

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BALÇOVA'DA SİGARA BIRAKMA
MERKEZİNDE BİR YILLIK BIRAKMA HIZI VE
NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN YENİDEN
BAŞLAMAYA ETKİSİ**

**Dr. ÖZLEM PEKEL
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Prof. Dr. GÜL ERGÖR**

İZMİR-2012

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇİNDEKİLER	I
TABLO DİZİNİ	III
ŞEKİL DİZİNİ	V
GRAFİK DİZİNİ	VI
KISALTMALAR	VII
TEŞEKKÜR	VIII
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Dünyada Sigara Epidemiyolojisi	6
2.2. Dünyada Sigaraya Bağlı Morbidite, Mortalite ve Hastalık Yükü	7
2.3. Türkiye’de Sigara Epidemiyolojisi	8
2.4 Türkiye’de Sigaraya Bağlı Morbidite, Mortalite ve Hastalık Yükü Sonuçları	9
2.5. Sigara Kontrol Programları	9
2.6. Sigara Bırakma Girişimleri	11
2.7 Sigara Bırakmada Relaps	17
2.8 Relapsın Önlenmesi ve Tedavisi	17
4. AMAÇ	20
5. YÖNTEM	20
5.1. Araştırmanın Tipi	20
5.2. Araştırmanın Süresi	20
5.3 Araştırmanın Evreni ve Örneği	20

	Sayfa
5.5. Değişkenler	22
5.5.1. Bağımlı Değişken	22
5.5.2. Bağımsız Değişkenler	22
5.6. Değişkenlerin Tanım ve Ölçütleri	23
5.6.1. Bağımlı Değişken	23
5.6.2. Bağımsız Değişkenler	23
5.7. İzlemde Kayıp	26
5.8. Veri Toplama Yöntemi	26
5.9. Çözümleme	26
6. BULGULAR	27
6.1. Tanımlayıcı Bulgular	27
6.2. Çözümleyici Bulgular	31
6.3 Bir Yıllık Relaps Hızı ve Relapsı Etkileyen Etmenler	40
7. TARTIŞMA	53
7.1 Bir yıllık sigara bırakma hızı ve sosyo-demografik özellikler	53
7.2 Nikotin bağımlılık düzeyi ve bir yıllık sigara bırakma hızı	56
7.3 Bir yıllık sigara bırakma durumunu etkileyen etmenler	57
7.4 Sigaraya yeniden başlama hızı ve etkileyen etmenler	58
8. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI	61
9. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
10. KAYNAKLAR	62
11. EKLER	72
11.1. Etik Kurul Onayı	72
11.2. Veri Toplama Formu	75

TABLolar**DİZİNİ**

Sayfa

Tablo 1. GATS Üye Ülkelerden Bazılarında Cinsiyete Göre Şu an Sigara İçen Kişilerin Oranı	6
Tablo 2. Ülkelere Göre Günlük Sigara İçme Sıklığı, 2009	7
Tablo 3. Türkiye’de Değişik Çalışma Sonuçlarına Göre Yetişkinlerde Sigara İçme Sıklıkları	8
Tablo 4. Tütün Kontrol Yöntemleri Ve Etkinlikleri	10
Tablo 5. Sigara Bırakmada Birinci Basamak Tedavi	14
Tablo 6. Sigara Bırakma Girişimlerinin Bırakma Hızlarına Etkisi	16
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	27
Tablo 8. Katılımcıların çalışma durumları ve çalıştıkları iş kollarının dağılımı	28
Tablo 9. Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Dağılımı	29
Tablo 10. Katılımcıların Cinsiyete Göre Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Dağılımı	30
Tablo 11. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Dağılımı	30
Tablo 12. Nikotin bağımlılık düzeyine göre katılımcıların özellikleri	32
Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin sigara bırakmaya etkisi	33
Tablo 14. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyinin sigara bırakmaya etkisi	34
Tablo 15. Katılımcıların depresyon-anksiyete düzeyinin sigara bırakmaya etkisi	35
Tablo 16. Katılımcıların kronik hastalık varlığının sigara bırakmaya etkisi	36
Tablo 17. Diyabetin sigara bırakmaya etkisinin cinsiyet ve yaşa göre tabakalı analizi	37
Tablo 18. Sigara Bırakma Durumuna Göre Katılımcıların Dağılımı	
Tablo 19. katılımcılara uygulanan tedavi yöntemlerinin sigara bırakmaya etkisi	37
Tablo 20. Araştırma grubunda sigara bırakamama ile nikotin	38

bağımlılık düzeyi arasındaki ilişki, düzeltilmiş Cox Regresyon modelleri	39
Tablo 21. Katılımcıların özelliklerinin sigaraya yeniden başlamaya etkisi	41
Tablo 22. Çevrede sigara kullanma durumunun yeniden başlamaya etkisi	47
Tablo 23. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyinin sigaraya yeniden başlamaya etkisi	48
Tablo 24. Katılımcıların kullandıkları tedavi yöntemlerinin sigaraya yeniden başlamaya etkisi	50
Tablo 25. Araştırma grubunda relaps ile nikotin bağımlılık düzeyi arasındaki ilişki, düzeltilmiş Cox Regresyon modelleri	52

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1	Araştırmaya katılım şeması	21
Şekil 2	Araştırmanın zaman çizelgesi	22

GRAFİK DİZİNİ

	Sayfa
Grafik 1. Araştırma grubunda on iki ayda sigara bırakmayı sürdürme	42
Grafik 2. Araştırma grubunda cinsiyete göre sigara bırakmayı sürdürme	43
Grafik 3. Araştırma grubunda yaş gruplarına göre sigara bırakmayı sürdürme	44
Grafik 4. Araştırma grubunda öğrenim durumuna göre sigara bırakmayı sürdürme	45
Grafik 5. Araştırma grubunda çalışma durumuna göre sigara bırakmayı sürdürme	46
Grafik 6. Araştırma grubunda nikotin bağımlılık düzeyine göre sigara Bırakmayı sürdürme	49
Grafik 7. Araştırma grubunda tedavi yöntemine göre sigara bırakmayı sürdürme	51

KISALTMALAR

KISALTMA	AÇIKLAMASI
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GATS	Global Adult Tobacco Surveillance System
BAK	Balçova'nın Kalbi Projesi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MPOWER	Küresel Tütün Kontrolü İçin Politika Paketi
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
UHY-ME	Ulusal Hastalık Yüğü Maliyet Etkinlik Çalışması
FDA	Food and Drug Administration
GA	Güven Aralığı
OR	Olasılıklar Oranı
DEÜTF	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
CO	Karbonmonoksit

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında yanımda olan, benimle bilgi ve deneyimini paylaşarak bana her konuda destek olan danışmanım Prof. Dr. Gül Ergör'e teşekkür ederim.

Sigara Bırakma Merkezini kurarak bu tezin oluşmasına katkı sağlayan ve tez sürecim boyunca destek olan Doç. Dr. Türkan Günay'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim sürecinde bilgisini ve katkısını esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Belgin Ünal'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitim sürecimin her aşamasında bana yaptıkları katkılarında ve bilgi birikimlerini benimle paylaştıklarında dolayı başta Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu olmak üzere tüm Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Sigara Bırakma Merkezinde birlikte çalıştığım hekim arkadaşlarıma, hemşire hanıma, toplum sağlığı destek elemanlarına katkılarında dolayı teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan ve öğrenmekten keyif aldığım tüm bölüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Son olarak tez çalışmam ve uzmanlık eğitimim boyunca hep yanımda olan sevgili aileme, varlıkları ile bana güç veren çocuklarım Duygu ve Umut'a teşekkür ederim.

Özlem Pekel

BALÇOVA'DA SİGARA BIRAKMA MERKEZİNDE BİR YILLIK BIRAKMA HIZI VE NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN YENİDEN BAŞLAMAYA ETKİSİ

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Sigara dünyada en önemli önlenabilir ölüm nedenleri arasındadır. Sigaranın bırakılması birçok hastalık için morbidite ve mortaliteyi azaltmasının yanında özellikle sigaraya başlama riski yüksek olan gençler için de çevredeki model sayısını azaltmaktadır. Son yıllarda toplum tabanlı girişimler ve bu konuda tedavi edici hizmetlerin uygulanması gerekliliği artmıştır. Çalışmanın temel amacı Balçova'da sigara bırakma merkezine gelen bireylerde bir yıllık bırakma hızını ve sigaraya yeniden başlama durumunu belirlemek, nikotin bağımlılık düzeyinin etkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: İleriye yönelik bir araştırmadır. Çalışmanın hedef grubunu Balçova Sigara Bırakma Merkezine Ekim 2009-Nisan 2010 tarihleri arasında başvuran 746 kişi oluşturmuştur. Araştırma grubunu ise başvuran bireylerden en az dört haftadır sigara içmeyen 359 kişi oluşturmuştur. Sigaraya yeniden başlama riski %50 alınarak %5 sapma, %95 güven düzeyi ile ulaşılması gereken en az kişi sayısı 186 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni bir yıllık bırakma hızı ve yeniden başlama hızıdır. Bağımsız değişkenler; sosyo-demografik özellikler, nikotin bağımlılık düzeyi, depresyon-anksiyete düzeyi, kronik hastalık varlığı, kullanılan tedavi yöntemi ve sigara içme durumu ile ilgili özelliklerdir. Bireyler on iki ay izlenmiş, kendi bildirimine göre ve/veya CO ölçümü 6 ppm üzerinde olanlar sigaraya yeniden başlamış kabul edilmiştir. Çözümlemede Ki-kare, T-testi, Mantel Haenzel, Cox regresyon analizi, Kaplan Meier Sağkalım analizi ve log rank testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışma grubunda bir yıllık sigara bırakma hızı %30.1'dir. Sigarayı bırakan 359 kişinin bir yıllık izleminde %50.1'i yeniden sigaraya başlamıştır. Nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma hızının anlamlı olarak azaldığı, yeniden başlama hızının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. İlaç tedavisi alma sigara bırakma başarısını anlamlı olarak artırmıştır. Kullanılan tedavi yöntemi bakımından sağkalım

analizi yapıldığında Vareniklin alan grupta bırakmayı sürdürme süresi en uzundur (p=0.0001).

SONUÇ VE ÖNERİLER: Çalışmada nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma hızının azaldığı, yeniden başlamanın arttığı saptanmıştır. Bu nedenle sigara bırakma girişimlerinin bağımlılık düzeyi artmadan başlaması önemlidir. Ayrıca özellikle yüksek düzey grubun ilaçla tedavisi sağlanmalıdır. Sigaraya yeniden başlamayı önleyici etkisi de düşünülerek ilaç tedavisi izleme birlikte uygulamaya alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sigara bırakma, sigaraya yeniden başlama, Fagerstrom nikotin bağımlılık düzeyi, sigara bırakma tedavisi

SUMMARY

ONE-YEAR RATE OF SMOKING CESSATION IN BALÇOVA CENTER AND EFFECT OF NICOTINE DEPENDENCE ON RELAPS RATE

INTRODUCTION AND BACKGROUND: Smoking is the leading preventable causes of death in the world. Smoking cessation provides reduction in morbimortality as well as a better environmental model for the adolescents at risk. There is growing evidence on the need for public based programs on smoking cessation. The main purpose of this study is to establish the rate of smoking cessation and ratio of restarting at one year in Balçova smoking cessation center. We also aimed to determine the effect of nicotine dependence on relaps rate.

METHOD: This is a prospective study. The target group of the study was 746 objects who admitted to Smoking Cessation Center Balcova between October 2009-April 2010. 359 of the cases who quitted smoking for at least four weeks were enrolled in the study. A minimum of 186 objects were required to be followed for a %50 relaps risk, %5 SD and %95 CI. The dependent variables of the study were one-year cessation rate and relaps rate. Independent variables were: socio-demographic characteristics, nicotine addiction, depression-anxiety level, presence of chronic disease, the treatment method used for smoking cessation and the properties related to smoking status. Individuals who reported restarting, and / or CO measurement above 6 ppm were accepted as resmokers. Chi-square analysis, T-test, Mantel Haenzel, Cox regression analysis, Kaplan-Meier survival analysis and the log-rank test were used for statistical analysis.

RESULTS: One year rate of smoking cessation was 30.1 % in the whole study group. 50.1% of objects who quitted smoking restart to smoke at one year of follow-up. The rate of smoking cessation was significantly lower in the objects with high level of nicotin dependency. Relaps rate was also higher in nicotin addicts. Pharmacological treatment was associated with increased success rates in smoking

cessation. Survival analysis according to the treatment method showed that length of continuing smoking cessation was highest in vareniclin group.(p = 0.0001).

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS: Nicotine dependency was shown to be associated with lower rates of smoking cessation and higher rates of relaps. Because of this, it is important to begin smoking cessation attempts before the objects become strong addicts. Pharmacological treatment should be initiated for the objects with high level of dependency. Moreover, considering the success of pharmacological treatment in lowering relaps rate, it would be better to apply drug therapy routinely in smoking cessation programs.

Key words: Smoking cessation, smoking relaps, Fagerstrom nicotine dependency level, smoking cessation treatment

1. GİRİŞ, GENEL BİLGİLER, AMAÇ

1 GİRİŞ

Sigara, dünyada en sık sekiz ölüm nedeninden altı tanesi için risk etmenidir. Dünyada her yıl beş milyondan fazla kişi tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu sayı 2030 yılında sekiz milyonu aşacaktır [1]. Türkiye’de on beş yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31.2’si her gün sigara içmektedir. Sigara içme sıklığı erkeklerde (%47.9) kadınlara (%15.2) göre daha fazladır [2]. DSÖ Tütün kontrolü çerçeve sözleşmesinde tütün kullanımının yol açtığı sorunlar ‘halk sağlığı sorunları’ olarak algılanmaktadır. Etkili tütün kontrolü için kültürel, sosyal, ekonomik, politik ve yasal konularda yerel özellikler dikkate alınmalıdır [3]. Türkiye’de tütün kontrolü ile mücadelede 1996 yılında çıkan ‘Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’ dönüm noktasıdır. 2004’ te Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi imzalanmıştır. Sözleşmenin 14. Maddesinde ‘Tütün Bağımlılığını Azaltma ve Bıraktırma’ politikası kabul edilmiştir [4]. MPOWER (Küresel Tütün Kontrolü İçin Politika Paketi) bileşenlerinden birisi de ‘Sigarayı bırakmaya yardım et’ olmuştur [5]. Tütün kullananların yaklaşık yarısının (%44,8) son yıl içinde sigara kullanmayı bırakma girişimi olmuştur. Son 12 ay içinde bırakma girişiminde bulunan tütün kullanıcıları arasında %9,3’ü ilaçla bırakma, %1,8’i danışmanlık, %7,1’i diğer yöntemleri kullanmıştır. Sigara kullananların yarısından fazlası (%53,0) bırakma ile ilgilenmektedir ancak %10,0’ı gelecek ay sigarayı bırakmayı planladığını belirtmektedir [2].

Sigara bırakma poliklinikleri sigara bağımlılığının tedavisi için en kolay ve en etkili yol olarak gösterilmektedir. Sigara bırakma işleminin özelleşmiş sigara bırakma polikliniklerinde, hastanın yakından izlenerek ve iyi motive edilerek yapılması başarı olasılığını artırmaktadır [6]. Türkiye’de sigara bırakma girişimlerinin birinci basamakta yeterince yer almadığı gözlemlenmektedir. Son yirmi yılda özelleşmiş sigara bırakma poliklinikleri açılmıştır. Tütün kontrolünün sağlanmasında bu merkezlerin payı büyüktür. Sigara bırakma polikliniği olmaksızın bırakma olasılığı %3-5 iken poliklinik yardımı ile bu oran %40'lara kadar yükselmektedir [7]. Ülkemizde tütün kontrolü konusunda girişimlerin etkinliğinin gösterilmesi ve bu girişimlerin uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Dünyada Sigara Epidemiyolojisi:

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tütün kullanımını en yaygın halk sağlığı sorunlarından biri olarak tanımlamaktadır. Yılda beş milyondan fazla kişi sigaraya bağlı nedenlerden ölmektedir. Ölümlerin %80'inden fazlası düşük ve orta düzeyde gelişmiş ülkelerdedir. 2030 yılında sigaraya bağlı ölümlerin sayısının sekiz milyona ulaşacağı belirtilmektedir [8]. Sigara kullanım sıklığı dünyada erişkinlerde 1998 yılında %30 oranında iken bu sayının 2020'de %35'e çıkması beklenmektedir [9]. DSÖ'nün farklı bölgelerinde yürütülen toplum tabanlı çalışmaların sonuçlarına göre tütün kullanımı GATS (Global Adult Tobacco Surveillance System) ile her yıl güncellenmektedir [10].

Tablo 1. GATS Üye Ülkelerden Bazılarında Cinsiyete Göre Şu an Sigara İçen Kişilerin Oranı (10)

Ülke	Erkek(%)	Kadın(%)
Polonya	33.5	21.0
Rusya	60.2	21.7
Mısır	37.7	0.5
Hindistan	47.9	20.3
Tayland	45.6	3.1
Meksika	24.8	7.8
Çin	52.9	2.4
Türkiye	47.9	15.2

Kaynak: *CDC Global Tobacco Surveillance System Data Fact Sheets, 2011*

Tütün kullanımı gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır. Önümüzdeki yirmi yıl içinde tütüne bağlı ölümlerin %80'inden çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde görülecektir [11]. Tütün salgınının gelişmekte olan ülkelere kayması sonucunda, sağlık bakım hizmetlerinin yetersizliği eklenince bu ülkelerde hastalıklar ve ölümler beklenmedik hızla artacaktır. Nüfusu fazla olan ülkelerde kadınlar arasında sigara kullanımının yaygınlaşması bu salgının büyümesi bakımından son derece ciddi bir tehlikedir [12].

Tablo 2. Ülkelere Göre Günlük Sigara İçme Sıklığı, 2009 [13]

Gelişmiş		
Ülkeler	Erkek(%)	Kadın(%)
Fransa	28.2	21.7
Almanya	27.9	18.8
İtalya	28.6	16.3
Japonya	39.9	10.0
İngiltere	22.0	20.0
Amerika	22.3	17.4
Gelişmekte Olan Ülkeler		
Olan Ülkeler	Erkek(%)	Kadın(%)
Polonya	34.0	23.0
Ukrayna	62.3	16.7
Çin	57.4	2.6
Mısır	39.2	0.4
Filipinler	40.3	7.1
Rusya	60.4	15.5

Kaynak: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. 2009: Geneva.

2.2 Dünyada Sigaraya Bağlı Morbidite, Mortalite ve Hastalık Yüğü

Sigara direkt ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindedir. Sigara içenlerde sağlık durumu göstergelerinde azalma, sağlık kurumuna başvurularda artış ve dolaylı olarak işten kayıplarda artış görülmektedir[14]

Sigaraya bağlı nedenlerden 2000 yılında dünyada 30 yaş üstünde 4.83 milyon erken ölüm gerçekleşmiştir. Ölüm nedenlerinin 1.69 milyonu kardiyovasküler hastalık, 0.97 milyonu kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 0.85 milyonu akciğer kanseridir [15]. Sigaraya bağlı erken ölümler nedeniyle sağlık yaşam yılı kayıpları ile morbiditeye bağlı sağlıklı yaşam yılı kayıplarının birlikte değerlendirildiği hastalık yüğü

tahminlerine göre dünyada hastalık yükünün %4.1'inin sigaraya bağlı olduğu bildirilmektedir [16].

2.3 Türkiye'de Sigara Epidemiyolojisi:

Türkiye'de sigara içme sıklığı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması raporuna göre %31.2'dir. Erkeklerin %47.9'u, kadınların %15.2'si her gün düzenli olarak sigara kullanmaktadır[2]. Türkiye'de son yıllarda yapılan çalışmalarda tütün kullanım sıklığında azalma olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Türkiye'de Değişik Çalışma Sonuçlarına Göre Yetişkinlerde Sigara İçme Sıklıkları

ULUSAL DÜZEYDEKİ ÇALIŞMALAR	Yıl	Yaş	Erkek	Kadın
TEK HARF[17]	2000	30 yaş üzeri	%45.8	%17.6
TURDEP [18]	2002	20 yaş üzeri	%50.9	%10.9
Ulusal Hastalık Yükü	2003	18 yaş üzeri	%49.4	%17.6
Maliyet Etkinlik Çalışması [19]				
TÜİK Aile Yapısı	2006	18 yaş üzeri	%49.0	%15.0
Araştırması[20]				
TURDEP-2[21]	2010	20 yaş üzeri	%31.4	%9.8
BÖLGESEL DÜZEYDEKİ ÇALIŞMALAR	Yıl	Yaş	Erkek	Kadın
Çan G ve ark. [22]	1998	15 yaş üzeri	%59.1	%24.9
Emri S ve ark. [23]	2002	15 yaş üzeri	%50.9	%25.5
Çan G ve ark. [24]	2005	15 yaş üzeri	%53.2	%20.4
Bozkurt A ve ark. [25]	2005	15 yaş üzeri	%49.7	%11.8
Keskinoğlu P ve ark. [26]	2007	15 yaş üzeri	%53.4	%22.4

2.4 Türkiye’de Sigaraya Bağlı Morbidite, Mortalite ve Hastalık Yükü Sonuçları

Türkiye’de hastalık yükü çalışmasının sonuçlarına göre tütün kullanımı ile ilişkili olan hastalıklara bağlı yük toplam hastalık yükünün %8.6’sından sorumludur. Sigaraya bağlı hastalık yükü dağılımına göre kardiyovasküler hastalıkların %3, kronik obstrüktif akciğer hastalığının %1.4’lük payı vardır. Sigara içmenin önlenmesi ile toplumun %77’si trakea, bronş ve akciğer kanserinden, %46’sı üst aerodigestif kanserden, %52’si KOAH’dan, %16’sı kardiyovasküler hastalıklardan korunacaktır [27]. İzmir Kanser İzleme ve Denetim Merkezi 2006 verisine göre trakea, bronş ve akciğer kanserleri %28 ile erkeklerde, genel toplamda tüm kanserler içinde %18.7 ile yine ilk sıradadır [28].

