

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

SİGARA İÇME DAVRANIŞI VE SİGARA BIRAKMA
SÜRECİNİN MULTİFAKTÖRİYEL ANALİZİ

UZMANLIK TEZİ
DR. AHMET GÜRBÜZEL

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. CAN ÖZTÜRK

ANKARA – 2019

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

SİGARA İÇME DAVRANIŞI VE SİGARA BIRAKMA
SÜRECİNİN MULTİFAKTÖRİYEL ANALİZİ

UZMANLIK TEZİ
DR. AHMET GÜRBÜZEL

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. CAN ÖZTÜRK

ANKARA – 2019

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
ÖNSÖZ	iii
TABLO DİZİNİ	iv
GÖRSELLER DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ	1
2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi	3
2.2. Tütün Ürünleri.....	4
2.2.1. Tütünün Yanmasından Oluşan Dumanın Kullanımı.....	4
2.2.2. Tütünün Dumansız Olarak Kullanımı	5
2.2.3. Tütünün Başka Amaçlarla Sanayide Kullanımı	7
2.3. Nikotin Bağımlılığı ve Yoksunluğu	7
2.4. Tütün Kullanımının Sağlık üzerindeki Etkileri.....	10
2.5. Pasif Maruziyet	12
2.6. Ekonomik Etkiler	12
2.7. Tütün Kontrolü ve Mevzuat	13
2.8. Sigara Bırakmada Etkili Faktörler	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Kapsamı	15
3.2. Araştırmanın Tipi	15
3.3. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı	15
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	15
3.4.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	15
3.4.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	16

3.5. Araştırmanın Veri Kaynağı	16
3.6. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli	17
3.7. Araştırmanın Uygulama Süresi	17
3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi	18
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	19
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ	40
7. ÖZET.....	41
8.İNGİLİZCE ÖZET –ABSTRACT	43
9. KAYNAKLAR	45
10. EKLER.....	55
10.1. Sigara Bıraktırma Polikliniği Anket Formu (Gazi SBP form v.1).....	55
10.2. Poliklinik Onam Formu	62
10.3 Sigarayı Bırakmaya Hazırlık Formu	64
10.4. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Gönüllü Onam Formu	65

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince içtenliğini ve tez hazırlama sürecimde katkılarını esirgemeyen tez danışmanın Prof. Dr. Can ÖZTÜRK'e, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan saygıdeğer hocalarıma, araştırma görevlisi arkadaşlarım ve tüm çalışma arkadaşlarıma, tezimin birçok aşamasında bilgilerini ve emeğini eksik etmeyen Halk Sağlığı Anabilim dalından Dr. Ali Kadir KOÇ'a ve varlıklarını hep hissettiren değerli aileme içtenlikle teşekkür ederim.

Dr. Ahmet GÜRBÜZEL

Ağustos 2019

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	9
Tablo 2. Tütün Kullanımının Neden Olduğu Hastalıklar(31)	10
Tablo 3. Hastaların Demografik Özellikleri.....	20
Tablo 4. Hastaların Sigara Kullanımı ile İlgili Özellikleri.....	21
Tablo 5. Hastaların Sigara Kullanımı ile İlgili Özellikleri.....	22
Tablo 6. Hastaların Sigara Bırakma Deneyimleri ile İlgili Durumlarının Dağılımı ..	23
Tablo 7. Hastaların Sigara Kullanımlarına Çevrelerinin Tepkisiyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı	24
Tablo 8. Hastaların Bağımlılık Düzeyleriyle İlgili Durumların Dağılımı.....	25
Tablo 9. Hastaların Laboratuvar/Görüntüleme Sonuçlarının ve Sağlıkla İlgili Bazı Durumlarının Dağılımı.....	26
Tablo 10. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Sigarayı Bırakma Durumlarının Dağılımı	27
Tablo 11. Hastaların Sigara Kullanımı ile İlgili Bazı Özelliklerinin Sigara Bırakma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	28
Tablo 12. Hastaların Evde Sigara İçme Özellikleri ve Çevresinin Tepkilerine Göre Sigarayı Bırakma Durumlarının Dağılımı.....	28
Tablo 13. Hastaların Ailelerinin Tepkilerine Göre Evde Rahat Sigara İçme Durumlarının Dağılımı.....	29
Tablo 14. Hastalarda Ek Hastalık veya Yakınma Varlığı, Bağımlılık Düzeyi ve Başlanan Tedavilere Göre Sigarayı Bırakma Durumlarının Dağılımı.....	29
Tablo 15. Hastaların Sigara Bırakma Deneyimleri ile İlgili Durumlarının Dağılımı	30
Tablo 16. Eğitim Durumu ve İlk Sigara İçme Yaşı Arasındaki İlişki.....	30
Tablo 17. Astım veya KOAH Olmayan Popülasyonda FEF _{25/75} Değerinin Dispneyle İlişkisinin Dağılımı	31

GÖRSELLER DİZİNİ

Görsel 1. FEV ₁ /FVC Oranının Paket-yıl ile Olan İlişkisini Gösteren Saçılım Grafiği.	31
Görsel 2. HDL Düzeyinin Paket-yıl ile Olan İlişkisini Gösteren Saçılım Grafiği.....	32
Görsel 3. Hematokrit Yüzdesinin Paket-yıl ile Olan İlişkisini Gösteren Saçılım Grafiği	32

KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
BMI	: vücut-kitle indeksi
CO	: karbonmonoksit
CYP_{1A1}	: sitokrom P450, A ₁ ailesi
DSM-V	: mental bozuklukların tanısall ve istatistiksel el kitabı – 5 (Amerikan Psikiyatri Birliği)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: elektrokardiyogram
FEF_{25/75}	: zorlu ekspiratuvar akımın %25 ve %75’lik dilimlerinin arasındaki akım hızı
FEV₁/FVC	: zorlu ekspirasyonun 1. saniyesinde atılan volümün zorlu vital kapasiteye oranı
FTND	: Fagerström nikotin bağımlılık testi
GSTM₁	: glutatyon S-transferaz Mu-1
HDL	: yüksek yoğunluklu lipoprotein
HSV	: herpes simpleks virüsü
KRAS	: bir protoonkogen (“Kirsten RAt sarcoma virus”ten dolayı bu adı almış, ilk izolasyon)
KOAH	: kronik obstrüktif akciğer hastalığı
MPOWER	: (DSÖ’nün oluşturduğu yol gösterici paket. M: monitor, P:protect, O:offer, W:warn, E:enforce, R:raise taxes)(1)
NRT	: nikotin replasman tedavisi
P53	: (tümör protein 53, bir transkripsiyon faktörü)
SBP	: sigara bıraktırma polikliniği
SFT	: solunum fonksiyon testi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (bir IBM istatistik programı)
SVO	: serebrovasküler olay
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TSNA	: tütüne spesifik nitrozaminler

1. GİRİŞ

Tütün kullanımı, dünya çapında önlenabilir hastalık ve ölümlerin başında gelmektedir. Her yıl dünyada 6 milyon erken ölümden sorumlu olup pasif içiciliğe bağlı 600.000 ölüm de buna dahildir(2, 3). Sigara bağımlılığı, çok yaygın ve öldürücü olmasına rağmen sigaraya başlama ile sonuçlarını görme arasında uzun bir sürenin olması, zararlarının yeterince önemslenmemesine neden olmaktadır(4). Tütün kullanımı dünyadaki en sık 8 ölüm nedenlerinden 6'sı için önemli bir risk faktörüdür (iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, KOAH, tüberküloz, alt solunum yolu enfeksiyonları ve akciğer kanserleri). Sigara ile ilişkili diğer hastalıklar ise ağız ve orofarinks kanserleri, özofagus-mide kanserleri, karaciğer kanseri, diğer kanserler ile diğer kardiyovasküler hastalıkları kapsar. Gelişmekte olan ülkeler hâlâ tütün kullanımının erken aşamalarında oldukları için, geçmiş yüzyılın çoğunda tütün kullanımının yaygın olduğu gelişmiş ülkelerde görülen tütün kullanımına bağlı hastalık ve ölümlerin etkisini tam olarak yaşamamışlardır. Bu nedenle küresel olarak 2030 yılına kadar gerçekleşecek olan tütünle ilişkili ölümlerin %80'inden fazlasının düşük-orta gelirli ülkelerde olması beklenmektedir(5).

2014'te Türkiye'de tütün kullanan birey oranı %27,3 iken 2016'da %26,5 oldu (kadınlarda %13,3; erkeklerde %40,1). Türkiye'de 15 yaş ve üzeri popülasyonda kişi başına düşen günlük sigara adedi 17,3 olup dünya ortalamasının üzerindedir (13,5 adet)(6). 2010'daki bir rapora göre Türkiye'de sigara satın almak için her yıl ortalama 20 milyar ABD doları harcanmaktadır; bu miktar Sağlık Bakanlığı bütçesinin olarak yaklaşık 4 katıdır(7).

