;257-280, 2002.

United States Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, CDC, and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. Atlanta, Georgia, 1994.

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2013. ST/ESA/ SER.A/348. New York: United Nations; 2013.

US, Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 2000;283:3244-54.

US. A Public Health Service Report A clinical practice guideline for treathing tobacco use and dependence. JAMA 2000;283:3244-54.

Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG.,Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: Reliability İn A Turkish Sample And Factor Analysis. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi 2004; 52(2):115-121.

Uzaslan E. Sigarayı bırakma yöntemleri. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2003;12: 166-71.

Ülger F. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. 3.Astım ve Rinit Günleri, 5–8 Mart 2009, KKTC.

Warren CW, Riley L, Asma S. Eriksen MP, Green L, Blanton C et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. Bull World Health Organ 2000;78:868-76.

West R, McNeill A, Raw M. Smoking Cessation Guidelines For Health Professionals: An Update. Toraks 2000;55:987-99.

Who, World Health Organization. Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva, (2010).

Wilson DH, Wakefield MA, Steven ID, Rohrsheim RA, Esterman AJ, Graham NMH. 'Sick of smoking':Evelation of targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. Med J Aust 1990; 152: 518-21.

World Bank, eds. Curbingthe Epidemics: Goverments and the Economics of Tobacco Control. The World Bank; Washington DC, 1999.

World Health Organization . The tobacco epidemic rages on in Eastern and Central Europe. Fact Sheet No. 156. Geneva, Switzerland; 1997.

World Health Organization. The History of Tobacco Atlas 2, 2002.

World Health Organization Küresel Tütün Salgını Raporu, (2008). MPOWER Paketi.

Yamada T. Gastroenteroloji El Kitabı, 1. baskı, Lippincott Williams&Wilkins, s.267, 486, 2002.

Yaman H, Akdeniz M. Sigara Epidemisinin Üstesinden Gelmek Birinci Basamakta Sigara Bırakma İçin ICPRG Uluslar Arası Rehberi, 2007.

Zevin S, Saunders S, Gourlay SG, Jacob P, Benowitz NL. Cardiovascular Effects of Carbon Monoxide and Cigarette Smoking. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 1633-38.

Zhao Q, Schwam E, Fullerton T, O'Gorman M, Burstein AH. Pharmacokinetics, safety, and tolerability following multiple oral doses of varenicline under various titration schedules in elderly nonsmokers. J Clin Pharmacol. 2011;51(4):492–501. doi:10. 1177/0091270010370461.

8. EKLER

Ek 1. SİGARA BIRAKMA ANKET FORMU

KONYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Hasta no: Yaşınız:

1. Sigarayı ilk kez kaç yaşında içtiniz?
2. Sigaraya başlama nedeniniz ne idi?
   a. Merak
   b. Özenti
   c. Kendini ispatlama
   d. Çevre baskısı
   e. Stres üzüntü
   f. Yasağa tepki
   g. Diğer
3. Kaç yıl sigara içtiniz?
4. Günde kaç sigara içiyordunuz?
5. Evinizde sigara içiliyor mu?
6. Evinizde sizden başka sigara içen birey var mı?
7. İşyerinizde kapalı alanda sigara içiliyor mu?
8. Sigara bırakmaya nasıl karar verdiniz?
   a. Hastalık
   b. Hastalanma korkusu
   c. Çevrem rahatsız oluyor
   d. Ben rahatsız oluyorum
   e. Ekonomik nedenler
   f. Dini inancım gereği

9. Daha önce sigarayı hiç bıraktınız mı? Kaç kez bıraktınız?
10. Bıraktıysanız hangi yöntemle bıraktınız?
11. En son hastanemize başvurunuzda doktorunuz sigara bırakma tedavisi olarak ilaç başladı mı? Başladıysa hangi ilaç başlandı?
    a. Nikotin Replasman Tedavisi
    b. Vareniklin
    c. Bupropion
12. Verilen ilacı kullanabildiniz mi? Ne kadar süre kullandınız?
13. İlacı kullanırken herhangi bir yan etki gördünüz mü?
14. Yan etki gördüyseniz bunu doktorunuzla paylaştınız mı?
15. Doktorunuzun verdiği tedavi ile sigarayı bırakabildiniz mı? Evet ise 14. Soru ile devam ediniz 21-16. Soruları geçiniz. Hayır ise 21. Soru ile devam ediniz?
16. Bıraktıysanız ne kadar süre oldu?
17. Tekrar sigara içtiniz mi?
18. Tekrar başladıysanız arada hiç içmediğiniz süre ne kadardı?
19. Sigarayı bıraktığınız halde tekrar başlama nedeniniz sizce neydi?
20. İçtiyseniz günde kaç tane içiyorsunuz?
21. Sizce bırakamama nedeniniz neydi?
22. Hangi konuda zorlandınız?
23. Tekrar doktorunuzla görüştünüz mü?
24. Tekrar sigara bırakmayı denemeyi düşünür müsünüz? Evet ise,
25. Nasıl bırakmayı düşünüyorsunuz?
26. Sizce ülkemizde kapalı alanlarda sigara içme yasağı doğru bir uygulama mı?
27. Hastanemizdeki verilen hizmetten memnun kaldınız mı?
28. Size yeteri kadar süre ayrıldığını düşünüyor musunuz?