2.5 Sigara Kontrol Programları

Sigara ve sigara ile ilişkili hastalıklardan korunma konusunda yürütülecek çalışmalar şu şekilde önerilmektedir [29].

1- Tütün ürünlerine olan talebin azaltılmasına yönelik önlemler

- Ücret ve vergi artışı
- Çevresel sigara dumanından etkilenimin önlenmesi
- Reklam, promosyon ve sponsorlukların önlenmesi
- Eğitim, bilgi, bilinçlendirme çalışmaları
- Sigara bırakma programları
- Tütün ürünlerinin kontrolü, çarpıcı sağlık uyarılarının paketlere konması

2- Tütün ürünleri elde etmeyi azaltmak için önlemler

- Yasadışı ticaretin önlenmesi
- Gençlerin tütüne ulaşımının engellenmesi
- Tütün üretimi yerine geçebilecek ürünlerin desteklenmesi

Önerilen politikalardan tütün kontrolüne katkısı en fazla olanların sigara fiyatlarının artırılması ve kamuya açık alanlarda sigara içiminin yasaklanması olarak gösterilmiştir [30].

Birincil düzeyde tütün kontrol yöntemleri ve etkinlikleri Tablo 4’te gösterilmiştir [7].

Tablo 4. Tütün Kontrol Yöntemleri Ve Etkinlikleri

Çevresel duman etkilenimini azaltmaya yönelik stratejiler	
Sigara yasak ve kısıtlamaları	Önerilir (güçlü kanıt)
Ev ortamında maruziyeti önlemeye yönelik toplum eğitimi	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Çocuk,ergen ve gençlerin tütüne başlamasının azaltılmasına yönelik stratejiler	
Tütün ürünlerinin birim fiyatlarının arttırılması	Önerilir (güçlü kanıt)
Diğer girişimlerle birlikte kitle iletişim araçlarıyla eğitim	Önerilir (güçlü kanıt)
Tütünün bırakılmasını artıcı stratejiler	
Tütün ürünlerinin birim fiyatlarının arttırılması	Önerilir (güçlü kanıt)
Kitlesel medya ile eğitim	
Diğer girişimlerle kombine edilmiş Kampanyalar	Önerilir (güçlü kanıt)
Sigara bırakma serileri	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Sigara bırakma serileri yarışmaları,oduller	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Sağlık sistemleri için uygun girişimler	
Hizmet sunucu hatırlatıcı sistemleri(tek başına)	Önerilir (yeterli kanıt)
Hizmet sunucu eğitim sistemleri(tek başına)	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Hizmet sunucu hatırlatıcı+eğitimi (hasta eğitimi ile birlikte veya değil)	Önerilir (güçlü kanıt)
Hizmet sunucu geri bildirim sistemi	Etkinliğe yönelik kanıt yetersiz
Tütün kullanımı ve bağımlılığının etkin tedavisinde paket fiyat dışındaki maliyetlerin azaltılması	Önerilir (yeterli kanıt)
Diğer girişimlere ek olarak hasta telefon destek sistemi(bırakma hatları)	Önerilir (güçlü kanıt)

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

Türkiye’de tütün kontrolü ile ilgili ilk önemli adım 1996’da çıkan ‘Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’ dur. Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi’ nin 2004’te imzalanmasının ardından sigara konusunda yasal düzenlemelerin kapsamı

genişletilmiştir [4]. Ulusal Tütün Kontrol Programı 2006'da yayınlanmıştır. Programın temel amacı 15 yaş ve üzerindeki sigara içmeyenlerin oranını %80'e, 15 yaşın altındaki sigara içmeyenlerin oranını %100'e çıkarmaktır. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Yapılan değişlikle 2008 yılında tüm kapalı ortamlarda sigara içme yasaklanmıştır. İkrım sektörünü kapsayan ikinci aşama 2009'da uygulamaya girmiştir. Sigara paketleri üzerinde sigaranın istenmeyen sağlık etkilerine ilişkin uyarı yazılarının bulunması 2006 yılından sonra zorunlu hale gelmiştir [31].

2.6 Sigara Bırakma Girişimleri

Tütün bağımlılığı yinelenen ve çoklu girişimler gerektiren kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle tütün bağımlısı hekim tarafından sürekli kontrol altında tutulmalıdır. Destek almadan sigara bırakanlarda uzun dönem başarı oranı %7 iken, destek ile bu oran %15-30'a ulaşmaktadır [32]. Nikotin bağımlılığı sigara içen herkeste aynı düzeyde değildir. Bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesi için en yaygın kullanılan yöntem Fagerström nikotin bağımlılık testidir [33]. Sigara bırakma tedavisinin şekli ve başarısı bağımlılık düzeyi ile ilişkilidir.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günde kaç sigara içiyorsunuz?
 - a. 10'dan az (0 puan)
 - b. 11-20 adet (1 puan)
 - c. 21-30 adet (2 puan)
 - d. 31 ve daha fazla (3 puan)
2. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?
 - a. İlk 5 dk içerisinde (3 puan)
 - b. 6-30 dk içerisinde (2 puan)
 - c. 31-60 dk içerisinde (1 puan)
 - d. 1 saatten sonra (0 puan)
3. Sigara içilmesi yasak yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?
 - a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

a. Sabah içilen ilk sigara (1 puan)

b. Diğerleri (0 puan)

5. Sigarayı günün ilk saatlerinde, daha sonraki saatlerle karşılaştırdığınızda daha sık içiyor musunuz?

a. Evet (1 puan)

b. Hayır (0 puan)

6. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?

a. Evet (1 puan)

b. Hayır (0 puan)

Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde, 0-2 puan arası çok düşük düzey, 3-4 puan arası düşük düzey, 5 puan orta düzey, 6-7 puan arası yüksek düzey, 8-10 puan arası çok yüksek düzey bağımlı kabul edilmektedir [34].

Sigara bırakmaya yönelik geliştirilen uygulamalar sigara içmenin farklı davranışsal boyutlarını göz önüne alan yaklaşım ve modelleri esas alır. Bu modellerden 'Transtheoretical Model' sigara bırakmayı beş aşamalı bir değişim süreci olarak tanımlamaktadır [35]. Bu modele göre sigara içen bireyler sigara bırakma öncesi, sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı beş evre arasında geçiş yaparlar.

1. Bırakmanın düşünülmediği evre

2. Bırakmanın düşünüldüğü evre

3. Bırakmaya hazırlanma evresi

4. Deneme evresi

5. Sürdürme evresi

Farklı evrelerdeki bireylerin özellikleri ve gereksinimlerine uygun girişimin yapılması sigara bırakma başarısını artırmaktadır [36]. Girişimin etkinliği olgunun doğru tanımlanmasına ve bir sonraki evreye geçişini sağlayacak doğru uygulamalara bağlıdır. İçicinin bir sonraki evreye geçişine yol açan açık ve net girişimler içicilerin sigarasız kalma oranını %75 artırırken, bulunduğu evreden iki evre ilerlemesine yardımcı olmak sigarasız kalma oranını %300 artırmaktadır [37]. Sigara içicilerinin büyük kısmının ilk iki evrede olduğu düşünülürse toplum tabanlı bir girişimle 'bırakmayı düşünmeyen' içicileri 'düşünme evresi'ne taşımak, 'düşünme evresi'nde

sıkışıp kalmış içicileri 'harekete geçirmek' oldukça önemlidir. Bırakmayı düşünmeyen bireylerde uygulanabilecek öneriler '5R' basamak yöntemiyle açıklanmaktadır [38].

Relevance (İlişki)	Bireye özel bir durumu ele al
Risks (Riskler)	Sigara içmenin sonuçlarını vurgula
Rewards (Ödüller)	Sigara içmemenin sonuçlarını vurgula
Roadblocks (Engeller)	Sigarayı bırakmayı engelleyen sorunları belirle
Repetition (Tekrar)	Bireyin her başvurusunda motivasyonu tekrarla
Bırakmayı düşünen bir içici için öneriler '5A' yöntemiyle açıklanmaktadır.	
Ask (Sor)	Bireyin sigara içme durumunu öğren, kaydet
Advice (Öner)	Bırakma önerisinde bulun
Assess (Değerlendir)	İstek ve kararlılığı sorgula, bağımlılık düzeyini değerlendir
Asist (Yardım et)	Bırakma planı ve tedavisi için yardımcı ol
Arrange (İzle)	Bırakma sonrası kontrollerini düzenle

Sigara bırakma danışmanlığı sorun çözme becerileri ve sosyal destek içermelidir. Kişisel, grup ve telefon danışmanlığı etkilidir ve tedavi başarısını artırır [39]. Sigara içiminin psikolojik ve davranış boyutunu algılamak ve bunlara yönelik bilişsel ve davranışçı tedavileri uygulamak tedavi başarısını artırmaktadır [40]. Sigara bırakma bir süreç olarak algılanmalı, hastaya olumlu yaklaşılmalı, yargılayıcı ve suçlayıcı bir tavır alınmamalıdır. Hastanın kaygıları ve engelleri konuşulmalı, bu konuda yardımcı olmaya çalışılmalıdır. Önerilen izlem süresi bırakma gününden sonraki 15 gün içerisinde en az bir kez, izleyen üç ay ayda bir kez ve sonra üç ayda bir olmak üzere toplam bir yıldır [41].

Sigara bırakma tedavisinde etkinliği kanıtlanmış üç farmakolojik yöntem; nikotin yerine koyma tedavisi, bupropion ve vareniklidir. Ülkemizde nikotin yerine koyma tedavisi olarak nikotin bandı ve nikotin sakızı bulunmaktadır. FDA'nın önerdiği tedavi şeması tablo 5'te gösterilmiştir [42].

Tablo 5. Sigara Bırakmada Birinci Basamak Tedavi

	Nikotin sakızı	Nikotin bandı	Bupropion SR 150mg	Vareniklin
Doz	Günlük sigara sayısı<24 2mg 25< ise 4mg. İle başla	Günlük sigara sayısı10< ise 21mg, <10 ise 14 mg ile başla	Bırakma tarihinden 1-2 hf. önce İlk 3 gün 150mg ile başla, 300mg ile devam et	Bırakma tarihinden 1 hf. önce ilk üç gün 0.5mg ile başla, 4. gün günde 2 kez 0.5mg ve 2.ayda günde 2 kez 1mg ile devam et
Tedavi süresi	3 ay	3 ay	6 ay	3-6 ay
Yan etkiler	Üst sindirim sistemi rahatsızlığı	Uykusuzluk, ciltte rahatsızlık	Uykusuzluk, nöbet eşiğinde azalma	Uykusuzluk, canlı rüyalar, bulantı
Gebelik sınıflaması	C	D	C	C
Altı aylık bırakmada plaseboya göre OR	1.5(1.2-1.7)	1.9(1.7-2.2)	2.0(1.8-2.2)	3.1(2.5-3.8)

Kaynak: Chandler MA, Rennard SI. Smoking cessation. Chest, 2010. 137(2): p. 428-35.

Sigara bırakma konusunda yapılan çalışmalar uzun dönem izlemin sigara bırakma başarısını 1.76 kat artırdığını göstermiştir. Hafif yoğunluklu bir girişimle bu oran 1.66 kat iken fazla yoğunluklu bir girişimle bu oran 1.84 kat olmaktadır [43]. Girişim için harcanan zaman ile sigara bırakma hızı arasında doğru orantı ile giden bir artış vardır. Sigara içen kişi için <1 dk süren kısa girişimle sigara bırakma hızı %10, 2-5 dk süren ılımlı girişimle %12 ve >5 dk süren yoğun girişimle %16-34 arasında değişmektedir [44]. Kısa girişimle kişinin bırakma isteği değerlendirilmeli ve sigara bırakma hizmeti konusunda bilgi verilmelidir. İlimli girişimle engelleri aşmak için öneriler sunulmalı ve bırakma tarihi belirlenerek izlem planlanmalıdır. Yoğun girişimde ise bunlara ek olarak bağımlılık, tetikleyiciler ve olumsuz duygular konusunda görüşülmeli, gerekiyorsa ilaç tedavisi planlanmalıdır [45]. Etkili bir danışmanlıkta öncelikle sigaranın zararları konusunda yeterince bilgi verilmeli, davranış değişiklikleri önerilmeli, hastanın tepkileri tartışılmalı ve geri bildirim yapılmalı, davranış değişikliğini görebilmek için izlem yapılmalıdır [46]. Hekim izlem sürecinde bazı temel konular hakkında bilgi vermelidir. Öncelikle bu süreçte nikotin yoksunluk belirtilerinin yaşanabileceği, bunların sigarayı bıraktıktan sonra ilk birkaç gün yoğun olacağı ve 3-4 hafta içinde ortadan kalkacağı açıklanmalıdır. Sigara için bilinen yüksek riskli davranışlar belirlenmeli ve bu durumlardan kaçınması konusunda uyarılmalıdır. Davranışla başa çıkmak için bulunduğu ortamı değiştirmek, derin nefes almak, egzersiz yapmak, ilgi çekici bir aktivite edinmek ve sosyal destek almak gibi önerilerde bulunulmalıdır [47]. Telefonla geri arama danışmanlığının etkinliğini artırmaktadır [48]. Telefonla geri aramanın en az altı kez yapıldığı girişimlerde uzun dönem bırakma oranı 1.29 kat artmaktadır [49]. Telefon danışmanlığı proaktif ve reaktif olarak iki şekilde yapılmaktadır. Proaktif danışmanlıkta kişiye belirlenen izlem sıklığında ulaşılır. Reaktif danışmanlıkta bir destek hattından kişi kendi isteğiyle danışmanlık alır. Proaktif danışmanlığın sigara bırakmaya etkisinin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır [50]. Grup danışmanlığı bireysel danışmanlıktan daha etkili olmaktadır [51]. Özellikle sigara bırakma konusunda eğitilmiş sağlık çalışanlarının yaptığı grup danışmanlığı başarıyı artırmaktadır [52]. Sigara bırakma girişimlerinin bırakma hızına etkisi tablo 6'da gösterilmiştir [53].

Tablo 6. Sigara Bırakma Girişimlerinin Bırakma Hızlarına Etkisi

Girişim/Kontrol Grubu	Odds Oranı* (%95 Güven Aralığı)	Girişim Grubunda Olası Bırakma Hızı (6 aylık) (%95 Güven Aralığı)	Kontrol Grubunda Olası Bırakma Hızı (6 aylık) (%95 Güven Aralığı)
Hekimin uzun süreli danışmanlığı (>10dk)	2.3 (2.0-2.7)	22.1 (19.4-24.7)	10.9
Bupropion/Plasebo	2.1 (1.5-3.0)	30.5 (23.2-37.8)	17.3
Nikotin Bandı/Plasebo	1.9 (1.7-2.2)	17.7 (16.0-19.5)	10.0
Nikotin Sakızı/Plasebo	1.5 (1.3-1.8)	23.7 (20.6-26.7)	17.1
Grup tedavisi/özel tedavi yok	1.3 (1.1-1.6)	13.9 (11.6-16.1)	10.8
Hekimin kısa süreli danışmanlığı(3dk<)	1.3 (1.1-1.6)	10.2 (8.5-12.0)	7.9
Proaktif telefon danışmanlığı/ Danışmanlık yok	1.2 (1.1-1.4)	13.1 (11.4-14.8)	10.8
Kendi kendine yardım girişimi/girişim yok	1.2 (1.0-1.3)	12.3 (10.9-13.6)	10.8
Vareniklin/Plasebo [54]	5.7 (3.7-8.8)	47.4	19.2

*Odds Oranı: Girişim grubundaki kişilerin bırakma olasılığı/ Kontrol grubundaki kişilerin bırakma olasılığı

Kaynak: WHO European Strategy for Smoking Cessation Policy. WHO European Tobacco Control Policy Series No. 1. 2004: Copenhagen.

2.7 Sigara Bırakmada Relaps

Relaps (nüks) sigaranın bırakılmasından sonra yeniden eskisi gibi düzenli olarak sigara içilmeye başlanmasıdır. Relaps gerçekleşmeden önce tek bir sigara içilmesi kayma (slip), birkaç sigara içilmesi ya da birkaç gün az miktarda sigara içilmesi hata (laps) olarak tanımlanmaktadır. Kayma ve hatalar büyük oranda relaps ile sonuçlanmaktadır. Sigarayı bıraktıktan sonra ilk 5-10 gün relaps için en riskli dönemdir [55]. Sigara bırakan kişide hata yapmaya götüren en önemli nedenler; sigaraya duyulan yoğun özlem, olumsuz etkiler, sigarayı hatırlatan davranışlar, alkol tüketimi ve başa çıkma girişimlerinde yetersizliktir [56]. Yoğun davranışsal tedaviler ve farmakolojik yöntemlerle uzun dönem sigara bırakma hızları %50 oranlarına ulaşmasına karşın relaps önleme konusunda somut çözümler bulunamamıştır. Relapsa yatkınlık oluşturan nedenler ilk dönem için çoğunlukla fiziksel yoksunluk belirtileri iken, ilerleyen dönemde ise aşırı stres ya da heyecan oluşturan durumlar ve yorgunluktur [57]. Relaps riskine yaş, cins, ağırlık, kişilik özellikleri, nikotin bağımlılık düzeyi gibi bireysel farklılıklar etki eder. Evde sigara içiliyor olması relaps riskini 1.97 kat artırmaktadır [58]. Kadınlar için daha çok olmak üzere relaps nedenlerinden biriside ağırlık artışıdır. Bu nedenle motivasyonunu kaybeden hastaya sigaraya devam etmenin getireceği risklerin ağırlık artışından çok daha fazla olduğu anlatılmalıdır. Beslenme ile ilgili bilgi verilmeli ve egzersiz önerilmelidir [41]. Relapsı etkileyen etmenlerden biriside kişinin öz-etkililiğidir. Özetkililik bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma ya da olayları kontrol edebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır [59]. Azalmış özetkililik hata (laps) sürecini artırır [60].

Başarılı sigara bırakma girişimlerine rağmen bıraktıktan sonra 6-12 ay içinde hastaların %70-80'inde relaps gelişebilmektedir [61]. Relaps oranı ikinci yıl için %15, iki yıldan sonra her yıl için %2-4, onuncu yıldan sonra her yıl için %1'in altındadır [62].

2.8 Relapsın Önlenmesi ve Tedavisi

Sigarayı bırakmış olgularda relapsın önlenmesi için hastaların belli aralıklarla izlenmesi, uygun davranış tedavisi, ilaç tedavileri ya da her ikisinin bileşiminden

oluşan yaklaşımlar uygulanmalıdır [63]. Relapsı önlemek için iki ayrı davranışsal tedavi yöntemi vardır. Hafif yoğunluklu girişim olarak belirtilen ilk yöntem, kişiye bırakmanın yararlarına ve sürdürme sürecinde ortaya çıkan sorunların çözümüne odaklanan bilişsel-davranışsal tedavidir. Yoğun girişim olarak adlandırılan diğer yöntemle kişiye yüz yüze ya da telefonla ulaşılarak sorun çözmeye yönelik girişimler daha özelleştirilmiş bir klinik ya da programla uygulanır. Zamanla motivasyonunu kaybeden hasta öncelikle rahatlatılmalı, kendisini ödüllendirmesi önerilmeli ve tek bir nefes sigara içmenin bırakmayı zorlaştırdığı vurgulanmalıdır [32].

Yapılan çalışmalarda relaps gelişen insanlarda bazı ortak kişisel özellikler belirlenmiştir. Bunlar genç olma, fazla sigara içme, çok alkol alma, sağlık bilincinin zayıf olması, aile ve arkadaş çevresinde sigara içiliyor olmasıdır. Önceden sigarayı bırakma denemesi olanlarda, eşlik eden kronik hastalığı olanlarda uzun dönemde sürdürme oranları daha yüksek bulunmuştur [64]. Relaps gelişimine neden olabilecek kişisel etmenleri değerlendirerek buna yönelik öneri ve destek yaklaşımında bulunulmalıdır. Davranışsal tedavi stratejilerinin tek başına yeterli olmadığı, ilaç tedavilerinin ise tek başlarına ya da davranış tedavileri ile relapsı önlemede yararlı olduğu düşünülmektedir [65].

Relapsı önlemeye yönelik kullanılan ilaç tedavileri nikotin yerine koyma tedavisi, bupropion ve vareniklidir. Bu ilaçlar yan etki bakımından incelendiğinde nikotin yerine koyma tedavisi ile ilgili ciddi bir yan etki bildirilmezken, Bupropion ve Vareniklin'in nöropsikiyatrik bulguları olanlarda dikkatli kullanılması gerektiği belirtilmektedir [66]. Nikotin yerine koyma tedavisinin 6-12 ay gibi uzun dönem kullanılması ile sigara bırakma oranı nikotin sakızı ile 1.61 kat, nikotin bandı ile 2.07 kat, nikotin nazal sprey ile 2.92 kat, inhale nikotin ile 3.05 kat arttığı görülmüştür [67]. Bu nedenle relapsı önlemek için nikotin yerine koyma tedavisinin hastanın gereksinim duyduğu süre kadar kullanılması önerilmektedir [68].

Bupropion tedavisinin 52 hafta kullanılarak plasebo ile karşılaştırdığı bir çalışmada, 24 aylık izlemde relapsı azalttığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada bupropionun ileri yaş ve başlangıçta kilo almayan ya da az alan olgularda relapsı önlemede daha etkili olduğu görülmüştür [69]. Bupropion tedavisinin yine 52 hafta verildiği bir başka çalışmada, ilacın relapsı geciktirdiği ve ilk altı ayda relaps oranlarını anlamlı oranda azalttığı görülmüştür. Çalışma iki yıla tamamlandığında ise

Bupropion plaseboyla karşılaştırıldığında relaps oranları bakımından anlamlı fark bulunamamıştır. Yedi haftalık Bupropion tedavisi ile sigarayı bırakanlarda, ilacın 12 aya tamamlanmasının ardından 52,78,104. haftalarda relaps olma ve kilo alma plaseboya göre anlamlı olarak daha az bulunmuştur [65]. Bupropion ayrıca bıraktıktan sonra özellikle 10. haftadan başlayarak sigaraya duyulan aşırı isteğide azaltarak relaps oranlarını azaltmaktadır [70].