Sigara içerdiği nikotin nedeni ile güçlü fiziksel, davranışsal ve psikolojik bağımlılık yapar. Sigara dumanının solunması tütünün içindeki nikotinin akciğerlere ulaşmasına yol açar. Akciğerlere gelen nikotin, pulmoner venöz dolaşım yoluyla hızla absorbe edilir. Buradan beyne geçerek nikotinik kolinerjik reseptörlere bağlanır ve ödüllendirici psikoaktif etkiler yaratan birtakım nörotransmitterlerin salınmasını tetikler. Bunlardan biri olan dopamin haz alma ile ilintili olup bağımlılık yapan diğer davranış ve ilaçlarla ilişkilidir(8, 9).

Her kronik hastalıkta olduğu gibi sigara bağımlılığında da kişinin genel muayeneden geçirilmesi, akciğer grafisi, EKG ve ek tetkiklerin istenmesi ilk basamağı oluşturmaktadır. Bundan sonra kişinin özelliklerine göre nikotin bağımlılık düzeyinin belirlenmesi ve uygun tedavinin başlanması gereklidir. Hastaya mutlaka psikolojik destek de verilmelidir. Özellikle davranış terapisi sigara bağımlılığında genelde kullanılan etkili bir yöntemdir. Ayrıca tütün kullanımının sadece psikolojik değil aynı zamanda fizyolojik bağımlılık da yapması nedeniyle, yoksunluk semptomlarına yönelik de tedavi verilmelidir(10).

Bu veriler göz önüne alınarak kişi tanınmalı, sigarayı bırakmak isteyenlere tedavi başlanmalı ve ayrıca bırakmayı düşünmeyen kişilere bırakma yönünde bilgi verilmelidir (tedavilerin çok seçenekli olduğu, sigarayı bırakması ya da bırakmaması durumunda kişiyi nelerin beklediğini). Yoksunluk semptomları, tedavi yan etkileri ve yaşama ortamları ilgili faktörler de göz önüne alınarak kontrollerde bunlara yönelik çözümler ve öneriler bulunabileceğı belirtilerek destek verilmelidir.

Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağı olan sigara bırakma polikliniğine başvuran 25-65 yaş arası hastaların sigara içme davranışlarının, özelliklerinin, sigara bırakma durumlarının analiz edilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi

Anayurdu Amerika Kıtası olan tütün bitkisi ilk keşfedildiğinde yerliler tarafından kutsal sayılmış ve dini ayinlerde kullanılmıştır. 15. yüzyılın sonunda Amerika'nın keşfi ile önce İspanya ve Portekiz, sonra da diğer Avrupa ülkelerinde kullanılmaya başlanmıştır. Dönemin bazı bilim adamları tütünün bazı hastalıkları iyileştirdiğini düşünerek hem tütün yetiştirmişler hem de kendileri tütün kullanmışlardır. Bilim adamlarının bu yaklaşımı Avrupa'da tütünün yaygınlaşmasında büyük rol oynamıştır. Amerika'nın keşfinden yüz yıl sonra tütün Avrupa'nın tamamına, Uzak Doğu, İç Asya, Sibiry, Hindistan ve Afrika'ya kadar yayılmış ve ticareti yapılan bir bitki haline gelmiştir(11). Osmanlı topraklarına ise tütün 17. yüzyılın ilk yarısında İngiliz, Venedik ve İspanyol tacirler tarafından getirilmiştir. Takip eden yıllar içerisinde Osmanlı topraklarında ilk olarak Makedonya, Yenice ve Kırcalı'de tütün yetiştirilmeye başlanmıştır(12). 18. yüzyılda kilisenin tütüne yaklaşımı dönem dönem farklılık göstermiştir. Tütün kullanımının oldukça yaygın olduğu bu yüzyılda tütün yasağının uygulandığı zamanlar da olmuştur. Yasağın nedenleri arasında tütün bitkisine tapılması, tütünün tanrının ruhunu beslediği inancı, din adamlarının tütün bağımlılığı ve tütünün yiyecek olup olmadığı tartışması gibi pek çok neden yer almıştır. Bunlardan farklı olarak tütünün şehveti önlediği düşüncesiyle din adamlarının kullanması gerektiğini savunanlar da olmuştur. Osmanlı İmparatorluğu döneminde ise tütün kullanımının yasaklanma nedenleri arasında dini görüşlerin yanında ekonomik nedenler, tütün kurutulmasında kullanılan balmumunun yetersizliği ve neden olduğu yangınlar gibi pek çok neden sorumlu tutulmuştur(13).

Tütünü ilk kınayan ve “şeytan otu” olarak tanımlayanlar 15. yüzyıldaki engizisyon mahkemesi üyeleri olmuştur. Tütünün sağlığa zararları ile ilgili ilk yayın 1602 yılında kraliçe I. Elizabeth'in ölümünden birkaç yıl önce doktoru tarafından yazılan “Work for Chimney-Sweepers or Warning for Tabacconists” başlıklı kitapçıktır(14). Tütün, sigara olarak ilk defa 1850 yılında İngiltere'de üretilmeye

başlanmıştır. Birinci Dünya Savaşı'yla beraber kullanımı yaygınlaşmıştır(15). Yıllar içinde sadece tütünün kullanım şekli değişmiştir. 18. yüzyılda enfiyeler çekilirken, 19. yüzyıl puro çağı olmuştur. 20. yüzyılda ise sigaranın yükselişi ile birlikte çok daha fazla sayıda insan tütün kullanmaya başlamıştır. 21. yüzyılda tütün kullanımına kadınların da dahil olmasıyla dünyadaki yetişkinlerin yaklaşık üçte biri tütün kullanmaya başlamış, tütünün zararlı etkilerini gösteren binlerce çalışma olmasına rağmen tütün kullanımı ve tütün kullanımına bağlı ölümler artmaya devam etmiştir(16).

İlk yayından günümüze kadar geçen yaklaşık 400 yıllık süre içinde sigaranın zararlarının ispatlanmasına rağmen günümüzde milyonlarca insan sigara içmektedir. Ayrıca yetişkinlerin üçte biri düzenli pasif tütün dumanına maruz kalmaktadır(17).

2.2. Tütün Ürünleri

Tütün (*Nicotiana tabacum*) yapraklarından yararlanılan ve dünya üzerinde çok yaygın olarak kullanılan bir kültür bitkisidir. Tütün yaprakları sigara, puro, pipo ve nargile gibi çeşitli şekillerde kullanılmaktadır. Tohumları %34-45 oranında yağ içermektedir. Yapraklar salgı tüyleriyle kaplıdır. Yaprak bileşimi ve yapısına göre tütünler sigara, puro, pipo, çiğneme ve enfiye olarak gruplandırılırlar. Tütünün çiçekleri beyaz, kırmızı ve pembe renkte olur. Çiçekteki döllenen yumurtalığın gelişmesiyle tütünün meyvesi (kapsül) meydana gelir. Bir bitki yaklaşık olarak 40-200 adet kapsül verir. Kapsüldeki tohum sayısı 2500- 8000 adet arasındadır. Tohumları çok küçük olup kahverengiden siyaha kadar değişen renklerdedir(12).

2.2.1. Tütünün Yanmasından Oluşan Dumanın Kullanımı

2.2.1.1. Sigara: En yaygın kullanılan tütün ürünüdür. Sigara sanayinin temeli 1856 yılında yapılan Kırım Savaşı'na dayanmaktadır. Savaş sırasında askerler arasında tütünün gazete kağıdına sarılarak içilmesi çok rağbet görmüştür. Savaş sonrası

lkelerine dönen askerler bu alışkanlıklarını devam ettirmiş ve sigara kullanımının yaygınlaşmasına yol açmışlardır. Kıyılmış tütünün ince bir kâğıda sarılmasıyla hazırlanır.

2.2.1.2. Pipo: Tütün tarihinin en eski ürünüdür. Uç kısmında içine yakılacak tütünün konacağı “lle” denilen yanma haznesi ve ağızlıktan oluşan pipo diğerk bir tütün ürünüdür. Ağızlık kısmında “balsa” ağacından yapılan ahşap veya karton kılıflı aktif karbon içeren filtreler içerir. Pipoda zel harmanlanmış, belirli nem oranındaki tütünler kullanılır. Soslandırma amacıyla meyan kökü, keçiboynuzu, incir özü, bal gibi maddeler kullanılabilir(18).