Vareniklin'in 12 haftalık kullanımının ardından 12 hafta daha devam edilmesi sonucunda 52 haftaya kadar yapılan izlemlerde relaps oranlarını anlamlı olarak azalttığı görülmüştür. 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 çalışmada Vareniklin yan etki bakımından plasebo grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır [71]. Vareniklin'in 12 hafta kullanılmasının Bupropion ve plaseboyla karşılaştırıldığı bir başka çalışmada 52 haftanın sonunda bırakma oranları Vareniklin için %21.9, Bupropion için %16.1 ve plasebo için %8.4 bulunmuştur. Bu çalışmada yan etki olarak en fazla bildirilen Vareniklin için bulantı (%28.1) ve Bupropion için uykusuzluk (%21.9) olmuştur [72]. Vareniklin ve Bupropion'un karşılaştırıldığı sistematik derlemede 52 haftalık izlem sonunda Vareniklin kullananlarda sigara bırakmayı sürdürme durumu Bupropion'a göre 1.52 kat fazla bulunmuştur [73].

Relapsı önlemede yapılan çalışmalarda davranışsal (grup/bireysel) tedavilerde, telefonla proaktif görüşmelerde, nikotin yerine koyma tedavisinde, bupropion tedavisinde plaseboya göre anlamlı fark bulunamamıştır. Yalnızca Vareniklin tedavisinin relapsı önlemede anlamlı etkisi olduğu gösterilmiştir [74]. Sonuç olarak günümüzde sigara bırakma programlarının bir parçası olarak relapsı önleyici uygulamalar konusunda kesin kanıt bulunmamaktadır. Bu nedenle etkili sigara bırakma tedavilerinin yanı sıra relapsı önleme konusunda çalışmalar gerekmektedir.

Sigarayı önleme politikalarından biri olan 'sigara bırakmaya yardım et' konusu son yıllarda giderek önem kazanmıştır. Özellikle kapsamlı sigara yasaklarının da ülkemizde uygulanmaya başlaması ve bırakmak isteyenlerin artmış olması bu konuda yapılan çalışmaları hızlandırmıştır. Balçova'nın Kalbi Projesi kapsamında belediye işbirliğiyle kurulan ve toplum tabanlı olarak çalışmaya başlayan sigara

bırakma merkezi çalışmalarının sonuçlarının paylaşılması bu alanda yapılacak çalışmalarda yol gösterici olacaktır.

Sigara bırakma çalışmalarında önemli bir sorun olarak kabul edilen relaps konusunda kanıt içeren çalışma sayısı kısıtlıdır. Türkiye’de ise bu konuda kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile relaps konusunda önemli bilgi sağlanacak ve varolan tedavilerin sonuçları ile ilgili önemli veri elde edilecektir.

4 AMAÇ

Balçova Belediyesi Sigara Bırakma Merkezinde sigarayı bırakanlarda bir yıllık bırakma hızlarını ve yeniden başlamayı etkileyen etmenleri (nikotin bağımlılık düzeyi, çevrede sigara içme durumu) belirlemek amaçlanmaktadır.

5 YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Tipi

İleriye yönelik bir araştırmadır.

5.2 Araştırmanın Süresi

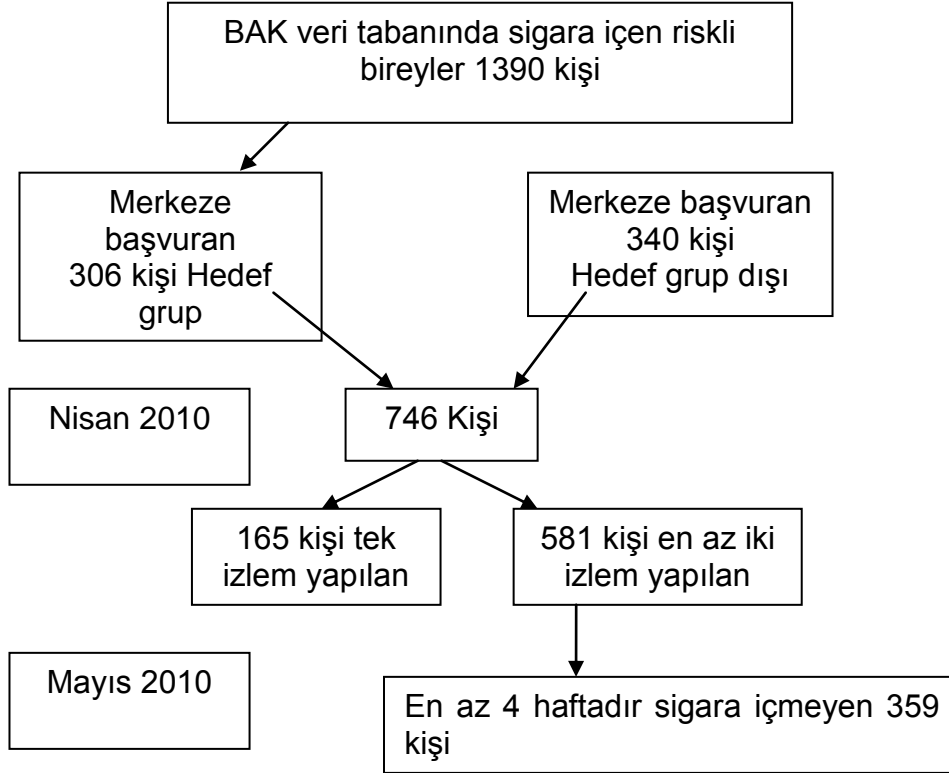
Araştırma konusu Nisan 2010’da belirlenmiştir. Araştırma için veri toplamaya DEÜTF Etik Kurulu’ndan yazılı onay alınmasından sonra Mayıs 2010’da başlanmış, Mayıs 2011’de sonlanmıştır. Veri girişi veri toplama sürecinde yapılmıştır.

5.3 Araştırmanın Evreni ve Örneği

Araştırmanın hedef grubunu (evrenini) 2007 yılında başlayan Balçova’nın Kalbi projesinde Framingham risk skoruna göre orta ve ağır riskli kişilerden sigara içen 1390 kişi oluşturmuştur [75]. Bu kişilere evlerinde ulaşılarak sigara bırakma merkezine davet edilmişlerdir. Bu davet üzerine merkeze hedef gruptan 306 (%22) kişi başvurmuştur. Hedef grup dışından olanların da merkeze kabul edilmesiyle Nisan 2010 tarihine kadar toplam 746 başvuru olmuştur. Araştırma kapsamına merkeze başvurup en az iki kez görüşme yapılan 581 bireyin tamamı alınmıştır. Araştırmada izleme alınacak grup 31.05.2010 tarihinde son dört haftadır sigara içmeyen 359 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmada örnek büyüklüğü Epi Info 3.4.3 sürümü StatCalc

programı kullanarak, sigaraya yeniden başlama riski %50 alınarak bu değerden %5 sapma %95 güven düzeyi ile ulaşılması gereken en az kişi sayısı 186 olarak hesaplanmıştır. Merkeze başvuran sayısı bunun üzerinde olmuştur ve tanıma uyanların tümü izleme alınmıştır. (Şekil 1).

Şekil 1. Araştırmaya katılım şeması



5.4 Araştırmanın Uygulama Aşamaları

Sigara Bırakma Merkezine başvuran tüm bireylerle ilk randevuda hekim tarafından davranışsal tedavi yöntemlerini içeren en az 30 dakika süren görüşme yapılmıştır. İkinci görüşme bir hafta sonra olarak belirlenmiş ve gelen bireylerden bağımlılık düzeyi yüksek ve üzeri olanlar öncelikli olmak üzere nikotin yoksunluk semptomları şiddetli olanlara ilaç tedavisi başlanmıştır. İlaçlar haftalık olarak verilmiştir. İlaç tedavisi başlanmayan ve nikotin bağımlılık düzeyi orta ve altında olup, nikotin yoksunluk semptomları şiddetli olmayan bireylere davranışsal tedavi uygulanmıştır. İkinci görüşmeye gelmeyen 165 kişi araştırma dışında bırakılmıştır.

Veri toplama sürecinde görüşmeler ilk ay haftalık, ikinci ay onbeş günde bir, üçüncü aydan sonra ayda bir olmak üzere yüz yüze yapılmıştır. Görüşmeler ilk altı aylık zaman diliminde sigara bırakma konusunda önceden eğitim almış anketörler ve/veya

hekim tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın başladığı 31.05.2010 tarihinden sonra ise araştırmacı (hekim) tarafından yapılmıştır. Görüşmelerde davranışsal ve destek tedavinin yanı sıra sigaraya yeniden başlama konusunda bilgilendirme yapılmıştır. İzlem sürecinde üç ayda bir hastalar sigara bırakma merkezine davet edilerek CO ölçümleri yapılmıştır. Relapsı önleme konusunda davranışsal tedavi uygulanmış ve destek verilmiştir. Görüşmeye gelmeyenlere araştırmacı tarafından telefonla ulaşılarak 10 dakikayı geçmeyen kısa süreli danışmanlık ve destek verilmiştir.

Şekil 2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	2009	2010				2011		2011	2012
Ay	K-A-O	Ş-M-N	M-H-T	A-E-	E-K-A	O-M	N-M-H	T-A	O-M-E
Konu seçimi									
Kaynak inceleme									
Anket geliştirme									
Ön çalışma									
Veri toplama									
Değerlendirme çözümleme									
Yazım									

5.5 Değişkenler

5.5.1 Bağımlı Değişkenler

- * Sigara bırakma merkezine gelenlerin bir yıllık bırakma hızları
- * Sigaraya yeniden başlama durumu

5.5.2 Bağımsız Değişkenler

Temel Bağımsız Değişkenler

- * Nikotin bağımlılık düzeyi
- * Çevrede sigara içme durumu

Tanımlayıcı Değişkenler

- * Yaş
- * Cins
- * Medeni Durum
- * Öğrenim Durumu
- * Meslek

Sigara içme durumu ile ilgili değişkenler

- * Günlük içilen sigara sayısı
- * Sigaraya başlama yaşı
- * Düzenli içiciliğe başlama yaşı
- * Daha önce sigara bırakma deneyimi varlığı ve sayısı

Sistem sorgulaması ile ilgili değişkenler

- * Depresyon-Anksiyete varlığı ve düzeyi
- * Daha önce psikiyatrik tedavi varlığı
- * Hipertansiyon varlığı
- * Diyabet varlığı
- * Koroner kalp hastalığı varlığı
- * İnme varlığı
- * Hiperkolesterolemi varlığı
- * Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Varlığı
- * Kanser varlığı

Sigara bırakma tedavisi ile ilgili değişkenler

- * İlaç tedavisi varlığı
- * Nikotin bandı tedavisi varlığı
- * Nikotin sakızı tedavisi varlığı
- * Davranış ve destek tedavisi varlığı

5.6 Değişkenlerin Tanım ve Ölçütleri

5.6.1 Bağımlı Değişkenler

Sigara bırakma durumu

- * On iki aylık izlem sonucu kendi beyanı ve/veya CO ölçümü ile 6 ppm'in altında olanlar bıraktı (başarılı) kabul edildi [76].
- * Sigarayı bırakma tarihinden sonra günde en az bir tane olmak üzere yedi gün üst üste hergün sigara içenler relaps kabul edildi [63]. Bu şekilde kişinin kendi beyanı ve/veya CO ölçümü 6 ppm üzerinde olma relaps olarak değerlendirildi.

5.6.2 Bağımsız Değişkenler

Nikotin Bağımlılık Düzeyi

Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyi Fagerström bağımlılık testi ile ölçülmüştür [34]. Bu testten 0-2 puan alanlar 'çok düşük düzey', 3-4 puan alanlar 'düşük düzey', 5 puan alanlar 'orta düzey', 6-7 puan alanlar 'yüksek düzey', 8-10 puan alanlar 'çok yüksek düzey' bağımlı kabul edildi. Çözümlemelerde bağımlılık düzeyi orta ve altı olanlar, yüksek ve üzeri olanlar olarak iki gruba ayrıldı.

Çevresinde Sigara İçme Durumu

Katılımcıların evlerinde kendisinden başka sigara içen olup olmadığı 'Var' , 'Yok' olarak sorgulandı. 'Var' yanıtı verenlere bu kişinin kim ya da kimler olduğunu belirtmeleri istendi. Çözümlemede 'Eş' ve diğerleri olarak iki grupta incelendi.

Yaş

Açık olarak doğum tarihi gün/ay/yıl alındı. Yaş tanımlayıcı bulgular ve tekli çözümlenmelerde '18-54 ve 55 ve üzeri' olarak gruplandırılmış veri, çoklu çözümlenmede sürekli veri olarak kullanıldı.

Medeni Durumu

'Bekar', 'Dul', 'Boşanmış', 'Evlü' olarak soruldu. Çözümlemede evli ve diğer olarak gruplandırıldı.

Öğrenim Durumu

'Okur-yazar değil', 'Okur-yazar', 'İlkokul', 'Ortaokul', 'Lise', 'Üniversite mezunu' olarak soruldu. Çözümlemede 'ortaokul ve altı ve lise ve üzeri' olarak gruplandırıldı.

Meslek

Katılımcının açık uçlu olarak ne iş yaptığı soruldu. Emekli ise 'emekli olduğu iş' yine açık uçlu olarak soruldu. Araştırmacı tarafından tanımlayıcı bulgularda 'Çalışan', 'Düzensiz işlerde çalışan/işsiz', 'Evhanımı' ve 'Emekli' olarak gruplandırıldı. Çözümlemede 'düzensiz işler' grubundakiler 'çalışan' grubuna alınarak 'çalışan' ve 'çalışmayan' olarak iki grup karşılaştırıldı.

Günlük İçilen Sigara Sayısı

Sigaraya İlk Başlama Yaşı

Düzenli İçiciliğe Başlama Yaşı

Sigara Bırakma Deneyimi

Katılımcıların daha önce sigara bırakma deneyimi olup olmadığı 'Evet', 'Hayır' olarak soruldu. Ayrıca 'Evet' yanıtı verenlerin kaç kez denediği ve en uzun bırakabildikleri süre gün/ay/yıl olarak sorgulandı.

Depresyon-Anksiyete Varlığı ve Düzeyi

Hastane Anksiyete-Depresyon ölçeğinin Yazıcı ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış Türkçe uyarlaması kullanılmıştır [77]. On dört sorudan oluşan ölçekte yanıt seçenekleri 'çoğu zaman, birçok zaman, sık değil, hiçbir zaman' dan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde her yanıt 1-4 arasında puanlanarak, toplam skor elde edilmektedir. Toplam skora göre 0-7 puan arası 'normal', 8-10 puan arası 'borderline' ve 11-21 puan 'yüksek' kabul edilmektedir [78]. Çözümlemelerde depresyon varlığı 7 ve üzeri, anksiyete varlığı 10 ve üzeri olarak değerlendirildi.

Özgeçmiş ile ilgili hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalığı, inme, hiperkolesterolemi, KOAH, kanser ve daha önceden psikiyatrik tedavi varlığı 'Var', 'Yok' olarak soruldu.

Sigara Bırakma Tedavisi ile İlgili Değişkenler

Katılımcıların ilaç tedavisi alıp almadığı 'Evet', 'Hayır' olarak değerlendirildi. İlaç tedavisi almışsa en az dört hafta düzenli olarak kullananlar değerlendirmeye alındı. Nikotin bandı ve nikotin sakızı kullanma durumu yine 'Evet', 'Hayır' olarak değerlendirildi. Çözümlemede nikotin bandı ve nikotin sakızı tedavileri birleştirilerek

nikotin yerine koyma tedavisi olarak değerlendirildi. Bu dört ayrı tedaviyi kullanmayan tüm hastalar 'Davranışsal Tedavi' almış olarak kabul edildi.

5.7 İzlemde Kayıp

Araştırma süreci içerisinde dört farklı günde en az dört kez aranıp kendisine ulaşılamayan kişiler izlemde kayıp olgu olarak kabul edildi.

5.8 Veri Toplama Yöntemi

Veri toplanmasında önceden yapılandırılmış standart bir hasta dosyası ve karboksimeter kullanıldı. Veri toplama formunun ilk bölümü önceden eğitilmiş anketörler tarafından, sistem sorgulaması ve tedavi ile ilgili bölümü bir hekim veya araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu. Telefon görüşmeleri ve karboksimetre ölçümleri araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Nefesteki CO düzeyi üç ayda bir Pico marka karboksimetre ile ölçüldü. Araştırma sürecinde 7 kişi (%1.2) izlemde kayıp olgu olmuştur. Bu kişilere dört farklı günde en az dört kez telefonla ulaşılmaya çalışılmış, ardından evlerine gidilmiştir. Bu kişilerden 4 tanesinde adres değişikliği olmuş, 3 kişi kendi isteğiyle çalışmadan ayrılmıştır.

5.9 Çözümleme

Çözümlemelerde SPSS 15.0 ve Epi Info 2002 Statcalc programları kullanıldı. Anlamlılık için p değerinin 0.05'den küçük saptanması koşulu arandı. Ortalama değerler standart hataları ile birlikte verildi. Bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin çözümlemesi için t-testi, ki-kare, analizi yapılmıştır [79]. İkili analizde anlamlı çıkan değişkenlerde karıştırıcı etmeni değerlendirmek için Mantel-Haenzel yöntemi uygulanmıştır. Cox regresyon analizinde modellere ikili analizde anlamlı çıkan değerlerle birlikte temel bağımsız değişkenlerden evde sigara içme durumu alınmıştır. Zaman değişkeni olarak modele izlem süreleri alınmıştır. Bir yıllık izlem sürecinde sigaraya yeniden başlama durumu için Kaplan-Meier sağkalım analizi ve gruplar arası farkı değerlendirmek için log rank testi kullanılmıştır [80].

6 BULGULAR

6.1 Tanımlayıcı Bulgular

Sigara bırakma merkezine başvuran 746 kişinin sosyodemografik özellikleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler (n=746)	Sayı	%*
Cins		
Erkek	375	50.3
Kadın	371	49.7
Yaş		
18-34	68	9.1
35-44	143	19.2
45-54	207	27.7
55-64	228	30.6
65-74	88	11.8
75 üstü	12	1.6
Medeni Durum		
Evli	624	83.6
Bekar/Dul/Boşanmış	122	16.4
Öğrenim Durumu		
Okur yazar değil/ Okur yazar	26	3.5
İlkokul/Ortaokul	379	50.8
Lise/üniversite	341	45.7
Meslek		
Çalışan	212	28.4
Düzensiz işlerde çalışan/işsiz	40	5.4
Evhanımı	227	30.4
Emekli	267	35.8

*Sütun yüzdesi.

Araştırma grubunda katılımcıların yaş ortalaması 51.6 ± 11.6 (en az=18, en çok=87) olarak saptanmıştır. Katılımcıların %50.3'ü erkek, %56.0'ı 55 yaş altında, %83.6'sı evlidir. Katılımcıların yarısı ilkokul ya da ortaokul mezunu, büyük çoğunluğu emekli ve evhanımıdır. Katılımcıların çalışma durumları ve çalıştıkları iş kollarının dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların çalışma durumları ve çalıştıkları iş kollarının dağılımı

Çalışma durumu (n=746)	Sayı	%*
İşsiz, iş aramıyor	14	1.9
İşsiz, iş arıyor	15	2.0
Evkadını, iş arıyor	36	4.8
Evkadını, iş aramıyor	191	25.6
Üretim işçisi	26	3.5
Tezgahtar	46	6.2
Teknik bilgi gerektiren iş	101	13.5
Yüksek Öğrenim gerektiren iş	8	1.1
3 ve üzeri işçi çalıştıran	6	0.8
3'den az işçi çalıştıran	7	0.9
İşçi çalıştırmayan esnaf	17	2.3
Düzensiz geliri olan işlerde çalışan	11	1.5
Tarım işleri	1	0.1
Emekli, çalışmıyor	258	34.6
Emekli, çalışıyor	9	1.2

*Sütun yüzdesi.

Katılımcıların sigara kullanma durumu sorgulandığında 724 kişi (%97.1) hergün en az bir adet içiyorken, 4 kişi (%0.5) arasıra kullanıyorum, 18 kişi (%2.4) bıraktım yanıtını vermiştir. Günlük içilen sigara sayısı ortalama 20.6 ± 10.4 olarak saptanmıştır. Sigara içmeye ilk başlama yaşı ortalama 17.8 ± 6.0 ve düzenli olarak her gün içmeye başlama yaşı ortalama 20.6 ± 7.1 olarak bulunmuştur. Katılımcılardan %49.0'ı son bir

yılda günlük içilen sigara miktarında değişiklik olmadığını, %26.3'ü artış olduğunu, %24.7'si azama olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların %84.1'i yemekten sonra, %79.8'i stres anında, %62.3'ü kahve ile, %57.0'ı çayla, %38.2'si alkolle 'her zaman' sigaraya gereksinim duyduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların sigarayı bırakma isteme nedenleri sorgulandığında, ileride hastalanma korkusu (%78.5) nedeniyle bırakmak isteyenler ilk sıradadır. Diğer nedenler sırasıyla çevreye iyi örnek olmak için (%78.0), çevreye zarar verdiğini düşünme (%75.2), ekonomik nedenlerle (%62.2), kokusundan iğrendiği için (%59.5), doktor önerisi nedeniyle (%42.6), toplum baskısı nedeniyle (%34.7), kapalı alanlarda sigara içme yasağının etkisi (%34.5), utandığı için (%33.5), şu anki hastalığı nedeniyle (%29.9), inançlarından dolayı (%21.6), işyeri baskısı nedeniyle (%5.7) dir.

Araştırmada katılımcıların önceki sigara bırakma denemesi sorulduğunda %68.3'ü 'Evet' yanıtını vermiştir. Ortalama bırakma denemesi sayısı 2±2.1 olarak bulunmuştur. Bırakma denemesi olanların %91.2'si bu konuda herhangi bir destek almadıklarını belirtmiştir. Önceki bırakma deneyiminde karşılaşılan güçlükler sorgulandığında katılımcıların %61.3'ü aşırı sigara içme isteği olduğunu, %56.8'i iştah artışı, %42.1'i konsantrasyon bozukluğu, %32.1'i baş ağrısı, %26.8'i uyku bozukluğu, %20.8'i dengesizlik, %18.1'i baş ve yüzde uyuşma, %16.4'ü kabızlık ve %9.4'ü ağız yaraları yaşadığını belirtmiştir.

Araştırmada katılımcıların %42.4'ü evinde kendinden başka sigara içen olmadığını bildirmiştir. Eşin evde sigara içme durumu %38.7 iken bunu sırasıyla çocuk (%19.4), anne (%2.4), baba (2.4) ve kardeş (%1.9) izlemektedir. Çalışanlardan işyerinde sigara yasağına uyulduğunu belirtenlerin oranı %17.4 olarak saptanmıştır.

Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesi Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Dağılımı

Bağımlılık Düzeyi (n=746)	Sayı	%*
Çok Düşük Düzey Bağımlılık	132	17.7
Düşük Düzey Bağımlılık	164	22.0
Orta Düzey Bağımlılık	110	14.7
Yüksek Düzey Bağımlılık	215	28.8
Çok Yüksek Düzey Bağımlılık	125	16.8

*Sütun yüzdesi.

Araştırmada katılımcıların %28.8'i yüksek düzey bağımlı olup, bunu sırasıyla düşük düzey (%22.0), çok düşük düzey (%17.7), çok yüksek düzey (%16.8) orta düzey (%14.7) bağımlılık izlemektedir.

Araştırmada katılımcıların cinsiyete göre nikotin bağımlılık düzeylerinin dağılımı Tablo 10'da, yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Cinsiyete Göre Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Dağılımı

Bağımlılık Düzeyi (n=746)	Erkek		Kadın	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Çok Düşük Düzey Bağımlılık	71	53.8	61	46.2
Düşük Düzey Bağımlılık	79	48.2	85	51.8
Orta Düzey Bağımlılık	57	51.8	53	48.2
Yüksek Düzey Bağımlılık	103	47.9	112	52.1
Çok Yüksek Düzey Bağımlılık	65	52.0	60	48.0
Toplam	375	50.3	371	49.7

Ki-kare testi, p=0.79

Tablo 11. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Dağılımı

Bağımlılık Düzeyi (n=746)	18-54 yaş		55 yaş ve üzeri	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Çok Düşük Düzey Bağımlılık	61	46.2	71	53.8
Düşük Düzey Bağımlılık	83	50.6	81	49.4
Orta Düzey Bağımlılık	64	58.2	46	41.8
Yüksek Düzey Bağımlılık	125	58.1	90	41.9
Çok Yüksek Düzey Bağımlılık	85	68.0	40	32.0
Toplam	418	56.0	328	44.0

Ki-kare testi, p=0.005

Araştırmada katılımcıların depresyon puan ortalamaları 5.6 ± 4.2 , anksiyete puan ortalamaları ise 7.7 ± 4.5 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %51.9'u anksiyete puanına göre normal, %22.4' borderline, %25.6'sı anormal olarak değerlendirilmektedir. Depresyon puanlarına bakıldığında %73.2'si normal, %13.2'si borderline, %13.7'si anormal olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada katılımcıların daha önce psikiyatrik tedavi alma durumları 'Var', 'Yok' olarak sorulmuştur. Katılımcıların %26.8'i daha önce psikiyatrik tedavi aldığını belirtmiştir. Katılımcıların kendi bildirimlerine göre hastalık durumu sorgulandığında %32.1'i hiperkolesterolemisi, %23.1'i hipertansiyonu, %10.3' diyabeti, %7.9'u KOAH'ı, %6.9'u koroner kalp hastalığı, %2.3' kanseri, %2.0'ı inmesi olduğunu belirtmiştir. Ailesel hiperkolesterolemisi olanlar %17.1 olarak saptanmıştır.

Araştırma sürecinde ileri inceleme için başka merkeze ynlendirilenlerin oranı %11.1, psikoloğa ynlendirilenlerin oranı %10.7 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanlara uygulanan tedavi yöntemleri içinde davranış tedavisi (%43.3) ilk sıradadır. Bunu sırasıyla Bupropion (%23.5), nikotin bandı (%18.0), Vareniklin (%13.3) ve nikotin sakızı (%2.0) izlemektedir.

6.2 Çözümleyici Bulgular

Sigara bırakma merkezine başvuranlardan kendisiyle en az iki izlem yapılan 581 birey çözümlemeye alınmıştır. Nikotin bağımlılık düzeyine göre katılımcıların zellikleri Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Nikotin bağımlılık düzeyine göre katılımcıların özellikleri

	Nikotin Bağımlılık Düzeyi				p
	Düşük		Yüksek		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Yaş					
18-54	151	47.5	167	52.5	0.01
55 ve üzeri	153	58.2	110	41.8	
Cins					
Erkek	153	54.1	130	45.9	0.41
Kadın	151	50.7	147	49.3	
Çalışma durumu					
Çalışan	74	42.5	100	57.5	0.002
Çalışmayan	230	56.5	177	43.5	
Öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	171	56.6	131	43.4	0.27
Lise ve üzeri	167	54.9	137	45.1	
Sigara bırakma için ilaç tedavisi alma					
Evet	218	51.5	205	48.5	0.07
Hayır	188	58.2	135	41.8	

Araştırmada katılımcılardan 55 yaş üzerinde olanlarda düşük nikotin bağımlılık düzeyi olanlar 18-54 yaş grubuna göre anlamlı olarak fazladır. Çalışmayanlarda nikotin bağımlılık düzeyi düşük olanlar çalışanlara göre anlamlı olarak fazladır. Nikotin bağımlılık düzeyi bakımından cinsiyet, öğrenim durumu ve ilaç tedavisi alma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sigarayı bırakma durumuna göre katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin sigara bırakmaya etkisi

		Sigara Bırakma Durumu				p
		Bıraktı		Bırakmadı		
Özellik (n=581)		Sayı	%*	Sayı	%*	
Cins						
	Erkek	98	34.6	185	65.4	0.02
	Kadın	78	26.2	220	73.8	
Yaş	18-54	69	21.7	249	78.3	0.001
	55 ve üzeri	107	40.7	156	59.3	
Çalışma Durumu						
	Çalışan	38	21.8	136	78.2	0.004
	Çalışmayan	138	33.9	269	66.1	
Öğrenim Durumu						
	Ortaokul ve altı	94	30.4	215	69.6	0.94
	Lise ve üzeri	82	30.1	190	69.9	
Medeni Durum						
	Evli	150	30.7	338	69.3	0.59
	Bekar/Dul/Boşanmış	26	28.0	67	72.0	

Bir yıllık izlem sonunda sigara bırakma oranı erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sigara bırakma oranı 55 yaş üzerinde olanlarda 18-54 yaş grubuna göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu ve medeni durum ile sigara bırakma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Günlük içilen sigara sayısı ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($t=1.42$, $p=0.15$). Sigaraya ilk başlama yaşı ve düzenli olarak sigara kullanma yaşı ile bırakma başarısı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=1.18$, $p=0.23$ ve $t= 1.71$, $p=0.08$). Son bir yıl içinde günlük içtiği sigara sayısında azalma olanlar olmayanlara göre anlamlı olarak fazla başarılı bulunmuştur ($p=0.005$) Önceki bırakma deneyimi ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Evinizde sizden başka sigara kullanan var mı sorusuna ‘Hayır’ yanıtı verenlerin sigara bırakma başarısı anlamlı olarak fazla bulunmuştur ($p=0.04$) Eşi sigara içmeyenlerin sigara bırakma başarısı içenlere göre anlamlı olarak fazla saptanmıştır ($p=0.006$) İşyerinde sigara yasağına uyulmasıyla sigara bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma başarısı anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0.004$). Katılımcıların bağımlılık düzeyi ve bırakma oranları Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyinin sigara bırakmaya etkisi

	Sigara Bırakma Durumu			
	Bıraktı		Bırakmadı	
Bağımlılık Düzeyi	Sayı	%*	Sayı	%*
Çok Düşük Düzey	38	40.9	55	59.1
Düşük Düzey	39	32.2	82	67.8
Orta Düzey	29	32.2	61	67.8
Yüksek Düzey	46	26.1	130	73.9
Çok Yüksek Düzey	24	23.8	77	76.2
Toplam	176	30.3	405	69.7

*Satır yüzdesi, Eşimde Ki-kare testi, $p=0.004$

Araştırmaya katılan bireylerin depresyon-anksiyete düzeyleri ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sigarayı bırakma durumu ile daha önce psikiyatrik tedavi görme durumu arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sigarayı bırakanların depresyon- anksiyete düzeyleri ile sigara bırakma arasındaki ilişki Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların depresyon-anksiyete düzeyinin sigara bırakmaya etkisi

Depresyon Düzeyi (n=580)	Sigara Bırakma Durumu				
	Bıraktı		Bırakmadı		
	Sayı	%*	Sayı	%*	p
Normal	149	30.0	347	70.0	0.69
Yüksek	27	32.1	57	67.9	
Anksiyete Düzeyi (n=580)					
Normal	92	30.8	207	69.2	0.81
Yüksek	84	29.9	197	70.1	

*Satır yüzdesi, Ki-kare testi

Araştırmaya katılanların hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, inme, hiperkolesterolemi, ailesel hiperkolesterolemi ve astım-bronşit varlığı ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 16). Bir yıllık izlem sonunda diyabeti olanlar anlamlı olarak fazla oranda sigarayı bırakmışlardır ($p<0.05$).

Tablo 16. Katılımcıların kronik hastalık varlığının sigara bırakmaya etkisi

Kronik hastalık varlığı	Sigara Bırakma Durumu				
	Bıraktı		Bırakmadı		
	Sayı	%*	Sayı	%*	p
Hipertansiyon					
Var	45	33.8	88	66.2	0.33
Yok	131	23.0	314	70.6	
Diyabet					
Var	24	42.9	32	57.1	0.03
Yok	152	29.1	370	70.9	
KKH					
Var	16	39.0	25	61.0	0.21
Yok	159	29.8	374	70.2	
İnme					
Var	5	50.0	5	50.0	0.17
Yok	169	30.0	395	70.0	
Hiperkolesterolemi					
Var	53	30.1	123	69.9	0.89
Yok	123	30.7	278	69.3	
Ailesel hiperkolesterolemi					
Var	24	24.2	75	75.8	0.13
Yok	151	31.8	324	68.2	
Astım, Bronşit					
Var	12	30.0	28	70.0	0.94
Yok	164	30.5	373	69.5	

*Satır yüzdesi Ki-kare testi

Diyabet sigara bırakma durumu ilişkisi cinsiyete göre düzeltildiğinde diyabetin sigara bırakmayı artırıcı etkisi anlamlılığını sürdürmüştür Mantel-Haenzel GR 1.48(%95 GA=1.07-2.07). Cinsiyet karıştırıcı bulunmamıştır. Yaş gruplarına göre düzeltildiğinde

ise diyabetin sigara bırakmayı artırıcı etkisi anlamlılığını kaybetmiş ve yaş karıştırıcı olarak bulunmuştur Mantel-Haenzel GR 1.26(%95 GA= 0.91-1.75) (Tablo 17).

Tablo 17. Diyabetin sigara bırakmaya etkisinin cinsiyet ve yaşa göre tabakalı analizi

Kaba OR		Tabakalı analiz RR	Mantel-Haenzel ki-kare(p değeri)	Mantel-Haenzel RR
Diyabet 1.47	Erkek	1.25(0.77-2.02)	0.04	1.48(1.07-2.07)
	Kadın	1.77(1.11-2.80)		
	18-54 yaş	2.30(1.32-3.99)	0.23	1.26(0.91-1.75)
	55 yaş üzeri	1.01(0.67-1.52)		

Araştırmaya katılanlardan ileri inceleme için başka merkeze ve psikoloğa yönlendirilenlerde bırakma oranı yönlendirilmeyenlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur (p<0.001).

Araştırmaya katılanların bir yıllık izlem sonucu bırakma durumları Tablo 18'de gösterilmiştir. Bir yıllık izlem sonucu sigarayı bırakma oranı %30.1 olarak bulunmuştur.

Tablo 18. Sigara Bırakma Durumuna Göre Katılımcıların Dağılımı

Sigara Bırakma Durumu	Sayı	Yüzde
Bıraktı, Başarılı	175	30.1
Bıraktı, Relaps	184	31.7
Bıraktı, İzlemde Yitik Olgu	7	1.2
Hiç Bırakmadı	215	37.0
Toplam	581	100.0

Sigara bırakma aşamasında ilaç tedavisi alanlar almayanlara göre anlamlı olarak fazla oranda sigarayı bırakmıştır. Katılımcılardan Vareniklin tedavisi başlanan 79 kişiden 55'i (%69.6), Bupropion başlanan 124 kişiden 100'ü (%80.6), nikotin replasman tedavisi başlanan 104 kişiden 58'i (%55.7) ilaçlarını haftalık izleme gelerek düzenli olarak kullanmışlardır. Vareniklin kullananlarda başarı oranı yalnızca davranışsal tedavi olanlara göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Bupropion tedavisi alanlarla yalnız davranışsal tedavi alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Nikotin replasman tedavisi alanlar ile yalnız davranışsal tedavi alanlar arasında yine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcıların sigara bırakma aşamasında kullanılan tedavi yöntemlerinin dağılımı Tablo 19'da sunulmuştur.

Tablo 19. Katılımcılara uygulanan tedavi yöntemlerinin sigara bırakmaya etkisi

Tedavi Yöntemi	Sigara Bırakma Durumu				
	Bıraktı		Bırakmadı		
	Sayı	%*	Sayı	%*	p
Davranışsal tedavi (n=369)	94	25.5	275	74.5	0.001
İlaç tedavisi (n=212)	81	38.5	131	61.5	
Kullanılan ilaç**					
Vareniklin	40	72.7	15	27.3	0.0001
Bupropion	24	24.0	76	76.0	0.75
Nikotin replasman tedavisi	18	31.0	40	69.0	0.37

*Satır yüzdesi

**Kullanılan ilaç davranışsal tedavi ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmada katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyine göre sigara bırakamama durumu için Cox regresyon analizi yapılmıştır (Tablo20).

Tablo 20. Araştırma grubunda sigara bırakamama ile nikotin bağımlılık düzeyi arasındaki ilişki, düzeltilmiş Cox Regresyon modelleri

	Sigara bırakamama		
	p	GR	GA(%95)
Nikotin bağımlılık düzeyi*			
Düşük**	0.166	1	-
Orta	0.809	1.03	0.76-1.40
Yüksek	0.072	1.22	0.98-1.51
Model 1***			
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Düşük**	0.451	1	-
Orta	0.877	0.97	0.72-1.32
Yüksek	0.290	1.12	0.90-1.40
Model 2****			
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Düşük**	0.569	1	-
Orta	0.848	0.97	0.71-1.31
Yüksek	0.393	1.10	0.88-1.37
Model 3*****			
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Düşük**	0.599	1	-
Orta	0.832	0.96	0.71-1.31
Yüksek	0.426	1.09	0.87-1.36
Model 4*****			
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Düşük**	0.439	1	

Orta	0.932	0.98	0.72-1.33
Yüksek	0.266	1.13	0.90-1.41

*Hiç bir değişkene göre düzeltilmemiş bırakamama-nikotin bağımlılık düzeyi cox regresyon çözümlemesi

**Referans olarak alınan

***Model 1: Yaş, cinsiyete göre düzeltilmiştir.

****Model 2: Yaş, cinsiyet, çalışma durumuna göre düzeltilmiştir.

*****Model 3: Yaş, cinsiyet, çalışma durumu ve evde sigara içen varlığına göre düzeltilmiştir.

***** Model 4: Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, evde sigara içen varlığı ve ilaç kullanma durumuna göre düzeltilmiştir

Araştırma grubunda nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre sigara bırakamama için göreceli riski 1.22 (%95GA=0.98-1.51) olup istatistiksel olarak anlamlı değildir. Model 1’de yaş ve cinsiyete göre düzeltilildiğinde GR azalmıştır ve yine istatistiksel olarak anlamlı değildir (GR=1.12, %95GA=0.90-1.40). Yaş ve cinsiyetin yanısıra çalışma durumunun da eklendiği Model 2’de yüksek olan grubun düşük olan gruba göre bırakamama için GR’si azalmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir (GR=1.10, %95GA=0.88-1.37). Model 3’te yaş, cinsiyet, çalışma durumu ile birlikte evde sigara içen varlığına göre düzeltilildiğinde GR azalmışsa da yine istatistiksel olarak anlamlı değildir (GR=1.09, %95 GA=0.87-1.36). Model 4’te ilaç kullanma durumu eklendiğinde yüksek olan grubun düşük olan gruba göre bırakamama için GR’si artmıştır ve istatistiksel olarak yine anlamlı değildir (GR=1.13, %95 GA=0.90-1.41). Sonuç olarak ikili analizlerde yüksek düzey nikotin bağımlılığının düşük düzeye göre sigara bırakamama riski anlamlı olarak yüksek iken yaş, cinsiyet, çalışma durumu, evde sigara içen varlığı ve sigara bırakma için kullanılan ilaç varlığı düzeltildikten sonra anlamlılığını kaybetmiştir.

6.3 Bir Yıllık Relaps Hızı ve Relapsı Etkileyen Etmenler

Araştırma grubunda sigarayı en az dört hafta içmeyen 359 kişinin bir yıllık izlemi sonunda 184 kişi (%51.3) sigaraya yeniden başlamıştır. Sigaraya yeniden başlayanların ortalama bırakma süresi 125.7±82.0 gündür. İzlenen kişilerin sosyo-demografik özelliklerine göre bir yıllık relaps hızı Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21. Katılımcıların özelliklerinin sigaraya yeniden başlamaya etkisi

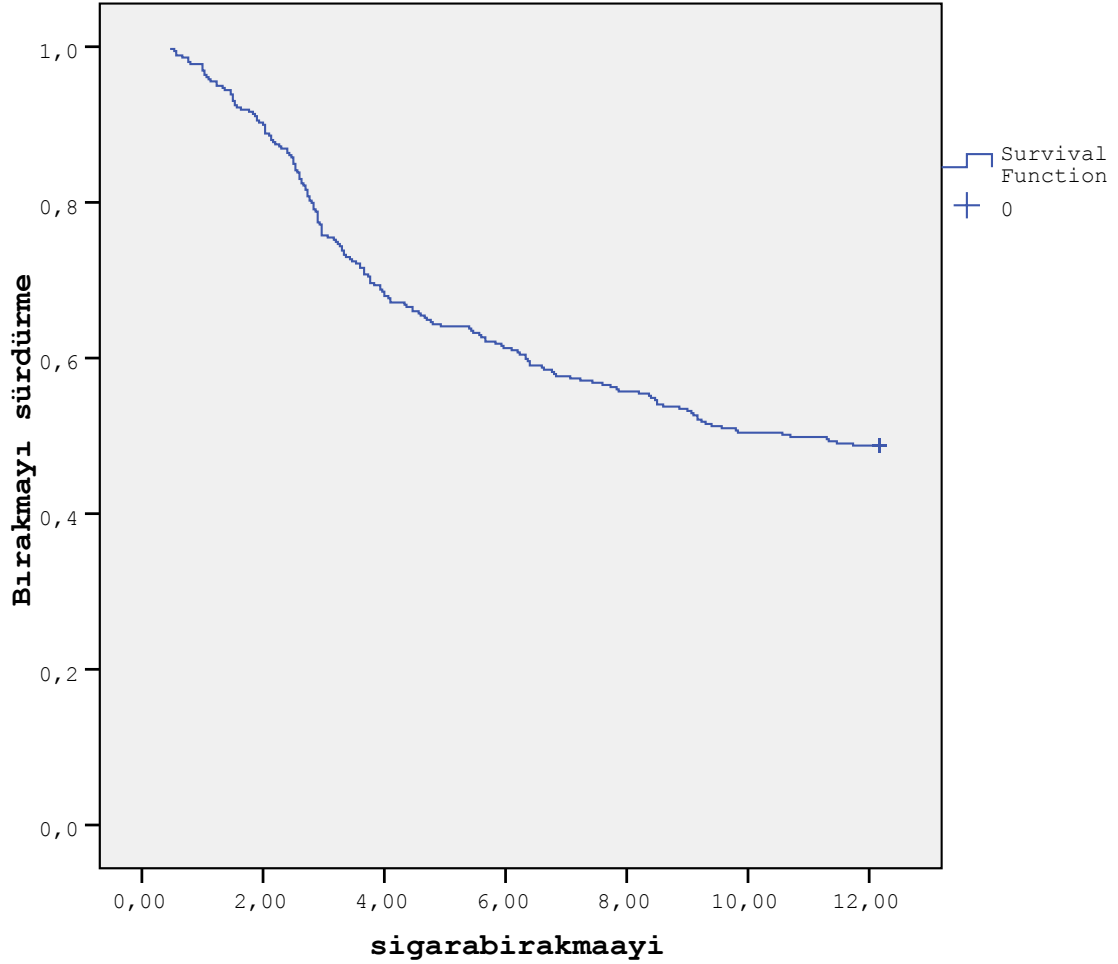
		Sigaraya Yeniden Başlama Durumu				p
		Başladı		Başlamadı		
Özellik (n=359)		Sayı	%*	Sayı	%*	
Cins						
	Erkek	89	47.6	98	52.4	0.14
	Kadın	95	55.2	77	44.8	
Yaş	18-54	109	61.2	69	38.8	0.001
	55 ve üzeri	75	41.4	106	58.6	
Çalışma Durumu						
	Çalışan	61	61.6	38	38.4	0.01
	Çalışmayan	123	47.3	137	52.7	
Öğrenim Durumu						
	Ortaokul ve altı	95	50.3	94	49.7	0.69
	Lise ve üzeri	89	52.4	81	47.6	
Medeni Durum						
	Evli	155	50.8	150	49.2	0.69
	Bekar/Dul/Boşanmış	29	53.7	25	46.3	