2.2.1.3. Puro: Parçalanmış veya yaprak halindeki puroluk tütünlerin elde veya makinede sarılması ile üretilen tütün ürünüdür. Puro içimi ve harmancılığı tütünün tarihi kadar eskidir. Puronun ana vatani Güney Amerika Kıtası, Meksika ve Karayip Denizi adalarıdır. Purolar ağırlık, boy ve şekillerine göre farklı isimlerle adlandırılır. Toksik ve karsinojen maddeler sigaraya göre daha yüksek oranlarda bulunur. Puro kullananlarda oral kavite, özofagus, farinks, larinks kanserleri ile pankreas kanseri riski, stomatit ve ağız-diş problemleri daha fazla görülür(19).

2.2.1.4. Nargile: Yanan tütün dumanının soğuk suyun içinden geçerek inhale edilmesi esasına dayanılarak kullanılır. Klasik tmbeki tütününün kullanıldığı “natürel nargilelik tütün” ve %20-30 tütün, %70-80 aromatik maddelerle diğerk kimyasalların katıldığı “aromalı nargilelik tütün” olarak iki şekilde kullanılır. Nargile kullananlarda tütün dumanının zararlarının yanı sıra sipsi denen ağızlık kısmı değışmesine rağmen nargilenin tekrar kullanılabilmesi nedeniyle; tüberküloz, HSV başta olmak üzere bazı viral enfeksiyonlar, egzama ve mantar enfeksiyonları riski vardır(20).

2.2.2. Tütünün Dumansız Olarak Kullanımı

2.2.2.1. iğnemelik tütün: Yanak ve dişeti arasına yerleştirilerek kullanılır. Ara ara çiğnenerek tekrar yanakta bekletilir. Genellikle ağızda biriken tütün suyu tkrlr.

Günümüzde çiğneme tütünleri; petrol, maden işyerleri ile denizciler tarafından dumanlı tütün tüketiminin mümkün olmadığı veya sakıncalı bulunduğu yerlerde kullanılmaktadır(21). Çiğnemelik tütün kullananlarda ağız hijyenin bozulması ile sıklık sırasına göre mukozit, submukozal fibrozis, lökoplaki, lökomoid reaksiyon, oral kanser ve liken planus görülebilmektedir(22).

2.2.2.2. Enfiyelik tütün: Toz haline getirilmiş ve yüksek nikotinli tütün ile bergamot, karanfil, tarçın ve karbonatın karıştırılması ile elde edilen ve buruna çekilerek kullanılan tütün ürünüdür. El baş parmak ve el bileği arasındaki enfiye çukuruna konarak kullanıldığı için bu adı almıştır(23).

2.2.2.3. Maraş (ağız) otu: Ülkemizde güneydoğuda, özellikle Kahramanmaraş ve Gaziantep çevresinde kullanılan Maraş otu; “*Nicotina rustica linn*” adı verilen yüksek nikotin içeren tütün ile meşe, ceviz, asma ağaçlarından elde edilen külün yarı yarıya karıştırılması ile elde edilir. Arap çarşafı adı verilen sigara kâğıdı içine konur, bohça şeklinde sarılarak hazırlanır. Alt dudak ile çene arasına yerleştirilip ağızda bekletilerek kullanılır. Sigaradan altı kat fazla nikotin içermektedir(13). Piyasaya arzı, 2008 yılı sonu itibarıyla yasaklanmıştır.

2.2.2.4. İsveç snus: Ağızdan kullanılan ince granüllü nemli bir tütün ürünüdür. Tütünün pastörizasyon benzeri bir işlem ile işlenmesi ile elde edilir. Snus genellikle bergamot, narenciye, ardıç, çeşitli otlar ve çiçeklerle tatlandırılır. Üst dudağın altına yerleştirilerek kullanılır(24). Kullanımı artmış koroner kalp hastalıkları ile ilişkilidir(25).

2.2.2.5. Amerikan snuff: Burna çekilerek kullanılır. İsveç snustan farklı olarak fermantasyon işlemi ile üretilir. İsveç snusun kuru formu da denebilir. Nane, keklik üzümü, vanilya veya meyve ve şeker ile tatlandırılabilir. İsveç snusa göre daha düşük nem içeriğine ve pH değerine sahiptir. Bu nedenle de absorpsiyonu daha az olur(26).

2.2.2.6. Nikotin içeren preparatlar: Nikotin replasman tedavisinde kullanılan preparatlar dumansız tütün ürünleri arasında sayılır (Nikotin suyu, nikotin sakızı, inhaler nikotin, nikotin burun spreyi, nikotin tableti, nikotin bandı).

2.2.3. Tütünün Başka Amaçlarla Sanayide Kullanımı

Sanayide tütün bitkisinden farklı şekillerde de faydalanılır. Tütün bitkisinin saplarından selüloz, çiçeklerinden esans, küllerinden potasyum karbonat, tohumundan yağ elde edilir.

2.3. Nikotin Bağımlılığı ve Yoksunluğu

Bağımlılık, zararlı sonuçlarına rağmen dürtüsel olarak madde veya sanal alıştırıcı arayışı ve kullanımı ile karakterize; nüksedici, kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlanır. Bağımlılığın bir beyin hastalığı olarak düşünülmesinin nedeni, maddeler ve sanal alıştırıcıların beyin yapısını ve işleyiş tarzını değiştirmeleridir. Bu beyin değişiklikleri uzun süreli olabilir, zararlı davranışlara yol açabilir. Beynin ödül ihtiyacı davranışları etkilerken, beklentiler ve davranışlar da beyin ödül ihtiyacını etkilemektedir(8, 9). DSÖ nikotin bağımlılığını kronik bir hastalık olarak kabul etmiş, nikotinin mental ve davranışsal bozukluklara yol açan psikoaktif bir madde olduğunu belirtmiştir(27). Nikotin, alındıktan sonra hızla kan-beyin bariyerini geçerek nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanır ve dopamin salınımına neden olur. Dopamin salınımı kişide keyif verici ve rahatlatıcı etkilerinden dolayı bağımlılık döngüsünü başlatır. Sigara içiminden bir süre sonra azalan dopamin miktarıyla kişi strese girer, dopamin yoksunluğu irritabiliteye neden olur ve kişi nikotin açlığı çekmeye başlar. Bu durum bağımlılığı daha da pekiştiren bir süreç olarak tanımlanmaktadır(28).

DSM-V tanı kriterlerine göre tütün kullanım bozukluğu; 12 aylık süre içerisinde belirtilen kriterlerden en az ikisinin görüldüğü, klinik açıdan kişiyi sıkıntıya sokan, işlevsellikte azalmaya neden olan bir tütün kullanım örüntüsü olarak tanımlanmıştır. Tütün bağımlılığı için tanımlanan kriterler;

- 1) Çoğu kez planlanandan daha fazla ya da daha uzun süreli tütün alımı
- 2) Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için fazla zaman harcama

- 3) Tütün kullanmayı bırakmak ya da kontrol altında tutmak için sürekli bir istek veya sonuç vermeyen çabalar
- 4) İşte, evde ya da okulda yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan tekrarlayıcı tütün kullanımı
- 5) Tütün kullanmaya karşı çok büyük isteğin olması, kendini zorlanmış hissetme
- 6) Tütün kullanmanın neden olduğu toplumsal ya da kişisel sorunlar olmasına rağmen tütün kullanmayı sürdürme
- 7) Tütün kullanımından dolayı toplumsal veya işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme faaliyetlerinin bırakılması ya da azaltılması
- 8) Tehlikeli durumlarda dahi tütün kullanma
- 9) Tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği bedensel veya ruhsal bir problemi olduğunu bilmesine rağmen tütün kullanımına devam etme
- 10) Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine tolerans gelişmesi
 - a) Aynı ölçüde tütün kullanımına rağmen daha az etki alınması
 - b) İstenen etkiyi sağlamak için belirgin bir şekilde tütün kullanımının artırılması
- 11) Aşağıdakilerden birinin varlığı üzerine yoksunluk gelişmiş olması
 - a) Tütün yoksunluk sendromunun belirtilerinin varlığı (disforik ya da depresif duygudurum, insomni, irritabilite, anksiyete, düşüncelerin yoğunlaştırılamaması, huzursuzluk, kalp hızında azalma, iştah artması ya da kilo alma
 - b) Yoksunluktan kurtulmak için tütün alınması(29).

Sigara bağımlılığının şiddetini ölçmek için klinik uygulamalarda Fagerstörn Nikotin Bağımlılık Testi (FTND) kullanılmaktadır. Karl Fagerström tarafından sigara bağımlılık düzeyini saptamak için geliştirilmiş olan bu ölçekte hastaya 6 adet soru yöneltilir, bu sorulara alınan yanıtlara göre bağımlılık düzeyi değerlendirilir(30).