*Satır yüzdesi

Tablo 21’de görüldüğü gibi relaps olma durumu bakımından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yaş grupları açısından 18-54 yaş grubunda relaps oranı 55 yaş üzeri olan gruba göre anlamlı olarak fazladır. Çalışanlarda sigara

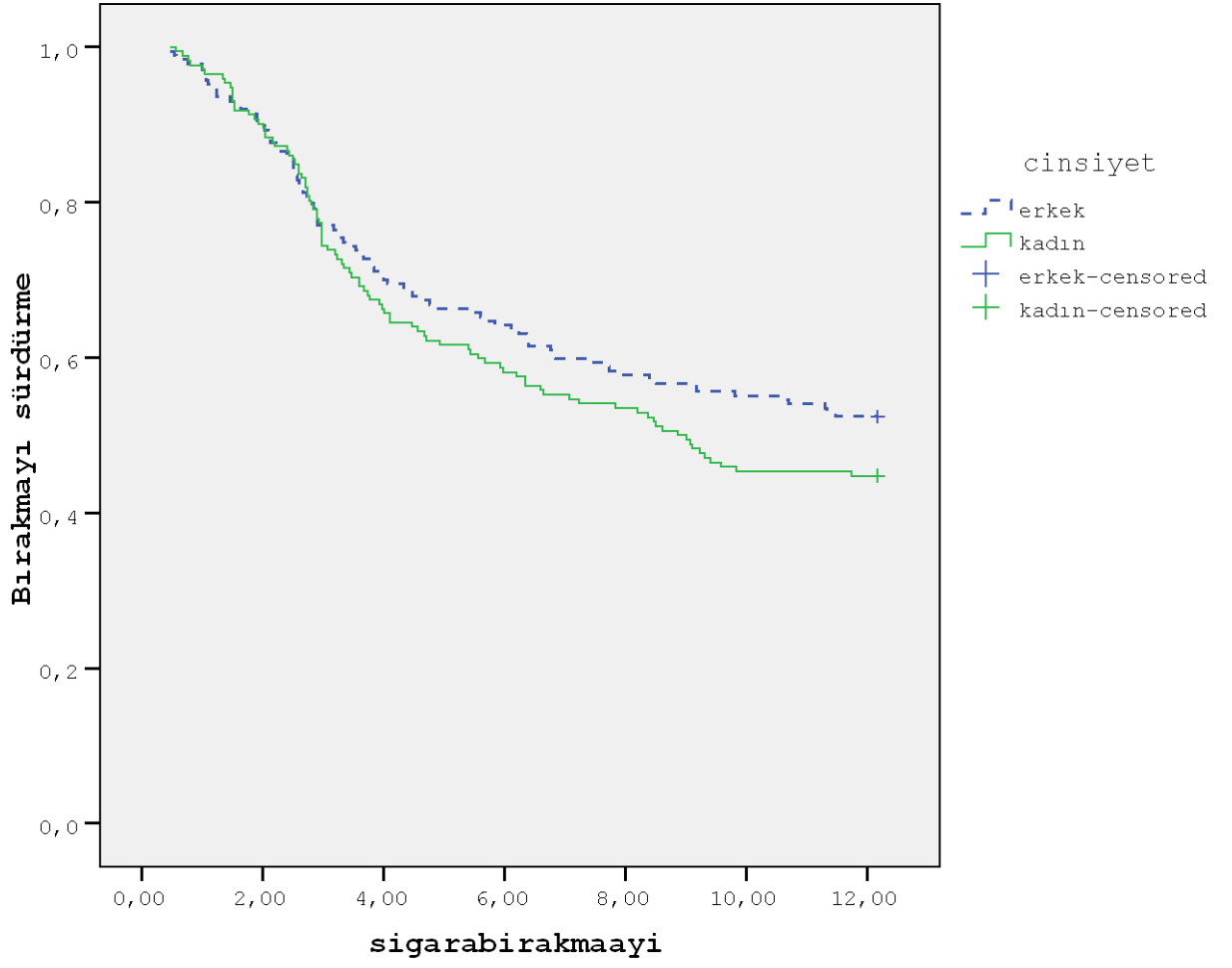
bırakma hızı çalışmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu ve medeni durumun sigaraya yeniden başlamaya etkisi bulunmamıştır

Araştırma grubunda bir yıllık relaps durumu grafik 1’de gösterilmiştir. Araştırma grubunun sigara içmeme süresi ortalama 8.08 ± 0.23 aydır. Ortanca süre 10.7 aydır.



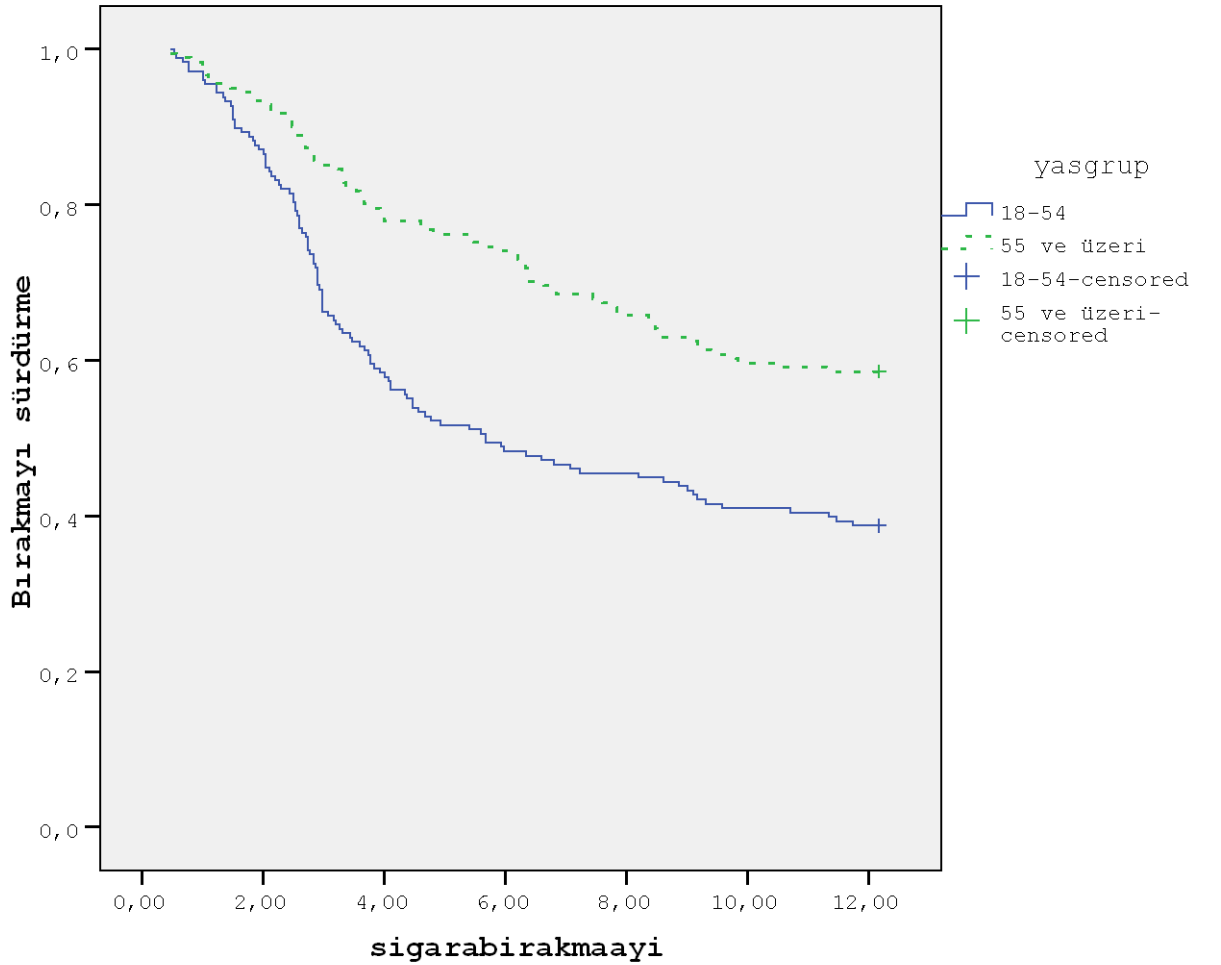
Grafik 1. Araştırma grubunda on iki ayda sigara bırakmayı sürdürme

Araştırma grubunda ikili analizde relaps hızı bakımından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmayışı sağkalım analizinde de aynı sonucu vermiştir ($p=0.18$)(Log Rank (Mantel-Cox)). Erkeklerde ve kadınlarda relaps hızı grafik 2’de gösterilmiştir. Sigara içmeme süresi erkeklerde ortalama 8.34 ± 0.32 ay, kadınlarda 7.79 ± 0.33 ay olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.



Grafik 2. Araştırma grubunda cinsiyete göre sigara bırakmayı sürdürme

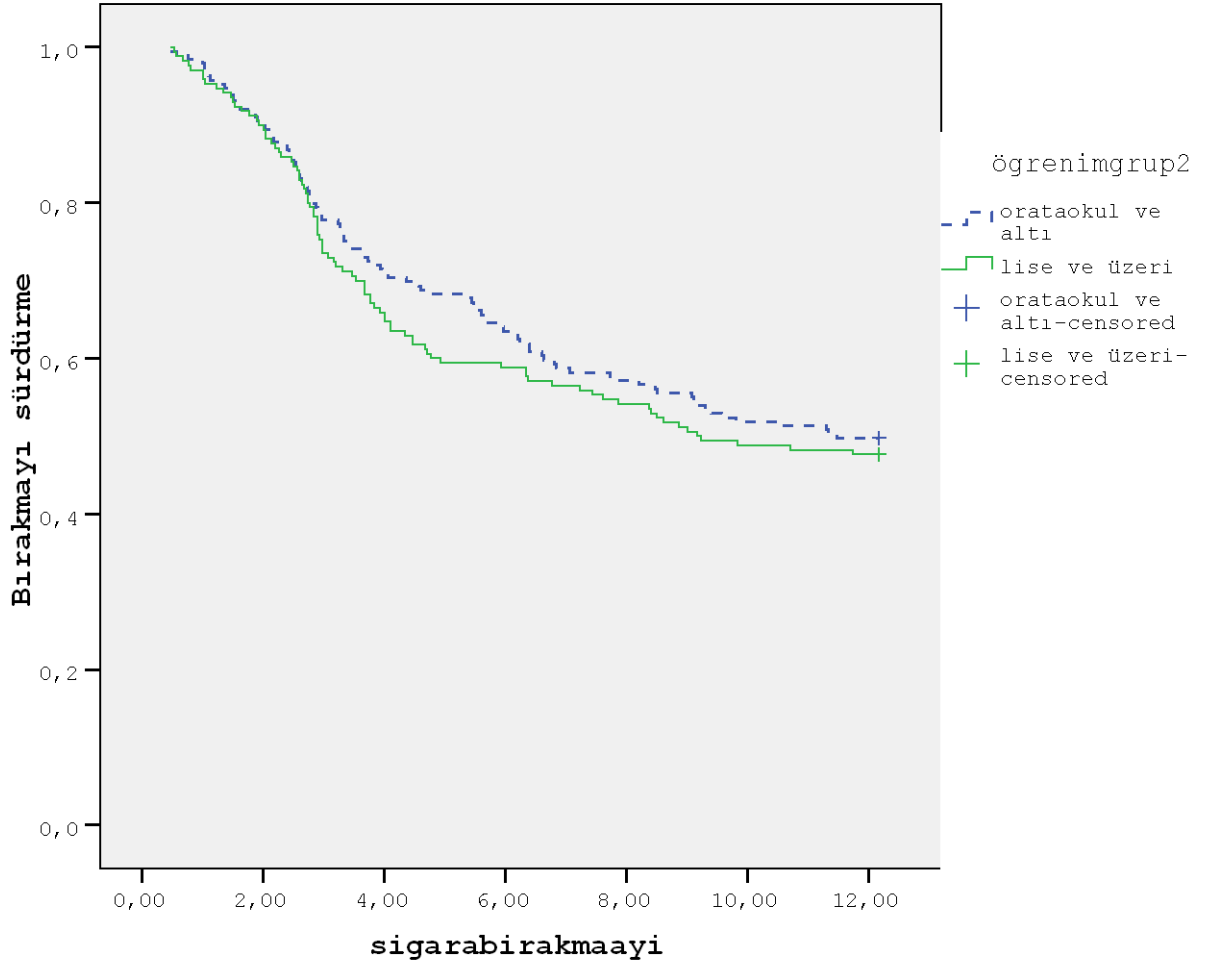
Araştırma grubunda 18-54 yaş grubunda relaps hızı %61.2 iken, 55 yaş üzeri grupta %41.4 bulunmuştur. İkili çözümlenmede aralarında anlamlı fark bulunma durumu sağkalım analizinde de sürmüştür. Relaps hızı 18-54 yaş grubunda anlamlı olarak yüksektir (log rank=17.5, SD=1, p=0.001). Sigara içmeme süresi 18-54 yaş grubunda ortalama 7.03 ± 0.34 ay, 55 yaş üzeri grupta ortalama 9.10 ± 0.30 ay olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Grafik 3).



Grafik 3. Araştırma grubunda yaş gruplarına göre sigara bırakmayı sürdürme

Araştırma grubunda öğrenim durumlarına göre relaps hızı ortaokul ve altı grupta %50.3 iken lise ve üzeri grupta %52.4 olarak bulunmuştur. İkili analizde aralarında anlamlı fark bulunmayışı sağkalım analizinde de sürmüştür (log rank=0.32, SD=1, p=0.56). Sigara içmeme süresi ortaokul ve altı grupta ortalama 8.26 ± 0.31 ay, lise ve

üzeri grupta 7.87 ± 0.34 ay olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Grafik 4).

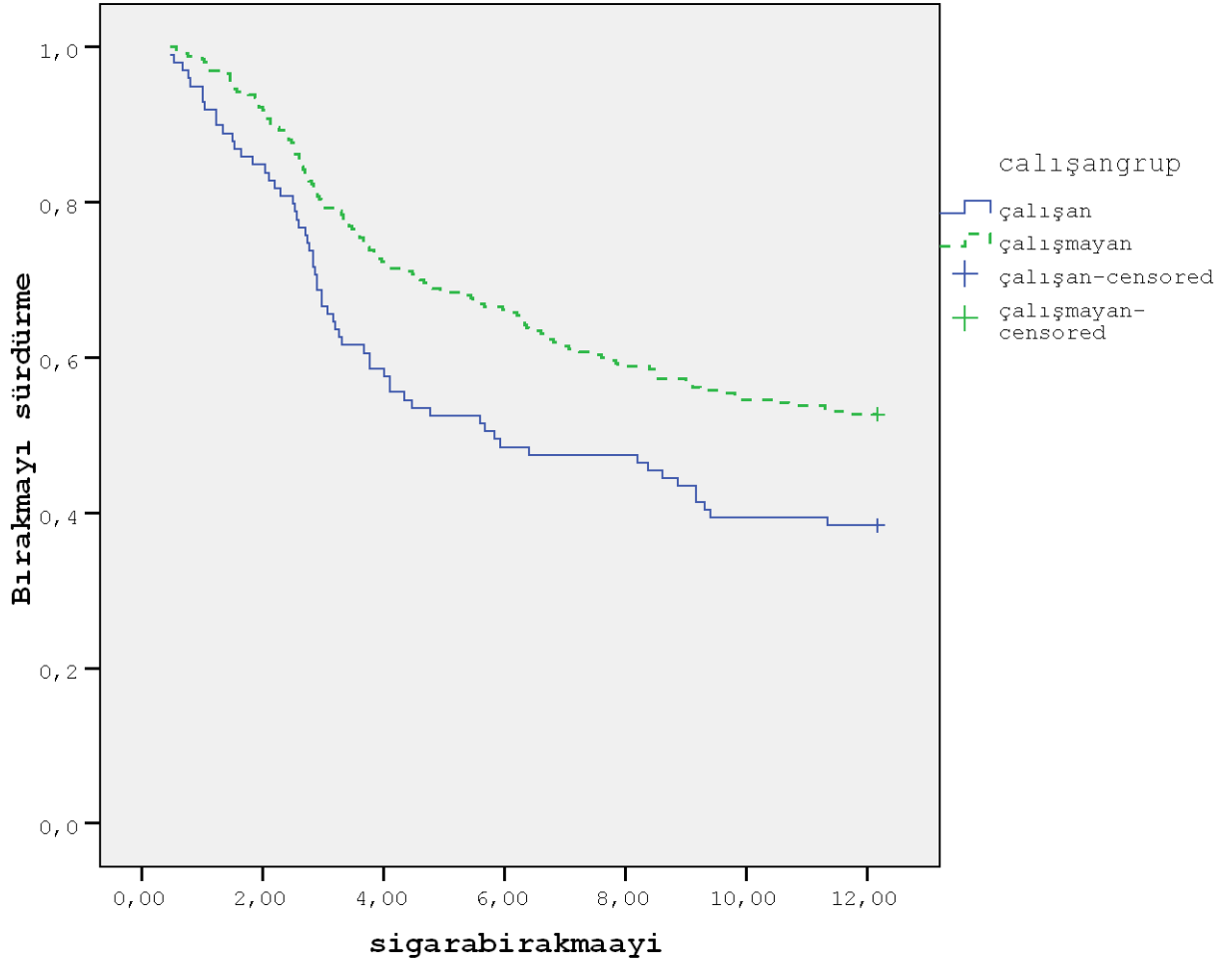


Grafik 4. Araştırma grubunda öğrenim durumuna göre sigara bırakmayı sürdürme

Araştırma grubunda evlilerde relaps hızı %51.8 iken bekarlarda %53.7 bulunmuştur. Sağkalım analizinde relaps olma açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (log rank=0.21, SD=1, p=0.64). Sigara içmeme süresi evlilerde ortalama 8.12 ± 0.25 ay bekarlarda ise 7.83 ± 0.61 ay olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Araştırma grubunda çalışanlarda relaps hızı %61.6, çalışmayanlarda %47.3 bulunmuştur. İkili çözümlemede aralarında anlamlı fark bulunma durumu sağkalım analizinde de sürmüştür. Çalışan grupta relaps hızı çalışmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (log rank=8.00, SD=1, p=0.005). Sigara içmeme süresi

çalışan grupta ortalama 6.98 ± 0.46 ay iken çalışmayan grupta 8.49 ± 0.26 ay olup aralarında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışanlarda relaps hızı çalışmayanlara göre istatistiksel olarak fazladır (Grafik 5).



Grafik 5. Araştırma grubunda çalışma durumuna göre sigara bırakmayı sürdürme Sigaraya yeniden başlama durumu ile çevresinde sigara içen varlığı, eşinin sigara kullanma durumu ve çalışanlar için işyerinde sigara yasağına uyulması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırma grubunun sigaraya yeniden başlama durumu ile çevresinde sigara kullanma durumu arasındaki ilişki Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Çevrede sigara kullanma durumunun yeniden başlamaya etkisi

	Sigaraya Yeniden Başlama				
	Başladı		Başlamadı		
Çevrede sigara kullanma durumu	Sayı	%*	Sayı	%*	p
Evde sigara kullanma					
Var	103	53.9	88	46.1	0.28
Yok	81	48.2	87	51.8	
Eşin sigara içmesi					
Evet	70	57.4	52	42.6	0.09
Hayır	114	48.1	123	51.9	
İşyerinde sigara yasağına uyum					
Evet	38	62.3	23	37.7	0.53
Hayır	20	69.0	9	31.0	

*Satır yüzdesi

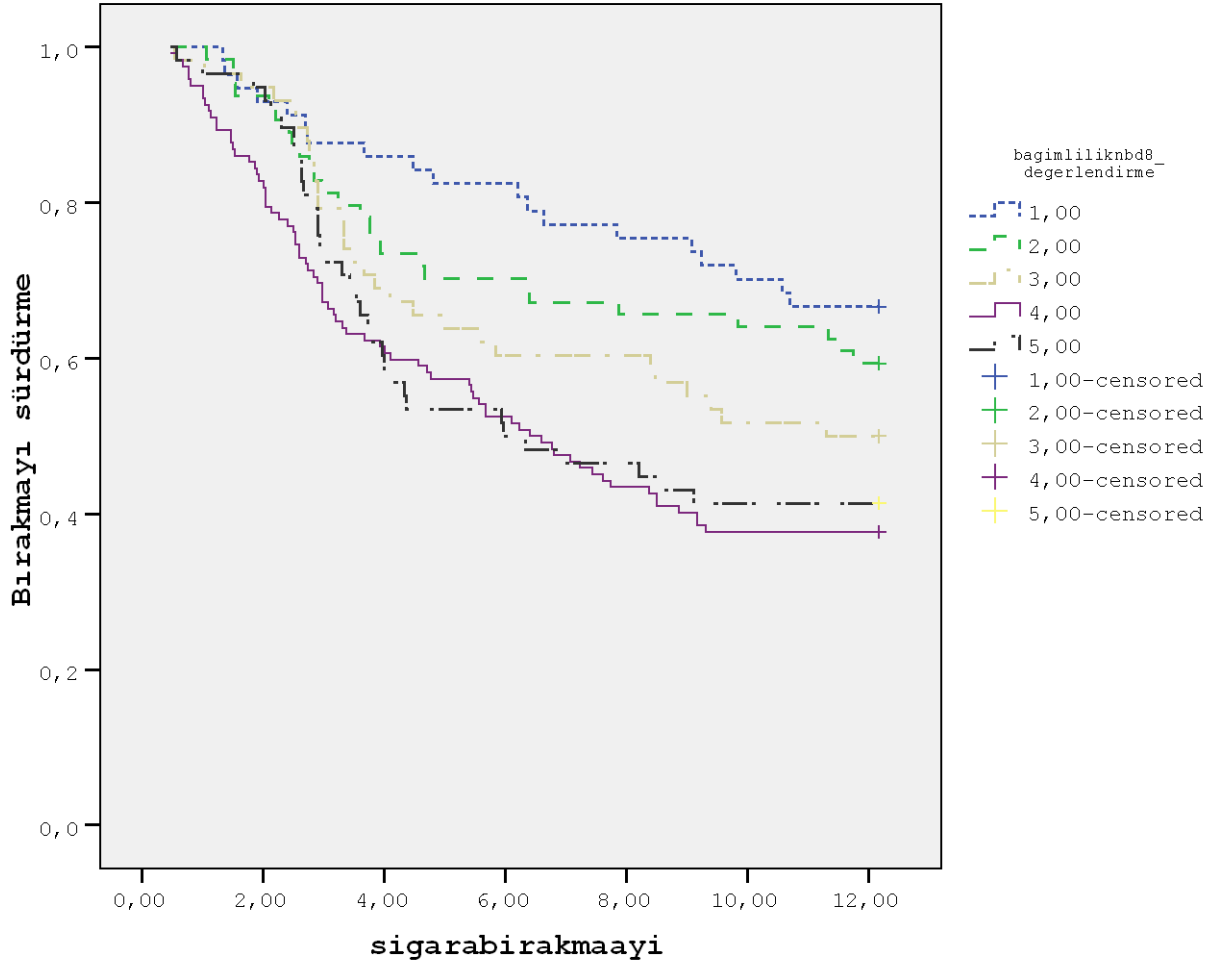
Araştırma grubunun ilk sigaraya başlama yaşı ile relaps olma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=1.70$, $p=0.09$). Düzenli sigara kullanmaya başlama yaş ortalaması sigaraya yeniden başlayanlarda anlamlı olarak küçük bulunmuştur ($t=2.87$, $p= 0.004$).

Araştırma grubunda bağımlılık düzeyi ile sigaraya yeniden başlama arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 23). İkili çözümlemede bağımlılık düzeyi yüksek olanlarda sigaraya yeniden başlama oranı düşük olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Bağımlılık düzeyine göre sağkalım analizi yapıldığında sigara bırakmayı en az sürdüren grubun yüksek düzey bağımlılar olduğu görülmektedir (Grafik 6). ($\log \text{rank}=19.75$, $SD=4$, $p=0.001$).

Tablo 23. Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyinin sigaraya yeniden başlamaya etkisi

Nikotin bağımlılık düzeyi	Sigaraya Yeniden Başlama Durumu				
	Başladı		Başlamadı		Toplam
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı
Çok düşük düzey bağımlılık	19	33.3	38	66.7	57
Düşük düzey bağımlılık	26	40.6	38	59.4	64
Orta düzey bağımlılık	29	50.0	29	50.0	58
Yüksek düzey bağımlılık	76	62.3	46	37.7	122
Çok yüksek düzey bağımlılık	34	58.6	24	41.4	58
Toplam	184	51.3	175	48.7	359

*Satır yüzdesi, Ki-kare testi, p=0.002



Grafik 6. Araştırma grubunda nikotin bağımlılık düzeyine göre sigara bırakmayı sürdürme

Araştırma grubunun depresyon-anksiyete puanları ile sigaraya yeniden başlama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma grubunun kullandığı tedavi yöntemi bakımından karşılaştırıldığında ilaç tedavisi alanlarda relaps olma riski yalnız davranışsal tedavi alanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Vareniklin alan grupta relaps hızı yalnız davranışsal tedavi alanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bupropion alan grupta relaps hızı yalnız davranışsal tedavi alan gruba göre istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Nikotin replasman tedavisi alma ile sigaraya yeniden başlama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Her bir ilaç grubu için sigaraya yeniden başlama durumu Tablo 24'te gösterilmiştir.

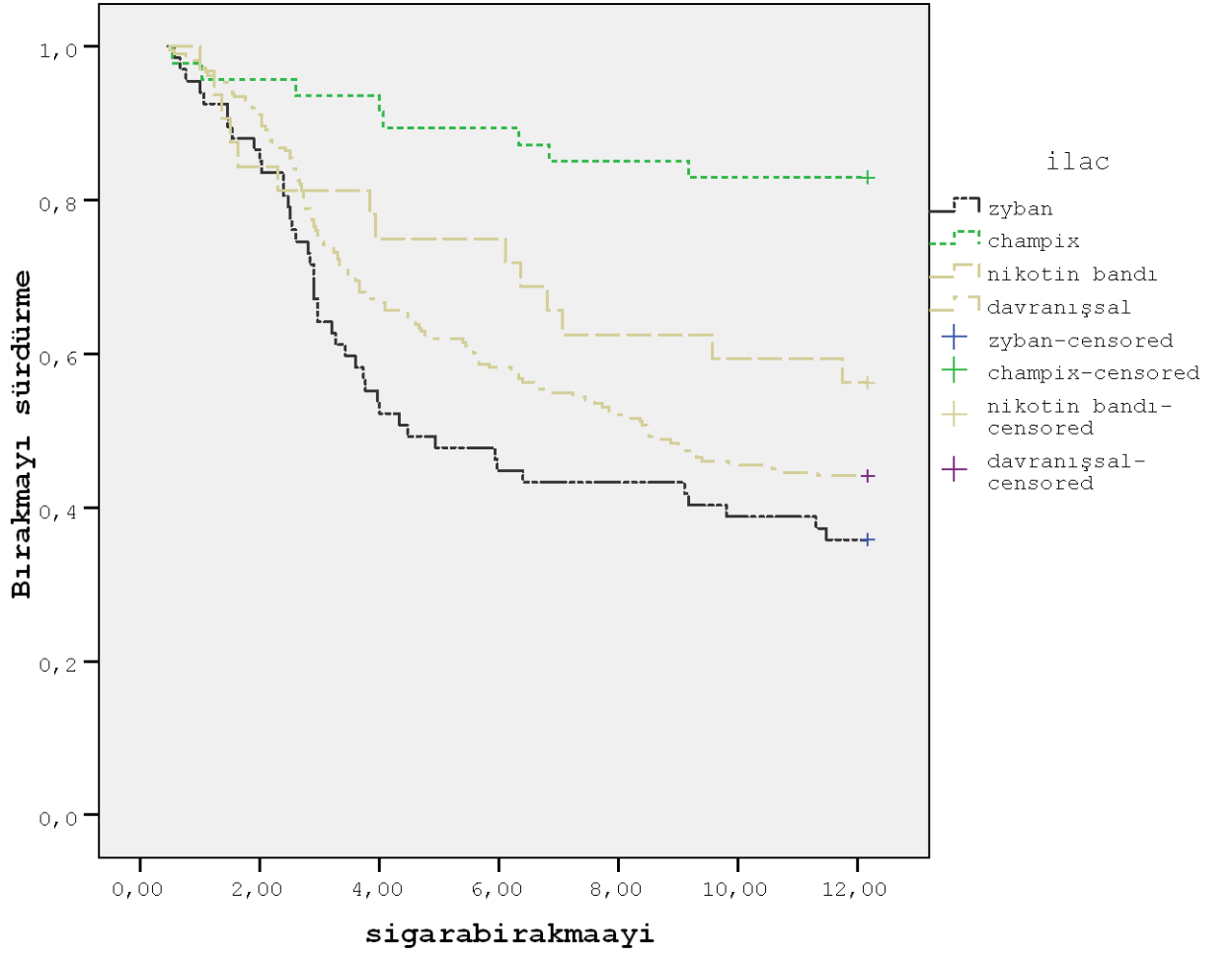
Tablo 24. Katılımcıların kullandıkları tedavi yöntemlerinin sigaraya yeniden başlamaya etkisi

Tedavi Yöntemi	Sigaraya Yeniden Başlama Durumu				
	Başladı		Başlamadı		p
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Davranışsal tedavi	119	55.9	94	44.1	0.03
İlaç tedavisi	65	44.5	81	55.5	
Kullanılan ilaç**					
Bupropion	43	64.2	24	35.8	0.23
Vareniklin	8	17.0	39	83.0	0.0001
Nikotin yerine koyma tedavisi	14	43.8	18	56.3	0.19

* Satır yüzdesi, Ki-kare testi

**Kullanılan ilaç davranış tedavisi ile karşılaştırılmıştır

Katılımcıların kullandığı tedavi yöntemi bakımından sağkalım analizi yapıldığında aralarında anlamlı fark bulunmuştur (log rank=25.4, SD=3, p=0.0001). Sigara bırakmayı sürdürme süresi en fazla Vareniklin alan grupta görülmektedir (Grafik 7).



Grafik 7. Araştırma grubunda tedavi yöntemine göre sigara bırakmayı sürdürme

Tablo 25'de araştırma grubunun nikotin bağımlılık düzeyine göre sigaraya yeniden başlama durumu için Cox regresyon analizi sonuçları sunulmuştur. Bu analizler için dört farklı model kullanılmıştır. İlk modelde nikotin bağımlılık düzeyi, yaş ve cinsiyet, ikinci modelde bunlara çalışma durumu, üçüncü modelde evinde sigara içme durumu, dördüncü modelde ise ilaç kullanma durumu sırasıyla eklenmiştir.

Tablo 25. Araştırma grubunda yeniden başlama ile nikotin bağımlılık düzeyi arasındaki ilişki, düzeltilmiş Cox Regresyon modelleri

	Sigara yeniden başlama		
	p	GR	GA(%95)
Nikotin bağımlılık düzeyi*			
Düşük**	0.001	1	-
Orta	0.09	1.48	0.92-2.36
Yüksek	0.001	2.10	1.48-2.97
Model 1***			
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Düşük**	0.002	1	-
Orta	0.18	1.37	0.85-2.19
Yüksek	0.001	1.89	1.32-2.69
Model 2****			
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Düşük**	0.003	1	-
Orta	0.19	1.36	0.85-2.18
Yüksek	0.001	1.84	1.28-2.63
Model 3*****			
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Düşük**	0.003	1	-
Orta	0.19	1.36	0.85-2.18
Yüksek	0.001	1.83	1.28-2.63
Model 4*****			
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Düşük**	0.002	1	
Orta	0.18	1.38	0.86-2.21
Yüksek	0.001	1.89	1.32-2.72

*Hiç bir değişkene göre düzeltilmemiş relaps-nikotin bağımlılık düzeyi cox regresyon çözümlemesi

**Referans olarak alınan

***Model 1: Yaş, cinsiyete göre düzeltilmiştir.

****Model 2: Yaş, cinsiyet ,çalışma durumuna göre düzeltilmiştir.

*****Model 3: Yaş, cinsiyet, çalışma durumu ve evde sigara içen varlığına göre düzeltilmiştir.

***** Model 4: Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, evde sigara içen varlığı ve ilaç kullanma durumuna göre düzeltilmiştir.

Araştırma grubunda nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olan grubun düşük olan gruba göre sigaraya yeniden başlama için göreceli riski 2.10 (%95GA=1.48-2.97) iken, Model 1’de yaş ve cinsiyete göre düzeltilindiğinde GR azalmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılığını korumuştur (GR=1.89, %95GA=1.32-2.69). Yaş ve cinsiyetin yanısıra çalışma durumunun da eklendiği Model 2’de yüksek olan grubun düşük olan gruba göre relaps için GR’si azalmıştır ve istatistiksel olarak anlamlılığını korumuştur (GR=1.84, %95GA=1.28-2.63). Model 3’te yaş, cinsiyet, çalışma durumu ile birlikte evde sigara içen varlığına göre düzeltilindiğinde GR azalmışsa da istatistiksel anlamlılığı devam etmektedir (GR=1.83, %95 GA=1.28-2.63). Model 4’te ilaç kullanma durumu eklendiğinde ise yüksek olan grubun düşük olan gruba göre relaps için GR’si artmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır (GR=1.89, %95 GA=1.32-2.72). Sonuç olarak yaş, cinsiyet, çalışma durumu, evde sigara içen varlığı ve sigara bırakma için kullanılan ilaç varlığı düzeltilindiğinde bile yüksek düzey nikotin bağımlılığı olanlarda düşük düzey olanlara göre relaps riski yaklaşık iki kat daha fazladır.

7 TARTIŞMA

Bu çalışma toplum tabanlı olarak çalışmaya başlayan sigara bırakma merkezinde bırakma hızı, yeniden başlama hızı ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma grubu daha önce yapılan BAK Projesi’ne katılanlardan ve daha sonra kendi isteğiyle sigara bırakma merkezine başvuranlardan seçilmiştir [75]. Araştırmaya katılanların cinsiyet dağılımları benzer olmuştur. Araştırmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması kadınlardan anlamlı düzeyde ($p<0.001$) yüksek bulunmuştur.

7.1 Bir yıllık sigara bırakma hızı ve sosyo-demografik özellikler

Araştırma grubunda bir yıllık sigara bırakma hızı %30.1’dir. Sigarayı en az dört hafta içmeyen 359 kişi bir yıl boyunca izlenmiş ve bu kişilerin %51.3’ü yeniden sigaraya başlamıştır.

Trabzon’da yapılan üç yıllık bir izlem çalışmasında bir yıllık sigara bırakma hızı %47.8 olarak bulunmuştur [81]. Araştırma grubunda bir yıllık sigara bırakma hızı

daha düşüktür. Bu fark Trabzon'da yapılan çalışmanın bir üniversite hastanesinin içinde kurulan ve sigara bırakmayı isteyip bunun farkında olan bireylerin başvurduğu bir merkez olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca aynı çalışmada katılan bireylerin öğrenim durumunun yüksek olması farkındalığın artmış olması açısından bir diğer gösterge olabilir.

İstanbul Üniversitesi sigara bırakma polikliniğinin bir yıllık sigara bırakma hızı %21.6 olarak saptanmıştır [82]. Bu çalışma ile karşılaştırıldığında başarı oranı daha düşüktür. Aradaki farklılık bu çalışmanın izlem sıklığının daha yoğun olması ve kontrole gelmeyen olgularla aylık telefon görüşmelerinin sürdürülmesi olabilir.

Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yapılan bir kaç çalışmada bir yıllık başarı hızı sırasıyla %41.2, %45.5 ve %40 olarak saptanmıştır [83] [84, 85]. Sigara bırakma oranlarının bu çalışmadan yüksek bulunmasının nedeni Göğüs Hastalıkları kliniğine gelenlerin çoğunlukla sigara ile ilgili yakınmaları olan ve hastalık riski yüksek kişilerden oluşması olabilir. Riskli bireylerin hastalıkları nedeniyle sigara bırakma motivasyonlarının daha yüksek olduğu düşünülebilir. Ayrıca bu kliniklerde izlenen hasta sayısının bu çalışmadan az olması bir diğer neden olarak görülebilir.

Kanada'da yapılan toplum tabanlı bir girişim çalışmasında bir yıllık sigara bırakma hızı %43 bulunmuştur [86]. Sigara bırakma başarısının bu çalışmadan daha yüksek bulunmasının nedeni uygulanan sosyal destek girişiminin sigara bırakmak isteyen bireyin ailesini de içermesi olabilir. Ayrıca toplumsal farkındalığı artırmak için daha yoğun çalışmaların yapılmış olması başarıyı artıran diğer etmen olabilir.

İsviçre'de toplum tabanlı olarak orta yoğunluklu bir fiziksel aktivite programının uygulandığı bir girişim çalışmasında bir yıllık sigara bırakma hızı %27.1 olarak saptanmıştır [87]. Bu çalışmadan başarı oranı daha düşük bulunmuştur. Bunun nedenleri izlem yoğunluğunun farklı olması ve araştırma grubuna ilaç tedavilerinin uygulanmış olması olabilir.

Araştırma grubunda bir yıllık sigara bırakma hızı 55 yaş üzeri olanlarda, 18-54 yaş grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca erkeklerde sigara bırakma hızı kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Göğüs

Hastalıkları Kliniği içinde kurulan ve başvuru süresi bir yılını dolduranların değerlendirildiği bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde bir yıllık sigara bırakma oranı 50 yaş üzerinde anlamlı olarak fazla iken cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır [88]. Aradaki farklılık bu çalışmada katılımcıların cinsiyet dağılımı benzer iken sözü edilen çalışmaya katılanların %67.3'ünün erkek olmasından kaynaklanmış olabilir. Göğüs Hastalıkları kliniği içinde kurulan sigara bırakma polikliniğine başvuran ve altı ay süreyle izlemi yapılan bireylerin değerlendirildiği bir başka çalışmada altı aylık bırakma oranında yaş grupları ve cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır [89]. Araştırma grubunda daha uzun süreli izlem yapılmış olması nedeniyle yaş grupları ve cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmış olabilir..

Kanada'da sosyal destek programı ile yürütülen toplum tabanlı girişim çalışmasında bir yıllık bırakma hızı açısından cinsiyet farkı saptanmamıştır [86]. Ancak bir yılın sonunda sigara bırakma oranları benzer şekilde erkeklerde yüksek bulunmuştur.

İspanya'da 2003-2005 yılları arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde sigara bırakma girişiminin uygulandığı izlem çalışmasında (İSTAPS) bir yıllık sigara bırakma hızında erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır [90]. Bu çalışma ile aradaki farklılık kadın ve erkek yaş gruplarının dağılımının farklı olması olabilir.

Kore'de yapılan bir başka izlem çalışmasında bir yıl sonunda sigara bırakma oranı ileri yaş grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [91]. Avrupa'da 17 ülkede yürütülen CEASE çalışmasında ise bu çalışmaya benzer şekilde erkeklerde ve ileri yaşta bir yıllık sigara bırakma hızının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır [92]. İleri yaşta sigara bırakma oranının artmasının nedeni sağlık algısının artmış olması olarak düşünülebilir.

Araştırma grubunda bir yıllık sigara bırakma hızı ile medeni durum ve öğrenim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Göğüs Hastalıkları kliniğine bağlı çalışan bir sigara bırakma polikliniğinde altı aylık izlem sonucu sigara bırakma oranı öğrenim durumu ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Aynı çalışmada evli olanlar anlamlı olarak daha fazla sigarayı bırakmıştır [89]. Medeni durumdaki farklı sonuç bu çalışmadaki izlem süresinin ve hasta sayısının fazla olmasından

kaynaklanabilir. Göğüs Kliniklerinin katıldığı CEASE çalışmasında bu çalışmaya benzer şekilde bir yıllık sigara bırakma hızı ile öğrenim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır [92]. İngiltere’de 1991-2001 arasında yürütülen bir çalışmada evli olanlarda sigara bırakma hızı evli olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [93]. Evli olmak sigara bırakma sürecinde destekleyici bir etmen olarak düşünüldüğünde bu durum beklenen bir sonuçtur. Bu çalışmada farklı bir sonuç çıkmasının nedeni çalışmaya katılanların büyük kısmının evli olması olabilir.

Bu çalışmada evde kendinden başka sigara içmeyenlerde ve eşi sigara içmeyenlerde bir yıllık bırakma hızı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çok sayıda katılımcının olduğu ve izlem çalışmalarının değerlendirildiği bir metaanalizde evde eşi ya da birlikte yaşadığı kişilerin sigara içmeyenler olmasının (destek varlığı) bir yıllık sigara bırakma hızını anlamlı olarak artırmadığı bulunmuştur [94].

Araştırma grubunda çalışmayanlarda sigara bırakma hızı çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Toplum tabanlı bir başka sigara bırakma girişiminde ise çalışma durumu ile sigara bırakma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [87]. Bu farklılık araştırma grubunda çalışmayanların büyük kısmının ileri yaşta olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırma grubunda depresyon-anksiyete düzeyleri ile bir yıllık sigara bırakma hızı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Göğüs Hastalıkları kliniğinde yapılan bir çalışmada birinci yılın sonunda sigara bırakanlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri bırakamayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur [88]. Bir başka sigara bırakma polikliniğinde altı aylık sigara bırakma hızı ile depresyon anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [89]. Farklı sonuçlar sigara bırakma girişimi için kullanılan ilaçlardan kaynaklanmış olabilir.

7.2 Nikotin bağımlılık düzeyi ve bir yıllık sigara bırakma hızı

Araştırma grubunda nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma hızı anlamlı olarak azalmaktadır. İleri analizde ise nikotin bağımlılık düzeyi yaşa, cinse, çalışma durumuna, evde sigara içen varlığına ve ilaç kullanma durumuna göre düzeltildiğinde anlamlılığını kaybetmiştir. Göğüs Hastalıkları kliniğinde

kurulan sigara bırakma polikliniğinde üç görüşme yapılan ve nikotin yerine koyma tedavisi verilen hastaların birinci yıl sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada nikotin bağımlılık düzeyi ile sigara bırakma hızı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [95]. Trabzon'da yapılan üç yıllık bir izlem çalışmasında yine sigara bırakma ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [81]. Tekli çözümlemede ortaya çıkan bu farklılık, sözü edilen her iki çalışmada da katılan bireylerin çoğunlukla orta düzey bağımlı grupta olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada ise katılımcıların bağımlılık düzeyleri benzer dağılımdadır.

Amerika, Kanada, İngiltere ve Avustralya'da yürütülen ITC çalışmasında altı aylık sigara bırakma hızı nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça bu çalışmaya benzer şekilde azalmış olarak bulunmuştur [96]. Avrupa'da 17 ülke ve 36 merkezin katıldığı ve girişim grubuna nikotin bandı tedavisinin verildiği CEASE çalışmasında yine benzer şekilde nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça bir yıllık sigara bırakma hızının azaldığı saptanmıştır [92]. Türkiye'de 2004 yılında yapılan çalışmada Fagerstrom Nikotin Bağımlılık testinin güvenilirliği orta derecede bulunmuş ve Türkiye'de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır [97].