Tablo 1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz? a) En çok 10 tane b) 11 – 20 tane c) 21 – 30 tane d) > 31 tane	0 1 2 3
2. Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir? a) En çok 5 dakika b) 6 – 30 dakika c) 31 – 60 dakika d) 60 dakikadan fazla	3 2 1 0
3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır	1 0
4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir? a) Günün ilk sigarası b) Diğer herhangi biri	1 0
5. Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz? a) Evet b) Hayır	1 0
6. Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz? a) Evet b) Hayır	1 0

0-3, düşük dereceli bağımlılık

4-6, orta dereceli bağımlılık

7-10, yüksek dereceli bağımlılık

2.4. Tütün Kullanımının Sağlık üzerindeki Etkileri

Tütün kullanımı diğer pek çok hastalıkla beraber kanser oluşumu, kalp krizi, SVO ve KOAH riskini artırır. Ayrıca sigara dumanı sigara kullanmadıkları halde pasif içicilik nedeniyle pek çok insanın zarar görmesine sebep olur(31). Hamilelik döneminde sigara kullanan annelerin bebeklerinde prematüre doğumlar, düşük doğum ağırlığı, düşük ve ölü doğumlar gibi problemler meydana gelebilmektedir(32). Sigara kullanımı tüm dünyada akciğer kanserlerinin %71'inden, KOAH etyolojisinin %42'sinden, kalp-damar hastalıklarının ise %10'undan sorumludur. Tüm dünyada erkek ölümlerinin %12'sinden, kadın ölümlerinin %6'sından tütün kullanımı sorumludur(33). Tablo 2'de tütün kullanımının neden olduğu hastalıklar listelenmiştir.

Tablo 2. Tütün Kullanımının Neden Olduğu Hastalıklar(31)

<i>SİSTEM</i>	<i>HASTALIK</i>
Kardiyovasküler sistem	Koroner arter hastalıkları
	Periferel vasküler hastalıklar
	Serebrovasküler hastalıklar
Solunum sistemi	KOAH, pnömoni
	Akciğer kanseri
Kanserler	Akciğer kanseri
	Oral, nazal ve laringeal kanserler
	Mesane, böbrek, üreter ve serviks kanserleri
	Özofagus, mide ve pankreas kanserleri
	Myeloid lösemi
Üreme sistemi	Kısırlık, empotans
	Erken doğum
	Ölü doğum
	Düşük doğum ağırlığı
Diğer	Osteoporoz, femur fraktürü
	Peptik ülser
	Ani bebek ölümü

Sigara kullanımı sonucunda vücutta hem lokal hem de sistemik enflamasyon meydana gelir(33). Bunun sonucunda artmış lökositler damar duvarında hasara ve endotel disfonksiyonuna neden olur. Bu durum ateroskleroz gelişimine zemin hazırlar(34). Sigara kullanımına bağlı olarak meydana gelen bu değişiklikler sadece sigara içenlerde değil pasif içicilerde de gözlenmektedir(35). Damar duvarında meydana gelen bu değişiklikler sonucunda sigara kullananlarda kalp-damar hastalığı gelişim riski 2-4 kat artarken(36), periferik damar hastalığı gelişme riski 10 kat, inme riski ise 2 kat artmaktadır(37).

Sigara kullanımının KOAH'a neden olduğu yıllardan beri bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda KOAH morbiditesinin %40-70 arasında sigara ile ilişkili olduğu belirtilmektedir(38, 39).Türkiye'de KOAH prevalansının yapılan çeşitli çalışmalarda 40 yaş üzeri popülasyonda %10-18,1 arasında değiştiği saptanmıştır(40, 41). Çalışmalarda KOAH hastalarının sadece %10 ile %30 oranındaki kısmının tanı aldığı %70-90'lık kısmının ise hastalığından haberdar olmadığı tespit edilmiştir(40, 42). Akciğer kanseri dünya genelinde en önemli ölüm nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. 2015 yılı itibariyle dünya genelinde en çok ölüme neden olan hastalıklar içerisinde 5. sırada yer almaktadır(3). Tüm dünyada kansere bağlı ölümler içinde erkeklerde 1. ve kadınlarda 2. sırada yer almaktadır(43). Akciğer kanseri morbiditesinden %80 oranında sigara sorumludur ve bu akciğer kanseri vakalarının %80'den fazlası ölümle sonuçlanmaktadır(44). Her yıl dünya genelinde 21.400 kişi sigara kullanmadıkları halde sigara dumanına bağlı olarak gelişen akciğer kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir(45). Akciğer kanserini önlemenin en iyi yolu etkenleri ortadan kaldırmak, yani sigara kullanımını azaltmaktır.

Oral kavite, nazal kavite ve paranazal sinüsler, nazofarinks, orofarinks, hipofarinks, larinks, özofagus, mide, pankreas, karaciğer, böbrek, üreter, mesane, serviks kanserleri ve miyeloid lösemilerin de yer aldığı çok sayıda kanser türü ile tütün kullanımı büyük ölçüde ilişkilidir(46). Tütün inhalasyonu sonucu alınan maddeler metabolize edilirken oluşan bazı bileşikler DNA yapısına yerleşerek ilerde kanser gelişimine neden olabilecek DNA parçacıklarının (DNA adduct) oluşmasına neden olmaktadır. CYP_{1A1} ve GSTM₁ genetik polimorfizimli olan sigara içicilerde bu yapısal DNA değişiklikleri daha çok oluşmaktadır. Bu oluşumlar tamir süreçlerinden kaçmakta ve sonunda kalıcı DNA hasarına kadar ilerlemektedir. Nitekim hücrel

onkogen KRAS, tümör süpresör gen P53 gibi alanlarda oluşan bu hasarlar hücre gelişimini kontrol eden mekanizmalardan kaçacak ve kontrolsüz hücre gelişimi, ilave mutasyonlar ve kanser gelişimi ile sonuçlanacaktır(31). Ayrıca nikotin kendisi de karsinojendir (anjiyogenezis ve TSNA yapımı) ve herhangi bir malignite nedeniyle tedavi almakta olan kişilerin tedavi başarısını azalttığı bildirilmektedir(47).

Sigara kullanımı doğum ağırlığını ve doğurganlığı azaltırken, perinatal mortalite, erken doğum ve düşük riskini artırmaktadır. Aynı zamanda oligomenore, hipermenore gibi menstruel düzensizliklerle, dismenoreye de neden olur(48, 49). Annenin sigara kullandığı durumlarda bebeğin doğum ağırlığının 150-200 g. daha az olduğu ve bunun da düşük doğum ağırlığı riskini iki kat artırdığı bulunmuştur(50). Erkeklerde ise sigara kullanımı sperm sayısını ve kalitesini düşürmektedir. Sigara içenlerde hareketli sperm sayısı içmeyenlere göre % 13-17 arasında daha azdır(51).

2.5. Pasif Maruziyet

Sigara içmeyen kişilerdeki akciğer kanserlerinin önemli bir kısmı, başkalarının içtiği sigaraların dumanını solumaktan kaynaklanmaktadır. Pasif içicilerde akciğer kanseri riski %20-30, koroner arter hastalığı riski %25 oranında artmaktadır(52). Tüm dünyada akciğer kanseri olan kadınların %53'ünün, erkeklerin ise %15'inin hiç sigara içmediği tahmin edilmektedir. Sigara içmeyenlerde akciğer kanserinin en sık görülen histolojik tipi adenokarsinomdur(53). Pasif sigara dumanına maruz kalan çocuklar, solunum yolu enfeksiyonları, astım, bakteriyel menenjit ve uykuda ölüm açısından yüksek risk taşırlar(54).

2.6. Ekonomik Etkiler

Tütün endüstrisinin istihdam yaratmak ve vergi geliri sağlamak gibi ülke ekonomisine destek olma iddialarının aksine, tütün endüstrisinin girdiği bütün ülkeler hastalıklar, ölümler ve ekonomik kayıplardan dolayı sıkıntıya girmektedir(55). Tütün kullanımı; hastalık nedeniyle yapılan ödemeler, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların kullanılması, iş gücü kaybı gibi nedenlerle çok büyük sosyal ve ekonomik maliyetlere yol açmaktadır(56). Sigaranın Türkiye'deki ekonomik etkilerine bakıldığında, yıllık kaybın 8-10 milyar dolar olduğu tahmin

edilmektedir(57). ABD’de pasif sigara dumanı etkileniminin 5 milyon dolarlık sağlık harcamasına neden olduğu tahmin edilmektedir(58).

2.7. Tütün Kontrolü ve Mevzuat

Türkiye’de yıllar boyunca tütün üretimi, satışı ve pazarlaması 1924 yılında kurulmuş olan TEKEL Genel Müdürlüğü tarafından yapılmıştır. 1984 yılında yabancı sigaraların ithal edilmesinin serbest bırakılmasının ardından sigaraların tanıtımı ve buna bağlı olarak sigaraya duyulan ilgi artmıştır(59). Yabancı sigara üreticilerinin de piyasaya girmesiyle beraber 80’li yıllardan 2000’lerin sonuna kadar Türkiye’de tütün kullanımı % 80.0 oranında artmıştır(60). Artan sigara satışları ve toplum sağlığını olumsuz yönde etkilemesiyle tütün kontrolü adına ilk toplantı 1992 yılında Ankara’da yapılmıştır. Sigaranın morbidite ve mortaliteye etkisi, getirdiği ekonomik yük ve iş gücü kayıplarının artışıyla TBMM, 7 Kasım 1996 tarihinde , 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun"u kabul etmiştir. Bu kanun gereğince 18 yaşından küçüklere sigara satışının yasaklanması, sigara tanıtımları ve reklamlarının yasaklanması, sigara paketlerinin üzerlerine 'sağlığa zararlı' ibare ve resimlerin koyulması, toplu taşıma araçları, eğitim, sağlık, spor tesisleri gibi toplu alanlarda sigara kullanımının kısıtlanması, radyo ve televizyon kanallarında ayda 90 dakika eğitici yayın yapılması karara bağlanmıştır(61, 62). Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesine dair kanun, Türkiye’deki tütün mücadelesi bakımından dönüm noktası olmuştur. Zaman içinde ülkede tütün karşıtı kamuoyu oluşmuş, tütün kullanımında azalma meydana gelmiştir(63).

Dünyada tütün kontrolü için atılan en büyük adımlardan biri 2001 yılında hazırlanmaya başlanıp 2003 yılında hayata geçirilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)’dir(64). Bu sözleşmeyle tütün kullanımıyla mücadele için stratejiler belirlenmiş ve sözleşme 168 ülke tarafından imzalanmıştır. Bu ülkelerden biri de Türkiye’dir(65).

2.8. Sigara Bırakmada Etkili Faktörler

Sigara bırakmaya yönelik medikal tedavi alınması başarı oranlarını arttırmaktadır. Bununla birlikte sigarayı bırakmayı etkileyen diğer birçok faktör olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bu faktörlerin incelenmesi başarılı sigara bırakma girişimleri için önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalarda ileri yaş, erkek cinsiyet, evli olma, yüksek eğitim durumu, yüksek gelir düzeyi, kişinin kronik hastalığının olmaması, kişinin anksiyete ya da depresyonun olmaması, düşük nikotin bağımlılık düzeyi, sigaraya geç yaşta başlama, günlük içilen sigara sayısının az olması, daha önce bırakmayı deneme veya daha fazla sayıda deneme, evde başka sigara içen birilerinin olmaması, ev dışında kişinin fazla vakit geçirdiği kişilerin sigara içmemesi, medikal tedavi alınması ve tedavinin uygun süre kullanılması sigara bırakma ile ilişkili olarak gösterilmiştir(66, 67).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı sigara bırakma polikliniğine 10.07.2017-12.12.2018 tarihleri arasında başvuran hastaların katılımı ile yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı sigara bırakma polikliniğine 10.07.2017-12.12.2018 tarihleri arasında başvuran hastalardan 25-65 yaş arası olanlar oluşturmaktadır. Daha önce SBP olmadığından örneklem hesabı yapılmamış ve çalışma sonrasında toplam başvurular ve çalışmaya alınan kişiler üzerinden güç analizi yapılmıştır. Sonucu sigara bırakma prevalansı üzerinden yapılan güç analizi %95 güven aralığında, 0.914 olarak hesaplanmıştır.

Toplam başvuran hasta sayısı 378 olup çalışmaya 307 kişi dahil edilmiştir. Yaş aralığı dışındaki kişiler, ilk başvuru sonrası gelmeyip eksik verileri olan kişiler ve ağır renal ya da hepatik sorunları olan kişiler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.4.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Sigara bırakma durumu
- Evde rahatça sigara kullanma durumu
- FEF_{25/75} %
- İlk sigara içme yaşı

3.4.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Evlilik durumu
- Öğrenim durumu
- Meslek
- Evde rahat sigara kullanma durumu
- Eşinin sigara içme durumu
- Ailede sigara içen kişi olma durumu
- Ailenin tepkisi
- Arkadaşların tepkisi
- Ek hastalık
- FEV₁/FVC durumu
- Fagerström skoru
- Pulmoner yakınma
- Başlanan tedavi
- İlk sigara içme yaşı
- Dispne durumu
-

3.5. Araştırmanın Veri Kaynağı

Araştırmada veri kaynağı olarak “Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı” anket formu (Gazi SBP form v.1) kullanılmıştır. Anket formu Prof. Dr. Can ÖZTÜRK ve araştırmayı yürüten Arş. Gör. Dr. Ahmet GÜRBÜZEL tarafından hazırlanmıştır.

Anket toplam 32 soru ve 7 bölümden (demografik veriler, sorular, FTND, özgeçmiş bilgileri, sistem sorgulaması, psiko-kognitif durum, fizik muayene ve tetkikler) oluşmaktadır. Ankette FTND kullanılmıştır. FTND’nin Türkçe versiyonu orta derecede güvenilir bulunmuştur. 3. sorusu (vazgeçemeyeceğiniz sigara) sorular arasında güvenilirliği en zayıf olan olan soru olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). Türkçe

versiyon, sigara bırakma polikliniklerinde nikotin bağımlılığını değerlendirmede ölçüm metodu olarak kullanılabilir. Ancak 3. soru vurgulanmalı ve sigara içicilerinin bu soruyu anlamasına yardımcı olunmalıdır(68).

3.6. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde SBP'de görev alan Arş. Gör. Dr. Ahmet GÜRBÜZEL tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Anketler 10.07.2017-12.12.2018 tarihleri arasında ve yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Bir anketin uygulama süresi ortalama 10 dakikadır.

Başlangıç görüşmesinde, demografik veriler ve sigara içme alışkanlıkları, rutin sigara bırakma evraklarına kaydedilip FTND ile nikotin bağımlılığı ölçüldü. Özgeçmiş, sistem sorgulaması, psiko-kognitif durum anketi yapıldı. Bağımlılık düzeyi, sigara kullanma alışkanlığı, fizik muayene ve laboratuvar tectikleri ile (EKG, solunum testleri, SFT, akciğer grafisi, CO düzeyi ve biyokimyasal testler) sağlık durumu ortaya konarak gerekiyorsa medikal tedavi başlandı. Başlangıç görüşmesi sonrasında, hastaların 5 kez kontrole çağırılması (15., 30., 45., 60. ve 90. günlerde) planlandı. Kontrollerde vital bulgular, kilo değişimi, CO düzeyi, kişinin karşılaştığı zorluklar tespit edilip sistem ve semptom sorgusu yapıldı. Tedavi başlanmışsa, muhtemel yan etkileri sorgulandı. 1.(15. gün) ve 4. (60. gün) kontrollerde ek olarak, kognitif durum ile ilgili anket de yapılarak sigara bırakma sürecinde psikososyal yönden izlenip; gerekiyorsa destek sağlandı.

3.7. Araştırmanın Uygulama Süresi

Araştırma 10.07.2017-12.12.2018 tarihleri arasında yürütölmüş ve veri toplama tamamlanmıştır. 10. 06.2017-29.06.2017 tarihleri arası araştırmanın tasarımı ve anket formu (Gazi SBP form v.1) oluşturulmuştur. Ocak 2019 ve Haziran 2019 tarihleri arasında veri girişı ve analizi yapılmıştır.

3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS 25,0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama($\pm$)standart sapma, ortanca (min; maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel analize alınmadan önce bazı değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı görsel ve istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiş ve incelenen değişkenlerin normal dağılıma uygunluk göstermediği tespit edilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak Pearson Ki-kare, Yates Düzeltmeli Ki-kare Testi, non-parametrik testlerden Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Değişkenler arası korelasyonu değerlendirmek için Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. “Sağlık araştırmaları için temel istatistik” kaynağından alınan veriler ile korelasyon düzeyleri değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir(69).

Yaş verisi 25-35, 36-44 ve 45 yaş ve üzeri olacak şekilde gruplanarak analize alınmıştır.

İlk sigara içme yaşı ve eğitim ilişkisine bakılırken eğitim durumu ortaokul ve ilkokul grupları birleştirilerek “ortaokul ve altı”; lise, üniversite ve lisans üstü birleştirilerek “lise ve üzeri” şeklinde gruplanarak analize alınmıştır.