7.3 Bir yıllık sigara bırakma durumunu etkileyen etmenler

Araştırma grubunda kronik hastalıklardan yalnız diyabeti olanlarda bir yıllık sigara bırakma hızı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Diyabet için ileri analiz yapıldığında ise bu etkinin yaşın karıştırıcı etkisine bağlı olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada benzer şekilde eşlik eden hastalık varlığı ile bir yıllık sigara bırakma hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [98]. Göğüs hastalıkları kliniğinde yürütülen bir başka çalışmada ise birinci yıl sonunda sigara bırakma oranları kardiyopulmoner hastalığı olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur [99]. Bu fark Göğüs hastalıkları kliniğine gelen ve eşlik eden hastalığı olanların büyük kısmının yüksek düzey bağımlı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırma grubunda bir yıllık sigara bırakma hızı ilaç tedavisi alanlarda yalnız davranışsal tedavi alanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kullanılan

ilaç tedavilerinden ise yalnız Vareniklin alanlarda davranışsal tedaviye göre anlamlı olarak yüksek bırakma hızı saptanmıştır. Nikotin yerine koyma tedavisinin davranış tedavisi ile karşılaştırıldığı bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde bir yıllık bırakma hızları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır [100]. Nikotin yerine koyma tedavisinin değişik formlarının plasebo ile karşılaştırıldığı bir başka çalışmada altı aylık bırakma hızları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır [101]. Bu çalışmada da elde edilen benzer sonuç nikotin yerine koyma tedavisinin doğru uygulanmasıyla ilgili yaşanan sorunlar ve yine önerilen süreden az kullanılmasından kaynaklanmış olabilir.

Ankara'da Göğüs hastalıkları kliniğinde yapılan bir çalışmada ortalama 2.8 ay Bupropion tedavisi alanların bir yıllık bırakma hızı hiç almayanlara göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır [98]. Bu farklılık araştırma grubunda ilaç kullananların çoğunun tedavi süresinin ekonomik nedenlerden dolayı literatürde önerilen en az sekiz haftalık süreden kısa olmasından kaynaklanmış olabilir. Polonya'da randomize kontrollü çalışmaların alındığı bir meta-analizde Bupropion tedavisi alanlarda bir yıllık sigara bırakma hızı yalnız davranışsal tedavi alanlara göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur [102]. Bu fark yine uygulanan tedavi süresinin farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Vareniklin tedavisinin 12 hafta uygulandığı plasebo kontrollü bir başka çalışmada altı aylık bırakma hızı Vareniklin alan grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır [103]. Bu çalışmada elde edilen benzer sonuç bu ilacın daha pahalı olması nedeniyle bırakmayı çok isteyen ve devam tedavisini alabilecek bireylere verilmesi dolayısıyla önerilen süreye daha çok ulaşılmasından kaynaklanmış olabilir. Yapılan en son sistematik derlemede bu araştırmaya benzer şekilde ilaç kullanma sigara bırakma hızını anlamlı olarak artırmaktadır. Aynı sistematik derlemede Vareniklin kullanımı hiç kullanmayanlara göre bir yıllık sigara bırakma hızını anlamlı olarak 4.9 kat artırmakta olarak bulunmuştur [104].

7.4 Sigaraya yeniden başlama hızı ve etkileyen etmenler

Araştırma grubunda sigarayı en az dört hafta içmeyen 359 kişi bir yıl boyunca izlenmiş ve bu kişilerin 184'ü (%51.3) yeniden sigaraya başlamıştır. Sigaraya yeniden başlayanların ortalama bırakma süresi 125.7 ± 82.0 gündür. İkili

çözümlemede sigaraya yeniden başlama durumu ile cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışanlarda ve 55 yaş altı grupta ise yeniden başlama anlamlı olarak fazla saptanmıştır. Trabzon'da yapılan bir çalışmada sigarayı bırakan 159 kişinin bir yıllık izleminde %52.2'si yeniden sigaraya başlamıştır [81]. Ayrıca cinsiyete göre yapılan Kaplan-Meier sağkalım analizinde bu çalışmaya benzer şekilde sigara bırakmayı sürdürme açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada altı ayın sonunda sigaraya yeniden başlama hızı %62.9 olarak saptanmıştır [105]. Aynı çalışmada sigaraya yeniden başlama durumu kadınlarda ve nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sigaraya yeniden başlama hızının bu çalışmadan yüksek olmasının nedeni izlemin daha kısa olmasından kaynaklanmış olabilir. Sigaraya yeniden başlama durumu zaman ilerledikçe azaldığından bu durum beklenen bir sonuçtur. Üç yıllık bir izlemin yapıldığı ve nikotin yerine koyma tedavisinin uygulandığı ITC çalışmasında yeniden başlama hızı %37 olarak bulunmuştur [106]. Yeniden başlama durumuyla bu çalışmaya benzer şekilde cinsiyetin anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Yine benzer şekilde 55 yaş üzeri olanlarda yeniden başlama hızı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Sigaraya yeniden başlama oranındaki farklılık izlem süresinin bu çalışmadan uzun sürmesi ve beklenen şekilde relaps hızının ilerleyen zamanda azalmasından kaynaklanmış olabilir. Kore'de sigara bırakanların bir yıl izlendiği bir çalışmada sigaraya yeniden başlama hızı %39.2 olarak bulunmuştur [107]. Aynı çalışmada kadınlarda erkeklere göre sigaraya yeniden başlama hızı 2.11 kat (%95 GA, 1.17-3.82) fazla görülmüştür. Bu çalışmada da kadınlarda sigaraya yeniden başlama oranı yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırma grubunda çalışanlarda yeniden başlama hızı ikili çözümlemede ve sağkalım analizinde çalışmayanlara göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. İngiltere'de yapılan on üç yıllık bir izlem çalışmasında ise çalışmayanlarda yeniden başlama hızı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [108]. İngiltere'de yapılan çalışmaya katılanların yaş ortalaması bu çalışmadan daha küçüktür. Dolayısıyla bu çalışmada çalışan grup daha genç iken, İngiltere'de yapılan çalışmada çalışmayan grup daha gençlerden oluşmaktadır. Farklılık çalışma

durumundan çok yaştan kaynaklanmış olabilir. İşyerlerinde sigara yasağının tam olarak uygulanmaması ve içenlerin birbirini teşvik etmesi söz konusu olabilir.

Bu çalışmada çevrede sigara kullanma durumunun yeniden başlama üzerine anlamlı etkisi saptanmamıştır. Toplum tabanlı bir başka girişim çalışması olan İnter99 çalışmasında da benzer şekilde çevresinde sigara içilme durumu çalışma durumuna göre düzeltildiğinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır [109]. Ancak öğrenim durumu düşük olan grubun çevresinde sigara içilmesi durumunda yeniden başlama riskinin 1.82 kat (%95 GA, 1.4-2.4) fazla olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada sigaraya yeniden başlama hızı nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olanlarda anlamlı olarak fazla bulunmuştur. İngiltere’de yapılan bir çalışmada üç ayın sonunda sigaraya yeniden başlama hızı ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır [110]. Bu çalışmaya göre farklı sonuç alınması izlem süresinin kısa olmasından kaynaklanmış olabilir. Nikotin bağımlılık düzeyinin bir başka ölçekle karşılaştırıldığı ve hastalara Bupropion ya da nikotin yerine koyma tedavisinin verildiği bir başka çalışmada altı ayın sonunda bağımlılık düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre anlamlı olarak daha az relaps görülmüştür [111]. Bupropion’un yeniden başlamayı önleme konusunda plasebo ile karşılaştırıldığı bir başka çalışmada on iki ayın sonunda sigaraya yeniden başlama hızı bu çalışmaya benzer şekilde nikotin bağımlılık düzeyi düşük olanlarda anlamlı olarak daha az bulunmuştur [112].

Araştırma grubunda bir yılın sonunda sigaraya yeniden başlama hızı ilaç tedavisi alanlarda yalnız davranışsal tedavi alanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Yapılan cox regresyon analizinde sigara bırakmayı sürdürme hızı en fazla Vareniklin alan grupta görülmüştür. Vareniklin’in 12 hafta kullanıldığı randomize kontrollü çift-kör bir çalışmada bir yıllık izlem sonunda sigaraya yeniden başlamayı önleme konusunda plaseboya göre anlamlı olarak 1.34 kat (%95 GA=1.06-1.69) daha etkili olduğu saptanmıştır [113]. Bir sistematik derlemede bu çalışmaya benzer şekilde telefon görüşmeleriyle desteklenen davranışsal tedavilerin relapsı önleme konusunda anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Aynı çalışmada uzun dönem izlemlerde nikotin bandının yeniden

başlamayı önlemeye etkisi 1.30 kat (%95 GA=1.06-1.61), Bupropion'un 1.25 kat (%95 GA=0.86-1.81) olup anlamlı değildir [74]. Yapılan bir metaanalizde sigaraya yeniden başlamayı önleme konusunda değişik yoğunlukta uygulanan davranışsal tedavilerin anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Aynı metaanalizde Bupropion ya da Nikotin yerine koyma tedavisinin yeniden başlamayı önleme konusunda anlamlı bir etkisi bulunmazken Vareniklin'in relapsı anlamlı olarak 1.18 kat azalttığı bulunmuştur (%95 GA=1.03-1.36). [114].

8. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI

Araştırma BAK Projesi'nin koroner kalp hastalığı riski orta ve yüksek olan gruptan sigara içenlere yönelik bir girişim çalışması olarak planlanmıştır. Ancak hedef gruptan katılımın az olması nedeniyle risk grubu yaklaşımından uzaklaşmış ama yine de toplum tabanlı, sağlık kurumu içinde bulunmayan ve, hekim yönlendirmesi ile başvurulmayan bir merkez olarak devam etmiştir. Davetle gelenler ve kendiliğinden gelenlerde de bir sağlık kurumu olarak algılanmaması nedeniyle tedaviye uyum azalmış olabilir.

Araştırma grubunda uygulanan tedavilerin başlangıç paketleri merkezden ücretsiz olarak verilmiştir. Devam paketleri ise reçete edilmesine rağmen büyük oranda kullanılmamıştır. Tedavinin literatüre uygun şekilde uygulanamamış olması bırakma hızlarının beklenenden düşük olmasına neden olmuş olabilir. Ücretsiz ilaç tedavisi sunulması da araştırmanın güçlü yönlerinden olmakla birlikte, bırakma konusunda çok kararlı olmayanların da çalışmaya katılmasını sağlamıştır. Bu durum bırakma hızında düşüklüğe ve relapsda yüksekliğe neden olmuş olabilir.

Bu araştırma ile elde edilen on iki aylık bırakma hızı ve yeniden başlama oranı literatürde belirtilen aralıklarda bulunmuştur. Türkiye'de sigaraya yeniden başlama konusunda yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Bu nedenle, sadece bırakma hızı değil, relapsın da izlenmesi çalışmanın en güçlü yanıdır.

Araştırmanın ileriye yönelik bir izlem çalışması olması ve izlemde kayıp olgu sayısının çok az olması nedeniyle sigara bırakma ve yeniden başlama ile ilişkili etmenler gösterilebilmiştir.

Sigara bırakma durumunu öğrenmek için bireyin kendi bildirimini yanında ölçüm yapılması çalışmanın gücünü artırmıştır.

9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada bir yıllık sigara bırakma hızı %30.1 ve yeniden başlama hızı %51.3 bulunmuştur. Nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma hızının anlamlı olarak azaldığı ve yeniden başlama hızının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. On iki aylık sigara bırakma hızı 55 yaş üzeri olanlarda, çalışmayanlarda, evde kendisinden başka sigara içmeyenlerde ve ilaç tedavisi alanlarda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır..

Araştırma grubunda sigarayı bırakan bireylerin bir yıl izlemi sonunda 55 yaş üzeri olanlarda ve çalışmayanlarda yeniden başlama hızı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. İlaç tedavilerinden yalnız Vareniklin alanlarda hiç ilaç almayanlara göre sigaraya yeniden başlama hızı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çalışma bir randomize kontrollü deney olmadığı için bu sonuç dikkatle yorumlanmalıdır.

Sigara bırakma girişimleri tüm topluma yönelik olmalı, izlem konusuna önem verilmelidir. Çalışanlarda sigara bırakma hızlarının düşük ve yeniden başlama oranlarının yüksek olduğu görüldüğünden işyerlerini kapsayan girişimler artırılmalıdır. Bırakma hızını artırmak ve bırakmayı kalıcı yapabilmek için öncelikle nikotin bağımlılığı yüksek bireylere ilaç tedavisi verilmelidir. İlaç tedavisine uygun bireyler sistematik olarak belirlenmeli ve bu tedavi kamu tarafından karşılanmalıdır. Bu girişimlerle sigaraya bağlı ortaya çıkan pek çok hastalığın morbidite ve mortalitesi azaltılarak toplum sağlığına önemli katkı sağlanacaktır.

10. KAYNAKLAR

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package 2008: Geneva.
2. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010: Ankara.
3. WHO. Framework Convention on Tobacco Control, Geneva. 2003: Geneva.
4. Bilir N, Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde? . Tur Toraks Der, 2009. 10(31-4).

5. Ergüder T, Evaluation of the use of Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data for developing evidence-based tobacco control policies in Turkey. BMC Public Health, 2008. 8 Suppl 1: p. S4.
6. Demir T, Sigara Bırakma Polikliniğinin Yapılanması. Tütün ve Tütün Kontrolü. Vol. 10. 2010, Toraks Kitapları: İstanbul.
7. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi, 2006. 7(1): p. 51-64.
8. WHO Media Center Tobacco Fact Sheet, Erişim Tarihi: 02.06.2011; Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>.
9. 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.
10. CDC Global Tobacco Surveillance System Data Fact Sheets, 2011. Erişim Tarihi: 07.06.2011 Erişim Adresi: <http://apps.nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>.
11. [Mathers CD](#), [Loncar D](#). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006. 3(11): p. e442.
12. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu. 2008: Copenhagen.
13. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. 2009: Geneva.
14. A Report of the Surgeon General: The health consequences of smoking. 2004: Washington.
15. Ezzati M, Lopez A.D. Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000. Tob Control, 2004. 13(4): p. 388-95.
16. WHO Report 2002, Quantifying Selected Major Risks to Health. 2002: Genova.
17. Tek harf Çalışması, 2009. <http://tekharf.org/images/2009/bolum7.pdf>. Erişim Tarihi: 15.09.2011
18. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care, 2002. 25(9): p. 1551-6.
19. T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Hane Halkı Araştırması, 2003: Ankara.
20. TÜİK Aile Yapısı Araştırması, 2006. 2010, Nakış ofset: Ankara.

21. Satman İ, Alagöl F, Ömer B, Kalaca S. ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II. (TURDEP II). www.istanbul.edu.tr/itf/.../021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf. Erişim Tarihi: 13.09.2011
22. Çan G, Özlü T. Trabzon İl Merkezinde Sigara İçme Sıklığı. O.M.Ü Tıp Dergisi, 1999. 16(3): p. 200-203.
23. Emri S, Başoğlu A, Turnagöl H. Epidemiology Of Smoking Among Turkish Adults: A National Household Survey. The Second International Symposium On Medikal Geology, Nutrition And Cancer. 2002
24. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde Sigara İçme Prevalansı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2007. 55(2): p. 141-147.
25. Bozkurt AI, Şahinöz S, Özçırpıcı B, Özgür S. Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South-east Anatolian Project (SEAP) region in Turkey. BMC Public Health, 2006. 6: p. 15.
26. Keskinöglü P, Sözkese S, Sarıyer E, Kesik K. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede 15 Yaş Üzerinde Sigara İçicilik Sıklığı, İçicilik Maliyeti ve İçiciliğin Hastalık Varlığına Etkisi. Türk Toraks Dergisi, 2007. 8(4): p. 227-233.
27. T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yükü Final Raporu 2004: Ankara.
28. İzmir Kanser İzleme ve Denetim Merkezi. 2006; Erişim Tarihi: 30.06.2011 <http://www.ism.gov.tr/kidem/index>.
29. The European Tobacco Control Report. 2007: Copenhagen.
30. Joossens L, Raw M. The tobacco control scale: a new scale to measure country activity. Tobacco Control 2006;15:247-253.
31. Bilir N, Türkiye'de Tütün Kontrolü Politikaları, DSÖ Avrupa, 2010: Copenhagen.
32. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco for Tobacco Use and Dependence A US Public Health Service Report. JAMA 2000, 283-24
33. Fagerstrom K.O, Schneider NG, Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med, 1989. 12(2): p. 159-82.
34. Fagerstrom KO, Heatherton TF. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J. Nov 1990. 69(11): p. 763-5.

35. DiClemente C.C, Prochaska J.O, Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*, 1982. 7(2): p. 133-42.
36. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(11): p. CD004492.
37. [Prochaska JO](#), [Velicer WF](#), [Prochaska JM](#), [Johnson JL](#). Size, consistency, and stability of stage effects for smoking cessation. *Addict Behav*, 2004. 29(1): p. 207-13.
38. A U.S. Public Health Service Report The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. (*Am J Prev Med*. 35(2): p. 158-176.
39. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care*, 2008. 53(9): p. 1217-22.
40. Silagy C, Stead LF, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001(2): p. CD000165.
41. Fiore M.C., US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care*, 2000. 45(10): p. 1200-62.
42. Chandler MA, Rennard SI. Smoking cessation. *Chest*, 2010. 137(2): p. 428-35.
43. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008(2): p. CD000165.
44. Litt J. Smoking and GP's time to cough up. Successful interventions in general practice. *Australian Family Physician* June 2005. 34(6): p. 426.
45. Litt J, Ling M. How to help your patients quit: Practice-based strategies for smoking cessation. *Asia Pacific Family Medicine* 2003. 2: p. 175-179.
46. Mallin R. Smoking cessation: integration of behavioral and drug therapies. *Am Fam Physician*, 2002. 65(6): p. 1107-14.
47. Cornuz J. Smoking cessation interventions in clinical practice. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2007. 34(4): p. 397-404.
48. Stead L, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control*, 2007. 16(i3-i8).

49. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. The Cochrane Library 2009, Issue 3
50. West, R., A. McNeill, M. Raw. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. Thorax, 2000. 55(12): p. 987-99.
51. Stead L. F, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane Library 2009, Issue 2
52. McEwen, A R, West, McRobbie H. Effectiveness of specialist group treatment for smoking cessation vs. one-to-one treatment in primary care. Addict Behav, 2006. 31(9): p. 1650-60.
53. WHO European Strategy for Smoking Cessation Policy. WHO European Tobacco Control Policy Series No. 1. 2004: Copenhagen.
54. Bolliger C.T, Issa S. Effects of varenicline in adult smokers: a multinational, 24-week, randomized, double-blind, placebocontrolled study. Clinical Therapeutics April, 2011. Sayı: 33, syf. 465-477
55. Piasecki TM. Relapse to smoking. Clin Psychol Rev, 2006. 26(2): p. 196-215.
56. Shiffman S, Hickcoks M. Individual differences in the context of smoking lapse episodes. Addictive Behaviors 1997. 22(6): p. 797-811.
57. [Piasecki TM](#), [Fiore MC](#), [McCarthy DE](#), [Baker TB](#). Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. Addiction, 2002. 97(9): p. 1093-108.
58. [Nonnemaker J](#), [Hersey J](#), [Homsı G](#), [Busey A](#). Self-Reported Exposure to Policy and Environmental Influences on Smoking Cessation and Relapse: A 2-Year Longitudinal Population-based Study. Int J Environ Res Public Health, 2011. 8(9): p. 3591-608.
59. [Minnix JA](#), [Blalock JA](#), [Marani S](#), [Prokhorov AV](#). Self-efficacy mediates the effect of depression on smoking susceptibility in adolescents. . Nicotine Tob Res. Aug 2011 13(8): p. 699-705.
60. Shiffman S. Dynamic influences on smoking relapse process. J Pers, 2005. 73(6): p. 1715-48.

61. [Hays JT](#), [Hurt RD](#), [Rigotti NA](#), [Niaura R](#). Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. Sep. 2001 135(6): p. 423-433.
62. Gilpin EA, Pierce JP, Farkas AJ. Duration of Smoking Abstinence and Success in Quitting. *J Natl Cancer Inst*. Apr 1997. 89(8): p. 572-6.
63. [Japuntich SJ](#), [Leventhal AM](#), [Piper ME](#), [Bolt DM](#). Smoker Characteristics and Smoking-Cessation Milestones. *Am J Prev Med* 2011. 40(3): p. 286-294.
64. Matheny KB, Weatherman KE. Predictors of smoking cessation and maintenance. *J Clin Psychol*, 1998. 54(2): p. 223-35.
65. Hays JT, Richard HD. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2001 135: p. 423-433.
66. Hays JT, Ebbert JO. Adverse effects and tolerability of medications for the treatment of tobacco use and dependence. *Drugs* 2010. 70(18): p. 2357-72.
67. [Silagy C](#), [Mant D](#), [Fowler G](#), [Lodge M](#). Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994. 343: p. 139-42.
68. Ginn MB, Cox G, Heath J. Evidence-based approach to an inpatient tobacco cessation protocol. *AACN Adv Crit Care*, 2008. 19(3): p. 268-78; quiz 279-80.
69. [Hurt RD](#), [Wolter TD](#), [Rigotti N](#), [Hays JT](#). Bupropion for pharmacologic relapse prevention to smoking. *Addictive Behaviours* 2002. 27: p. 493-507.
70. [Durcan MJ](#), [Deener G](#), [White J](#), [Johnston JA](#). The effect of bupropion sustained-release on cigarette craving after smoking cessation. *Clinic Therapeut* 2002. 24: p. 540-51.
71. [Tonstad S](#), [Tønnesen P](#), [Hajek P](#), [Williams KE](#). Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006. 296: p. 64-71.
72. [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.
73. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(2): p. CD006103.

74. [Hajek P](#), [Stead LF](#), [West R](#), [Jarvis M](#). Relapse prevention interventions for smoking cessation. The Cochrane Library 2009. (1): p. 67-75.
75. Ergör G, Soysal A, Sözmen K, Ünal B. Balçova heart study: rationale and methodology of the Turkish cohort. Int J Public Health. September 2011.
76. Quist-Paulsen P. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. BMJ 2003. 327(7426): p. 1254-7.
77. Yazıcı K, Demir B. Hamilton Anxiety Rating Scale: Interrater Reliability and Validity Study. Turkish Journal of Psychiatry. 1998. 9(2): p. 114-117.
78. [Bjelland I](#), [Dahl AA](#), [Haug TT](#), [Neckelmann D](#). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. . Journal of Psychosomatic Research 2002. 52(69-77).
79. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümlenme. İzmir: DEÜTF yayını, 2006.
80. Dawson B, Trapp RG. Basic&Clinical Bioistatistics. Fourth Edition. Amerika;2004
81. 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, Sayı 2, Mayıs 2006.
82. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin N. Sigara Bırakma Polikliniğimizin Bir Yıllık İzlem Sonuçları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52(1): 63-68.
83. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler. Toraks Dergisi, 2005;(2):151-158.
84. Solak ZA, Telli C, Erdiñç E. Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları. Toraks Dergisi, 2003;4(1):73-77.
85. Uzaslan E, Özyardımcı N, Karadağ M, Yüksel E. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. Ann Med Sci 2000; 9: 63-9.
86. Carlson LE, Goodey E, Bennet MH, Taenzer B. The addition of social support to a community-based large-group behavioral smoking cessation intervention: Improved cessation rates and gender differences. Addictive Behaviors 27 (2002) 547–559.