Medeni durum verisinde bekâr ve dul birleştirilerek evli ve dul/bekâr şeklinde analize alınmıştır.

Paket ve kullanım süresi çarpılarak paket-yıl değişkeni oluşturulmuş ve paket-yıl değişkeni “20’nin altı” ve “20 paket-yıl ve üzeri” şeklinde gruplanmıştır.

İlk sigara içme yaşı değişkeni 18 yaş altı ve 18 yaş üzeri şeklinde gruplanarak analize alınmıştır.

Sigara maliyeti 2018 yılı sigara fiyatları üzerinden hesaplanarak yıllık maliyet olarak belirtilmiştir.

Kaç yıl sigara içildiği, “20 yıl ve altı” ve “21 yıl ve üzeri” şeklinde gruplandırıldı.

FTND skoru literatürden faydalanılarak 0-3 puan düşük, 4-6 puan orta ve 7-10 puan yüksek dereceli bağımlılık şeklinde gruplanmıştır(30).

Astım tanılı olan kişiler ve ilk başvuruda astım tanısı alanlar dışlanıp FEV₁/FVC oranı <70 olanlar KOAH şeklinde gruplanmıştır. Bu gruptaki kişilere de FEV₁ üzerinden KOAH evrelemesi yapılmıştır.

Ağırlık ve boy üzerinden BMI değişkeni hesaplanmış ve DSÖ kriterleri referans alınarak gruplandırılmıştır(70).

Düşük HDL seviyeleri ve sigara içimi arasında ilişki olduğundan normal ve düşük olarak gruplandı (Erkeklerde normal referanslar: 40-60 mg/dL, kadınlarda 50-60 mg/dL).

Hematokrit normal/düşük/yüksek olarak gruplandı (erkeklerde normal aralık: %41-53; kadınlarda %36-46).

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Anket uygulaması çalışma saatleri içerisinde olduğu için kamu görevlileri dışında çalışan nüfusa ulaşmakta beklenenin altında kalmış olabilir.

Anket uygulaması esnasında, sadece ücretsiz ilaca ulaşmak için kısa işlemler yaptırmak üzere başvuran kişiler içerisinde ankete katılmak istemeyen veya yarıda bırakan kişiler olduğu belirlenmiştir. SBP’de anket yapan kişiler daha kendini ve anketi tanıtamadan katılmayı reddedip çevresindekilerin de ankete katılımını olumsuz yönde etkileyen hastalar olmuştur. Bunda, kişinin beyan etmediği daha önceki benzer sigara bırakmaya yönelik başvurular esnasında uygulanan anketler ve sigara içicilerinin kişilik yapısı etkili olmuş olabilir. Yapılan bir çalışmada sigara içenlerin daha nevrotik kişilik yapısına sahip olduğu; bu kişilerde sebat eksikliği, dürtüsellik ve yüksek heyecan arayışı olduğu görülmüştür(tip IV kişilik yapısı)(71).

Çalışmamızın kesitsel tipte bir araştırma olması nedeniyle sonuçları topluma genellenemez ve neden/sonuç ilişkisi gösterilemez. Tütün benzeri maddelere başlama nedenleri sosyal ve ekonomik yönden incelenerek daha kapsamlı prospektif ve klinik çalışmalar yapılabilir.

4. BULGULAR

10.07.2017-12.12.2018 tarihleri arasında başvuran ve kriterlere uyan 307 hastanın verileri derlendi.

Tablo 3. Hastaların Demografik Özellikleri

	Sayı	(%)
Cinsiyet (n=307)		
Kadın	138	45
Erkek	169	55
Yaş Grubu (n=307)		
25-35 Yaş	91	30
36-44 Yaş	93	30
45 Yaş ve Üzeri	123	40
Medeni Durum (n=307)		
Bekâr	60	20
Evli	227	74
Dul/Boşanmış	20	6
Meslek (n=307)		
Memur	143	46
Esnaf/Serbest Meslek	51	17
Ev Hanımı	36	12
Emekli	31	10
Özel Sektör	30	10
İşçi	9	3
Öğrenci	7	2
Eğitim Durumu (n=307)		
İlkokul	45	14
Ortaokul	36	12
Lise	98	32
Üniversite	113	37
Lisansüstü/Doktora	15	5

Tablo 3’te hastaların demografik özellikleri sunulmuştur. Hastaların çoğunluğu erkektir. Hastaların %40’ı “45 yaş ve üzeri” grupta olup hastaların yaş ortalaması 42±11’dir. Hastaların çoğu evliydi. Hastaların meslekleri incelendiğinde popülasyonun çoğu memurdu. Hastalarımızın %74’ü lise ve üzeri eğitim düzeyindeydi.

Tablo 4. Hastaların Sigara Kullanımı ile İlgili Özellikleri

	Sayı	(%)
Paket-yıl (n=307)		
20 Altı	109	36
20 ve Üzeri	198	64
Nargile/Puro/Pipo/Sarma (n=307)		
Yok	268	87
Sarma	31	10
Nargile	6	2
Puro	1	<1
Elektronik Sigara	1	<1
İlk Sigara İçme Yaşı (n=307)		
18 Yaş Altı	138	45
18 Yaş ve Üzeri	169	55
Sigara Yıllık Maliyeti (n=307)		
4000 TL'nin Altı	161	52
4000 TL ve Üzeri	146	48
Sigaraya Başlama Nedeni*(n=307)		
Çevrenin etkisi	127	41
Merak	89	29
Özenme	72	23
Stres\Üzüntü	52	17
Kendini İspat Etme	8	3
Yasağa Tepki	3	1
Diğer	12	4
Sigara İçme Süresi (Yıl)		
20 ve Altı	145	47
21 ve Üzeri	162	53

*Çoklu Yanıt

Tablo 4'de hastaların sigara kullanımı ile ilgili özellikleri sunulmuştur. Hastaların paket-yıl ortalaması 27 ± 18 'dir. Hastalarımızın ortalama ilk sigara içme yaşı 18 ± 5 'dir. Ortalama yıllık sigara maliyeti 4150 ± 1883 'tür. Hastaların ortalama sigara kullanma süresi 24 ± 11 yıldır.

Tablo 5. Hastaların Sigara Kullanımı ile İlgili Özellikleri

	Sayı	(%)
Neyle Sigara İçmeyi Sever*(n=306)		
Yemekten Sonra	224	73
Çay	192	63
Kahve	136	44
Alkol	91	30
Diğer (Kola/Meyve)	19	6
Neyle Sigara İçmeyi Sevmez*(n=307)		
Meyve	103	34
Yemek Öncesi	83	27
Su	75	24
Her Şeyle İçmeyi Sever	73	24
Başka	28	9
Alkol	5	2
En Çok Ne Zaman İçer*(n=307)		
07:00-09:59	139	45
10:00-15:59	100	33
16:00-19:59	59	19
20:00-23:59	78	25
Tüm Gün Benzer	12	4
En Az Ne Zaman İçer*(n=307)		
07:00-09:59	87	28
10:00-15:59	48	16
16:00-19:59	49	16
20:00-23:59	122	40
Tüm Gün Benzer	12	4

*Çoklu Yanıt

Tablo 5’de hastaların sigara kullanımı ile ilgili özellikleri sunulmuştur. Çoğu hasta, yemek sonrası ve kahve, çay gibi bir ritüelle daha çok sigara içmeyi sevdiğini belirtmiştir.

Tablo 6. Hastaların Sigara Bırakma Deneyimleri ile İlgili Durumlarının Dağılımı

		Sayı	(%)
Daha Önce Bırakmayı Deneme Sayısı (n=307)			
	0	88	29
	1	172	56
	2	36	12
	3	7	2
	4	4	1
Daha Önce Ne Kadar Süre Bıraktı (n=293)			
	Bırakmadı	102	35
	1-7 Gün	59	20
	8-21 Gün	29	10
	22-30 Gün	20	7
	1-3 Ay	24	8
	4-6 Ay	17	6
	7 Ay- 1 Yıl	18	6
	1 Yıldan Fazla Süreyle	24	8
Sigara İlacı Kullanım Öyküsü (n=306)			
	Yok	235	77
	Vareniklin	37	12
	Bupropion	19	6
	NRT	15	5
Neden Bırakmak İstiyor* (n=307)			
	Hastalanma Korkusu	185	60
	Mevcut Hastalık	73	24
	Ekonomik Nedenler	59	19
	Çevreye Zarar Verme Düşüncesi	55	18
	Koku	45	15
	Toplum Baskısı	15	5
	Utanma	15	5
	İnançlar	4	1
	Diğer	97	32
Önceki Bırakma Denemelerinde Yaşadığı Zorluklar* (n=306)			
	Sinirlilik	156	51
	Aşırı İçme İsteği	154	50
	Ağız Yaraları ve Diğer Nedenler	76	24
	Konsantrasyon Kaybı	64	21
	İştah Artışı	50	16
	Baş Ağrısı	27	9
	Baş\Yüzde Uyuşma	23	8
	Kabızlık	16	5
	Dengesizlik	14	4

*Çoklu Yanıt

Tablo 6’da hastaların daha önceki sigara bırakma deneyimleri ve sigara bırakma nedenleri konusundaki özellikleri sunulmuştur. Daha önce 1 kez sigarayı bırakmayı

deneyenler çoğunlukta idi. Daha önce sigara bırakma sürelerine bakıldığında 3 ay üzerinde sigara bırakan kişiler %20 oranındaydı.