87. Bize R, Willi C, Chiolerio A, Stoianov R. Participation in a population-based physical activity programme as an aid for smoking cessation: randomised trial. *Tobacco Control* 2010;19:488-494.
88. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. . *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005; 6: 27-34.
89. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. *Toraks Dergisi* 2007; 8(2):110-114.
90. Puente D, Cabezas C, Blanco T, Alonso C. The role of gender in a smoking cessation intervention: a cluster randomized clinical trial. *BMC Public Health* 2011, 11:369.
91. Myung K, Seo H, Park S, Kim Y. Sociodemographic and Smoking Behavioral Predictors Associated with Smoking Cessation According to Follow-up Periods: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial of Transdermal Nicotine Patches. *J Korean Med Sci* 2007; 22: 1065-70.
92. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustausson G. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001;10:165–169.
93. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction*.2004 Jun;99(6):770-7.
94. Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012Jul11;7:CD002928
95. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N. Sigara Bırakmada Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Tedavi Sonuçlarına Etkisi. *SolunumHastalıkları* 2005; 16:112-118.
96. Cooper B.A, Borland R, Yong H, McNeill A. To what extent do smokers make spontaneous quit attempts and what are the implications for smoking cessation maintenance? Findings from the International Tobacco Control Four country survey. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 12, Supplement 1 (October 2010) S51–S57

97. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*. 2004;52(2):115-21.
98. Önen Z, Şen E, Gülbay B, Öztürk A. Farklı tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2010;58(4):385-392.
99. Önen Z, Şen E, Gülbay B, Öztürk A. Kardiyopulmoner Hastalığı Olanlarda Sigaranın Bırakılması. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011 Mayıs 1;11(3).
100. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin larşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2005; 53(4): 354-361.
101. Etter JF, Laszlo E, Zellweger JP, Perrot C. Nicotine replacement to reduce cigarette consumption in smokers who are unwilling to quit: a randomized trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2002 Oct;22(5):487-95.
102. Bała MM, Leśniak W, Strzeszyński L. Efficacy of pharmacological methods used for treating tobacco dependence: meta-analysis. *Pol Arch Med Wewn*. 2008 Jan-Feb;118(1-2):20-8.
103. Wang C, Xiao D, Chan K, Pothirat C. Vareniklin for smoking cessation: A placebo-controlled, randomized study. *Respirology* (2009) 14, 384-392.
104. Cahill, K., L.F. Stead, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 4: p. CD006103.
105. Japuntich S, Leventhal MA, Piper ME, Bolt MD. Smoker Characteristics and Smoking-Cessation Milestones. *Am J Prev Med* 2011;40(3):286–294.
106. Herd N, Borland R, Hyland A. Predictors of smoking relapse by duration of abstinence: from the International Tobacco Control(ITC) Four Country Survey. *Addiction* 2009. 104: p. 2088-2099.
107. Kim MJ, Jeong IS. Smoking Relapse and Related Factors Within One Year Among Successes of the Smoking Cessation Clinics of Public Health Centers. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* March 2011, Vol. 44, No. 2, 84-92.
108. Hawkins J, Hollingworth W, Campbell R. Long-term smoking relapse: a study using the british household panel survey. *Nicotine Tob Res*. 2010 Dec;12(12):1228-35.

109. Pisinger C, Aadahl M, Toft U, Jørgensen T. Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status. *Prev Med.* 2011 Jan;52(1):48-52.
110. Powell J, Dawkins L, West R, Powell J. Relapse to smoking during unaided cessation: clinical, cognitive and motivational predictors. *Psychopharmacology* (2010) 212:537–549.
111. Bolt DM, Piper ME, McCarthy DE, Japuntich SJ. The Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire. *Nicotine Tob Res.* 2009 May;11(5):481-92.
112. Hurt RD, Wolter TD, Rigotti N, Hays JT. Bupropion for pharmacologic relapse prevention to smoking: predictors of outcome. *Addict Behav.* 2002 Jul-Aug;27(4):493-507.
113. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006 Jul 5;296(1):64-71.
114. Lancaster T, Hajek P, Stead L, West R. Prevention of Relapse After Quitting Smoking. *Arch Intern Med* 2006. 166: p. 828-835.

11. EKLER

11.1 Araştırmanın Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel (Invaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu

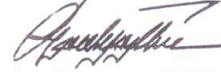
Sayı: 188
Konu: Karar hk.

05.18.1.2010

Prof.Dr.Gül ERGÖR
Araş.Gör.Özlem PEKEL

Komisyonumuz tarafından 28.07.2010 tarih ve 123-İOÇ/2010 protokol numaralı karar ile onayı alınan "Balçova'da Sigara Bırakma Merkezinde 12 Aylık Bırakma Hızı ve Bağımlılık Düzeyinin Relapsa Etkisi" konulu araştırmanıza ilişkin Komisyonumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Ayşegül YILDIZ
Başkan

Ek: Komisyon Kararı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	123-İOÇ	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Balçova'da Sigara Bırakma Merkezinde 12 Aylık Bırakma Hızı ve Bağımlılık Düzeyinin Relapsa Etkisi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Gül ERGÖR Araş.Gör.Özlem PEKEL	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ ve AÇIK ADRESİ	Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı A.D. İnciraltı-İZMİR 35340	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input checked="" type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2010/08-25	Tarih:28.07.2010
	Prof.Dr.Gül ERGÖR'ün proje yöneticisi olduğu Araş.Gör.Özlem PEKEL sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Balçova'da Sigara Bırakma Merkezinde 12 Aylık Bırakma Hızı ve Bağımlılık Düzeyinin Relapsa Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	DEU Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------	--

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ (Başkan)	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr.Ecz.Iskender İNCE (Başkan yardımcısı)	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D..Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hülya ELLİDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç Dr.Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

11.2 Veri Toplama Formu

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ DEĞERLENDİRME FORMU

---GENEL BİLGİLER---

GB1.Tarih: / / 19

Görüşülen kişinin:

GB2.Adı GB3.Soyadı

GB4.TC KİMLİK NO:

Adres:

GB5.Mahalle	GB6.Cadde/sokak	GB7.Kapı no	GB8.Bağımsız bölüm no (Daire no)	GB9.Kat no

Telefon:

GB10.Ev Tel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
GB11.İş Tel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
GB12.GSM Tel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

GB13. E-posta adresiniz @ .com

GB14. Bu anket öncesi büyük toplantıya katılma

Evet

Hayır

— SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER —

SDÖ1 Cinsiyetiniz:	<input type="radio"/> 1 Erkek	<input type="radio"/> 2 Kadın
--------------------	-------------------------------	-------------------------------

SDÖ2A. Doğum tarihiniz: / / 19

YAŞ: (doğum tarihi kaydedildi ise doldurulmayacak)

SDÖ2B. Doğum yeriniz : İl/İlçe

SDÖ3. Medeni durumunuz nedir?			
<input type="radio"/> 1 Bekar	<input type="radio"/> 2 Dul	<input type="radio"/> 3 Boşanmış	<input type="radio"/> 4 Evli

SDÖ4. Öğrenim durumunuz nedir?		
<input type="radio"/> 1 Okur-yazar değil	<input type="radio"/> 2 Okur-yazar	<input type="radio"/> 3 İlkokul mezunu
<input type="radio"/> 4 Ortaokul mezunu	<input type="radio"/> 5 Lise mezunu	<input type="radio"/> 6 Üniversite mezunu

SDÖ5. Ne iş yapıyorsunuz? (ayrıntılı olarak belirtilecek)
<input type="text"/>

SDÖ6. (SDÖ 5 nolu soruya göre aşağıdakilerden birini işaretleyiniz. Gerekli ise görüşülen kişiye sorarak işaretlediğiniz seçeneğin doğruluğunu kontrol ediniz)	
<input type="radio"/> 1 İşsiz (iş arıyor)	<input type="radio"/> 2 İşsiz (iş aramıyor)
<input type="radio"/> 3 Ev kadını (iş arıyor)	<input type="radio"/> 4 Ev kadını (iş aramıyor)
<input type="radio"/> 5 Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb işyerlerinde çalışan üretim işçisi	
<input type="radio"/> 6 Tezgahtar, garson, pazarlama gibi işlerde çalışanlar	
<input type="radio"/> 7 Teknik bilgi ve uygulama becerisi gerektiren işler (hemşire, tekniker-teknisyen, büro işleri vb.)	
<input type="radio"/> 8 Doktor, mühendis, avukat gibi yüksek eğitim gerektiren işler	
<input type="radio"/> 9 Yanında 3 ve üzerinde işçi çalıştıran işveren	
<input type="radio"/> 10 Yanında 3 den az işçi çalıştıran işveren	
<input type="radio"/> 11 İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar	
<input type="radio"/> 12 Düzensiz geliri olan işlerde çalışanlar (işporta, götürü ya da gündelikçilik gibi işler)	
<input type="radio"/> 13 Tarım işleri	
<input type="radio"/> 14 Emekli (çalışmıyor)	<input type="radio"/> 15 Emekli+(çalışıyor)

SDÖ7. (Emekli ise sorulacak) Emekli olduğunuz işiniz neydi? (ayrıntılı olarak belirtilecek)
<input type="text"/>

SDÖ8. (Emekli ise) (SDÖ 9 nolu soruya göre aşağıdakilerden birini işaretleyiniz. Gerekli ise görüşülen
--

kişiyeye sorarak işaretleğiniz seçeneğin doğruluğunu kontrol ediniz)

- 1 Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb işyerlerinde çalışan üretim işçisi
- 2 Tezgahtar, garson, pazarlama gibi işlerde çalışanlar
- 3 Teknik bilgi ve uygulama becerisi gerektiren işler (hemşire, tekniker-teknisyen, büro işleri vb.)
- 4 Doktor, mühendis, avukat gibi yüksek eğitim gerektiren işler
- 5 Yanında 3 ve üzerinde işçi çalıştıran işveren
- 6 Yanında 3 den az işçi çalıştıran işveren
- 7 İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar
- 8 Düzensiz geliri olan işlerde çalışanlar (işporta, götürü ya da gündelikçilik gibi işler)
- 9 Tarım işleri

S1. Sigara kullanıyor musunuz?

- EVET, düzenli olarak (günde en az 1 adet) kullanıyorum (S2'YE GEÇİNİZ.)
 Evet, ARA SIRA kullanıyorum (S12'YE GEÇİNİZ)
 BIRAKTIM gün ay yıl önce bıraktım
(S11'E GEÇİNİZ)
 HAYIR, kullanmıyorum (ya da hiç kullanmadım) (ALK1'E GEÇİNİZ)

Düzenli sigara içenler için

S2. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

adet/gün

S3. Sigarayı ilk kez kaç yaşında içtiniz?

yaş

S4. Düzenli olarak her gün sigara kullanmaya kaç yaşında başladınız?

yaş

S5. Son bir yılda günlük içtiğiniz sigara miktarında eskisine göre bir değişme oldu mu?

- Hayır, değişmedi Arttı Azaldı

S6. Sigara içme isteğini artıran nedenler nelerdir? 1'den 5'e kadar aşağıda önem derecesine göre değerlendiriniz.

1:hiç 2:çok az 3:ara sıra 4:çoğunlukla 5:her zaman

1 Çay

2 Yemekten sonra

3 Stres

4 Kahve

5 Alkol

6 Diğer

S7. Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

- Evet
 Hayır

S8. Sigarayı bırakmayı önümüzdeki 1 ay içinde düşünüyor musunuz?

- Evet
 Hayır

S9. Sigarayı bırakmayı önümüzdeki 3 ay içinde düşünüyor musunuz?

--NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ ÖLÇEĞİ--

Lütfen aşağıdaki sorularda size en uygun yanıtı işaretleyiniz.

NBD1. Günde kaç sigara içiyorsunuz?

- 1 10 taneden az (0 PUAN)
 2 11-20 (1 PUAN)
 3 21-30 (2 PUAN)
 4 31 ve daha fazla (3 PUAN)

NBD2. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

- 1 İlk 5 dakika içerisinde (3 PUAN)
 2 6-30 dakika içerisinde (2 PUAN)
 3 31-60 dakika içinde (1 PUAN)
 4 1 saatten sonra (0 PUAN)

NBD3. Sigara içilmesi yasak yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- 1 Evet (1 PUAN)
 2 Hayır (0 PUAN)

NBD4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

- 1 Sabah içilen ilk sigara (1 PUAN)
 2 Diğerleri (0 PUAN)

NBD5. Sigarayı günün ilk saatlerinde, daha sonraki saatlerle karşılaştırdığınızda daha sık içiyor musunuz?

- 1 Evet (1 PUAN)
 2 Hayır (0 PUAN)

NBD6. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?

- 1 Evet (1 PUAN)
 2 Hayır (0 PUAN)

NBD7. Toplam bağımlılık puanınız:

NBD8. DEĞERLENDİRME

1. 0-2 puan arası: ÇOK DÜŞÜK DÜZEYDE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

2. 3-4 puan arası: DÜŞÜK DÜZEYDE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

3. 5 puan: ORTA DÜZEYDE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

4. 6-7 puan arası: YÜKSEK DÜZEYDE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

5. 8-10 puan arası: ÇOK YÜKSEK DÜZEYDE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

---DEPRESYON-ANKSİYETE DEĞERLENDİRME FORMU---

Son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

DAD1. Kendimi gergin patlayacak gibi hissediyorum

- 1 Çoğu zaman
 2 Birçok zaman

- 3 Zaman zaman, bazen
4 Hiçbir zaman

DAD2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- 1 Aynı eskisi kadar
2 Pek eskisi kadar değil
3 Yalnızca biraz eskisi kadar
4 Neredeyse hiç eskisi kadar değil

DAD3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

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

DAD4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- 1 Her zaman olduğu kadar
2 Şimdi pek o kadar değil
3 Şimdi kesinlikle o kadar değil
4 Artık hiç değil

DAD5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- 1 Çoğu zaman
2 Birçok zaman
3 Zaman zaman, ama çok sık değil
4 Yalnızca bazen

DAD6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- 1 Çoğu zaman
2 Bazen
3 Sık değil
4 Hiçbir zaman

DAD7. Rahat rahat oturabiliyorum.

- 1 Kesinlikle
2 Genellikle
3 Sık değil
4 Hiçbir zaman

DAD8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- 1 Hemen hemen her zaman
2 Çok sık
3 Bazen
4 Hiçbir zaman

DAD9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- 1 Hiçbir zaman
2 Bazen
3 Oldukça sık
4 Çok sık

DAD10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- 1 Kesinlikle
2 Gerektiği kadar özen göstermiyorum

- 3 Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
4 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

DAD11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum.

- 1 Gerçektende çok fazla
2 Oldukça fazla
3 Çok fazla değil
4 Hiç değil

DAD12. Olacakları zevkle bekliyorum.

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

DAD13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- 1 Gerçektende çok sık
2 Oldukça sık
3 Çok sık değil
4 Hiçbir zaman

DAD14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- 1 Sıklıkla
2 Bazen
3 Pek sık değil
4 Çok seyrek

TEŞEKKÜR EDERİZ...
ŞİMDİ ANKET FORMUNUZLA BİRLİKTE
HEMŞİRE ODASINA
GEÇEBİLİRSİNİZ...

Puan cetveli

	1	2	3	4	Katılımcı
1	3	2	1	0	
2	0	1	2	3	
3	3	2	1	0	
4	0	1	2	3	
5	3	2	1	0	
6	0	1	2	3	
7	0	1	2	3	
8	3	2	1	0	
9	0	1	2	3	
10	3	2	1	0	
11	3	2	1	0	
12	0	1	2	3	
13	3	2	1	0	
14	0	1	2	3	
DAD15. Toplam anksiyete					
DAD16. Toplam depresyon					

---ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER---

AP1. Boy: <input type="text"/> .cm.	AP2. Ağırlık: <input type="text"/> .kg.
-------------------------------------	---

---SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ---

Dikkat lütfen son 3 ay içerisinde kalp krizi, by-pass, stent öyküsü olup olmadığını sorunuz...

1. ÖLÇÜM			
SFT1.1 FVC <input type="text"/>	SFT1.2 FEV1 <input type="text"/>	SFT1.3 FEV1/FVC <input type="text"/>	SFT1.4 FEF25-75 <input type="text"/>

---KARBOKSİMETRE DEĞERLERİ---

SPO2	Nabız /dk	%COhb	CO ppm
SPO2.1 <input type="text"/>	Na1 <input type="text"/>	COH1 <input type="text"/>	COPPM1 <input type="text"/>

---SİSTEM SORGULAMASI---

SİSTEM SORGULAMASI	Hastalık var mı?			Hastalık var mı?	
BAŞ-BOYUN			GASTRO İNTESTİNAL SİSTEM		
SS1. Baş ağrısı/dönmesi	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS17 Bulantı- kusma	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
SS2. Gözlerde kızarıklık - kanlanma	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS18 İshal	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
SS3. Dişlerde sararma	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS19 Kabızlık	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
SS4. Paslı dil	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS20 Midede ekşime yanma	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
SS5. Kötü tat	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok			
SS6. Burun tıkanıklığı	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok			
SOLUNUM SİSTEMİ			ÜROGENİTAL SİSTEM		
SS7. Öksürük	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS21 Noktüri (küçük tuvalet yaparken kesik kesik olması)	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
SS8. Balgam	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS22.Dizüri (küçük tuvalet yaparken ağrı)	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
SS9. Nefes darlığı	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS23.Libido kaybı (cinsel istek kaybı)	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
SS10. Kan tükürme	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	NÖROLOJİK SİSTEM		
SS11. Göğüs ağrısı	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS24 Konvülzyon (bilinç kaybı)	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
KALP DAMAR SİSTEMİ			25.Epilepsi/sara	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
SS13. Angina (kalpte baskı,sancı hissi)	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS26.İnme gibi beyin damarı cerrahisi	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
SS14. PND(gece soluk alma gereksinimim)	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS27.Kafa travması	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok
SS15. Ortopne (tek yastıkla yatamama)	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	SS28 Daha önce psikiyatrik tedavi	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok

SS16. Çarpıntı	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	(ilaç, grup terapi... vb) gördü mü?		
----------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------------	--	--

--- HASTALIK DURUMU ---

Süreğen (kronik) hastalıklar	Hastalık var mı?		Tedavi alıyor mu?		İlaç alıyor mu?	
	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST1. Hipertansiyon	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST2. Diyabet	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST3. Koroner Kalp Hastalığı (Anjina varlığı, By-pass, anjioplasti öyküsü, geçirilmiş MI)	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST4. İnme	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST5. Hiperkolesterolemi	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST6. Ailesel hiperkolesterolemi	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST7. Astım, bronşit (KOAİ)	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST8. Kanser	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST9. Kaza, ameliyat geçirme	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST10.	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
HST11.	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır

---FİZİK BAKI---

FİZİK MUAYENE	Patolojik bulgu var mı?		Açıklayınız
FB1A Cilt- mukoza	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	FB1B
FB2A Baş- boyun	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	FB2B
FB3A Solunum sistemi	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	FB3B
FB4A Kardiyovasküler Sistem	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	FB4B
FB5A Gastrointestinal Sistem	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	FB5B
FB6A Genitoüriner Sistem	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	FB6B
FB7A Diğer	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Yok	FB7B

YBM1. İleri inceleme için bir başka merkeze yönlendirme?

Evet

Hayır

YP. Psikoloğa yönlendirme?

Evet

Hayır

UY. Uygun yöntem

UY1. İlaç tedavisi

Evet (isim belirtiniz)

Hayır

UY3. Nikotin sakızı tedavisi

Evet

Hayır

UY2. Nikotin bandı tedavisi

Evet

Hayır

UY4. Psikolojik tedavisi

Evet (isim belirtiniz)

Hayır

İZLEM NO: 1

1.HAFTA

İZL1 Tarih: / / 19

İZL2. Kontrol şekli:

1 Yüz yüze

2 Telefon

İZL4. Bu sürede sigara içtiniz mi?

1 Evet :..... (TANE SİGARA) → İZL1.4B. NEDENİ?.....

2 Hayır

İZL5 Son görüşme sonrası yaşadığınız zorluklar nelerdir?

İZL5.1 Sinirlilik

1 Evet

2 Hayır

İZL5.5 Endişe

1 Evet

2 Hayır

İZL5.9 İştah artışı- kilo alma

1 Evet

2 Hayır

İZL5.13 Uykuya eğilim

1 Evet

2 Hayır

İZL5.2 Konsantrasyon bozukluğu

1 Evet

2 Hayır

İZL5.6 Yorgunluk

1 Evet

2 Hayır

İZL5.10 Titreme

1 Evet

2 Hayır

İZL5.14. Diğer

1 Evet

2 Hayır

İZL5.3 Huzursuzluk

1 Evet

2 Hayır

İZL5.7 Anormal rüya görme

1 Evet

2 Hayır

İZL5.11 Çarpıntı

1 Evet

2 Hayır

İZL5.4 Uykusuzluk

1 Evet

2 Hayır

İZL5.8. Depresif durum

1 Evet

2 Hayır

İZL5.12 Kabızlık

1 Evet

2 Hayır

İZL6. İlaç tedavisi aldıysa:

1 Devam ediyor

2 Bırakmış

---KARBOKSİMETRE DEĞERLERİ---

SPO

Na

%COhb

COPPM