Tablo 7. Hastaların Sigara Kullanımlarına Çevrelerinin Tepkisiyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı	(%)
Evde Rahat İçebiliyor mu (n=307)		
Evet	211	69
Hayır	96	31
Eşi İçiyor mu (n=307)		
Evet	132	43
Hayır	98	32
Eşi Yok	77	25
Ailede Sigara İçen Var mı (n=307)		
Evet	190	62
Hayır	117	38
Ailenin Tepkisi (n=307)		
Rahatsız Olma	234	77
Onaylama	28	9
Uzaklaşma	16	5
Tepkisiz	29	9
Arkadaşların Tepkisi (n=307)		
Rahatsız Olma	134	44
Onaylama	74	24
Uzaklaşma	23	7
Tepkisiz	76	25

Tablo 7’de hastaların sigara kullanımlarına çevrelerinin verdiği tepkiler ve bazı içme durumları sunulmuştur. Önemli oranda kişi evde kolaylıkla sigara içemezken aile ve çevre tarafından sigara içme davranışlarının olumsuz karşılandığı görüldü.

Tablo 8. Hastaların Bağımlılık Düzeyleriyle İlgili Durumların Dağılımı

		Sayı	(%)
Fagerström Skoru (n=307)			
	Düşük	31	10
	Orta	198	65
	Yüksek	78	25
Sigara Teklifine Verilen Tepki (n=307)			
	Alırım	228	74
	Almam	79	26
Ne Kadar Kararlı (n=307)			
	Hiç	1	<1
	Biraz	30	10
	Bir Hayli	59	19
	Çok	120	39
	Çok Fazla	97	31

Tablo 8’de hastaların FTND skoru ortalaması 6 ± 2 olup hastaların bağımlılık düzeylerine bakıldığında önemli oranda kişinin orta düzeyli bağımlı oldukları görüldü. Kararlılık düzeyleri sorgulanarak aile ve çevre baskısının da başvurudaki rolü saptanmaya çalışıldı.

Tablo 9. Hastaların Laboratuvar/Görüntüleme Sonuçlarının ve Sağlıkla İlgili Bazı Durumlarının Dağılımı

	Sayı	(%)
X-Ray'de Özellik Var Mı (n=305)		
Yok	238	78
Var	67	22
FEV₁/FVC Durumu (n=290)		
Astım/KOAH	38	13
Normal	252	87
KOAH Evre (n=31)		
Evre 1	10	32
Evre 2	16	52
Evre 3	4	13
Evre 4	1	3
BMI (n=282)		
Zayıf	9	3
Normal	98	35
Fazla Kilolu	119	42
Obez	56	20
Ek Hastalık* (n=307)		
Yok	151	49
Akciğer	58	19
Nöropsikiyatrik	53	17
Diğer	102	33
Pulmoner Yakınma*(n=307)		
Öksürük	145	47
Balgam	142	46
Dispne/Herhangi Bir Düzeyde Eforun Kısıtlanması	99	32
Göğüs Ağrısı	46	15
Hemoptizi	7	2
Yok	95	31
HDL Durumu (n=285)		
Düşük	136	48
Normal	149	52
Hematokrit Durumu (n=295)		
Normal	261	89
Düşük	18	6
Yüksek	16	5

*Çoklu Yanıt

Tablo 10. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Sigarayı Bırakma Durumlarının Dağılımı

		Sigarayı Bırakma Durumu		p
		Bıraktı	Bırakmadı	
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet (n=307)				
	Kadın	68 (49)	70 (51)	0,004
	Erkek	56 (33)	113 (67)	
Medeni Durum (n=307)				
	Bekâr/Dul	30 (38)	50 (62)	0,540
	Evli	94 (41)	133 (59)	
Meslek (n=307)				
	Memur	54 (38)	89(62)	0,528
	Özel Sektör	9 (30)	21 (70)	
	Ev Hanımı	19 (53)	17 (47)	
	Öğrenci	3 (43)	4 (57)	
	Emekli	12 (39)	19 (61)	
	Esnaf/Serbest Meslek	22 (43)	29 (57)	
	İşçi	5 (56)	4 (44)	
Yaş Grubu (n=307)				
	25-35 Yaş	31 (34)	60 (66)	0,290
	36-44 Yaş	38 (41)	55 (59)	
	45 Yaş ve Üzeri	55 (45)	68 (55)	
Eğitim Durumu (n=307)				
	İlkokul	21 (47)	24 (53)	0,504
	Ortaokul	11 (31)	25 (69)	
	Lise	40 (41)	58 (59)	
	Üniversite	44 (39)	69 (61)	
	Lisansüstü	8 (53)	7 (47)	

*Pearson Ki Kare Testi

Tablo 10’da hastaların demografik özelliklerine göre sigarayı bırakma durumlarının dağılımı sunulmuştur. DSÖ’ye göre 1. yılın sonundaki sigara bırakma durumu, ileriye yönelik olarak daha değerli olmakla birlikte, kişinin sigara içme davranışına ait özellikler ve önerilen medikal tedaviler için bir eşik olduğundan 3. ayın sonundaki izleme göre sigara içmeyeneler ‘sigarayı bıraktı’ olarak kabul edildi(72, 73). Kadın hastalar, evli hastalar ve 45-65 yaş grubu hastalar daha başarılı bulundu.

Tablo 11. Hastaların Sigara Kullanımı ile İlgili Bazı Özelliklerinin Sigara Bırakma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Sigarayı Bırakanlar (n=124) ortanca±SS	Sigarayı Bırakmayanlar (n=183) ortanca±SS	p
Sigara içimi (paket/yıl)	20 ± 21	23±17	0,235
İlk sigara içme yaşı, yıl	19±5	17 ± 4	0,009
Yıllık sigara maliyeti, TL	3650 ± 1936	4000 ± 1832	0,022

Mann Whitney U Testi

SS=Standart Sapma

Tablo 11’de hastaların sigara kullanımı ile ilgili bazı özelliklerinin bırakma durumlarına göre karşılaştırması sunulmuştur.

Tablo 12. Hastaların Evde Sigara İçme Özellikleri ve Çevresinin Tepkilerine Göre Sigarayı Bırakma Durumlarının Dağılımı

		Sigaray ı Bırakma Durumu		
		Bıraktı	Bırakmadı	
		n (%)	n (%)	p
Evde Rahat İçme Durumu (n=307)				
	Evet	82 (39)	129 (61)	0,418
	Hayır	42 (44)	54 (56)	
Eş i İçiyor Mu (n=230)				
	Evet	50 (38)	82 (62)	0,359
	Hayır	43 (44)	55 (56)	
Ailede Sigara İçen Var Mı (n=307)				
	Evet	71 (37)	119(63)	0,169
	Hayır	53 (45)	64 (55)	
Ailenin Tepkisi (n=307)				
	Rahatsız Olma	96 (41)	138 (59)	0,892
	Uzaklaşma	5 (31)	11 (69)	
	Onaylama	11 (39)	17 (61)	
	Başka (tepkisizlik, aşırı kızma vb.)	12 (41)	17 (59)	
Arkadaşların Tepkisi (n=307)				
	Rahatsız Olma	51 (38)	83 (62)	0,775
	Uzaklaşma	11 (48)	12 (52)	
	Onay	32 (43)	42 (57)	
	Başka	30 (39)	46 (61)	

*Pearson Ki Kare Testi

Tablo 13. Hastaların Ailelerinin Tepkilerine Göre Evde Rahat Sigara İçme Durumlarının Dağılımı

		Evde Rahat Sigara İçebiliyor Mu		p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Ailede Sigara İçen Var Mı (n=307)				
	Evet	147 (77)	43 (23)	<0,001
	Hayır	64 (55)	53 (45)	
Eşi Sigara İçiyor Mu (n=230)				
	Evet	96 (73)	36 (27)	0,001
	Hayır	51 (52)	47 (48)	
Ailenin Tepkisi (n=307)				
	Rahatsız Olma	151 (64)	83 (36)	0,026
	Uzaklaşma	13 (81)	3 (19)	
	Onay	25 (89)	3 (11)	
	Başka	22 (76)	7 (24)	

Tablo 14. Hastalarda Ek Hastalık veya Yakınma Varlığı, Bağımlılık Düzeyi ve Başlanan Tedavilere Göre Sigarayı Bırakma Durumlarının Dağılımı

		Sigarayı Bırakma Durumu		p
		Bıraktı	Bırakmadı	
		n (%)	n (%)	
Ek Hastalık (n=307)				
	Yok	60 (40)	91 (60)	0,818
	Var	64 (41)	92 (59)	
FEV ₁ /FVC Durumu (n=307)**				
	KOAH/Astım	13 (34)	25 (66)	0,432
	Normal	107 (43)	145 (57)	
Fagerström Skoru (n=307)				
	Düşük	18 (58)	13 (42)	0,103
	Orta	75 (38)	123 (62)	
	Yüksek	31 (40)	47 (60)	
Pulmoner Yakınma (n=307)				
	Yok	36 (38)	59 (62)	0,551
	Var	88 (41)	124 (59)	
Başlanan Tedavi ***(n=307)				
	Vareniklin	90 (42)	124(58)	0,249
	Bupropion	14 (38)	23 (62)	
	NRT	18 (33)	37 (67)	
	Sadece Psikoterapi	2 (22)	7 (78)	

*Pearson Ki Kare Testi
***Birden fazla Seçenek

**Yates Düzeltmeli Ki Kare Testi

Tablo 14’de ek hastalığı olanların ek hastalıkları olmayanlarla benzer sigara bırakma başarısı olduğu görülürken yoksunluk semptomlarının giderilmesi için medikal tedavi de önerilen kişilerin daha az başarılı olduğu görüldü.

Tablo 15. Hastaların Sigara Bırakma Deneyimleri ile İlgili Durumlarının Dağılımı

	Sayı	(%)
Uygulanan Tedavi* (n=307)		
Vareniklin	214	70
NRT	55	18
Bupropion	37	12
Sadece Psikoterapi	9	3
Sigarayı Bırakma Durumu (n=307)		
Bıraktı	124	40
Bırakmadı	183	60

*Çoklu Yanıt

Tablo 15’de SBP’de tedavi alan hastaların tedavileri ve sigarayı bırakma durumları sunulmuştur. Tüm hastalara psikoterapi yapılmakla birlikte medikal tedavi almak istememe ya da ilaç kontrendikasyonu bulunan kişilere medikal tedavi verilmedi (%3)

Tablo 16. Eğitim Durumu ve İlk Sigara İçme Yaşı Arasındaki İlişki

	İlk Sigara İçme Yaşı	
	18 Yaş Altı	18 Yaş ve Üzeri
	n (%)	n (%)
Eğitim Durumu (n=307)		
Ortaokul ve Altı	48 (59)	33 (41)
Lise ve Üzeri	90 (40)	136 (60)
p<0,001		

Tablo 16’da eğitim durumu ve ilk sigara yaşı arasındaki ilişki sunulmuştur. Ortaokul ve altı eğitim alanlarda (n=81) ortalanca ilk sigara içme yaşı $16 \pm 5,115$ iken lise ve üzeri popülasyonda (n=226) ortalanca sigara içme yaşı $18 \pm 4,135$ olarak saptandı.

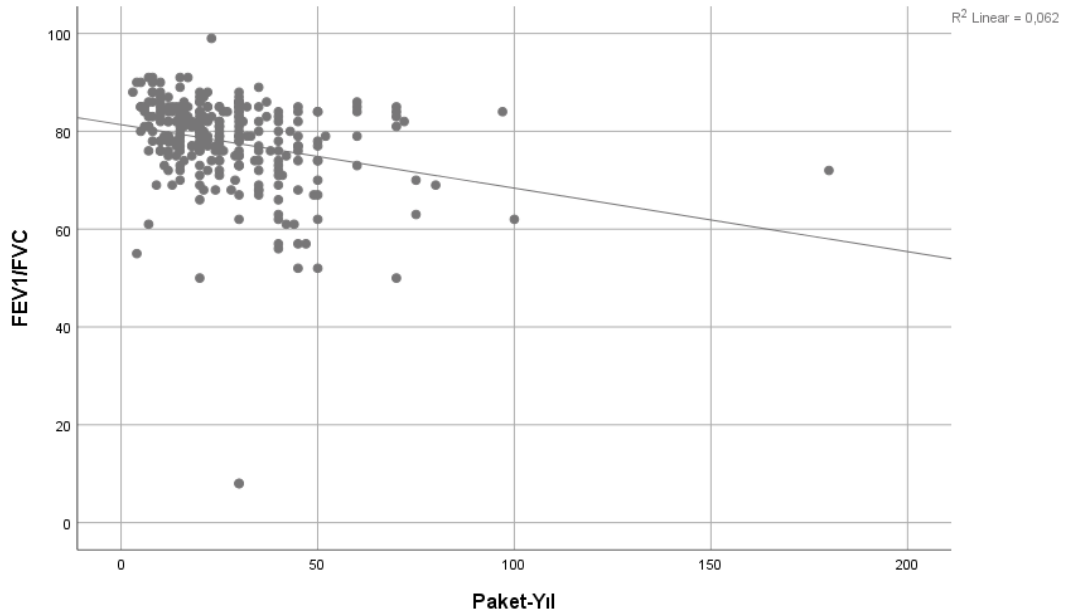
Tablo 17. Astım veya KOAH Olmayan Popülasyonda FEF_{25/75} Değerinin Dispneyle İlişkisinin Dağılımı

		FEF _{25/75}	
		≤70	>70
		n (%)	n (%)
Dispne (n=245)			
	Yok	63 (36)	110 (64)
	Var	38 (53)	34 (47)
p=0,018			

Mann Whitney U Testi uygulandı).

Tablo 17’de astım veya KOAH olmayan popülasyonda FEF_{25/75} değerinin herhangi bir dispne seviyesi olan kişilerdeki dağılımı sunulmuştur. FEF_{25/75} ortanca değerleri (SS) dispne olmayanlarda 78±21 iken dispne tarif edenlerde 69±26 olarak bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı olarak saptandı (p=0,009)

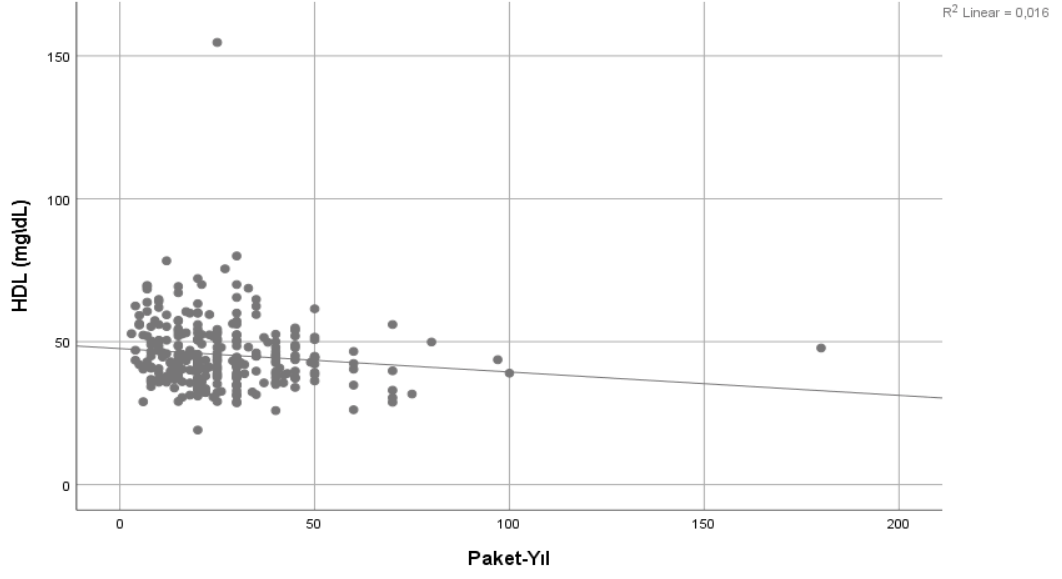
Görsel 1. FEV₁/FVC Oranının Paket-yıl ile Olan İlişkisini Gösteren Saçılım Grafiği*



*Spearman Korelasyon Testi

Görsel 1’de sigara içim süresi ve miktarı arttıkça FEV₁/FVC oranının ters korelasyonla düştüğü izlenmekte

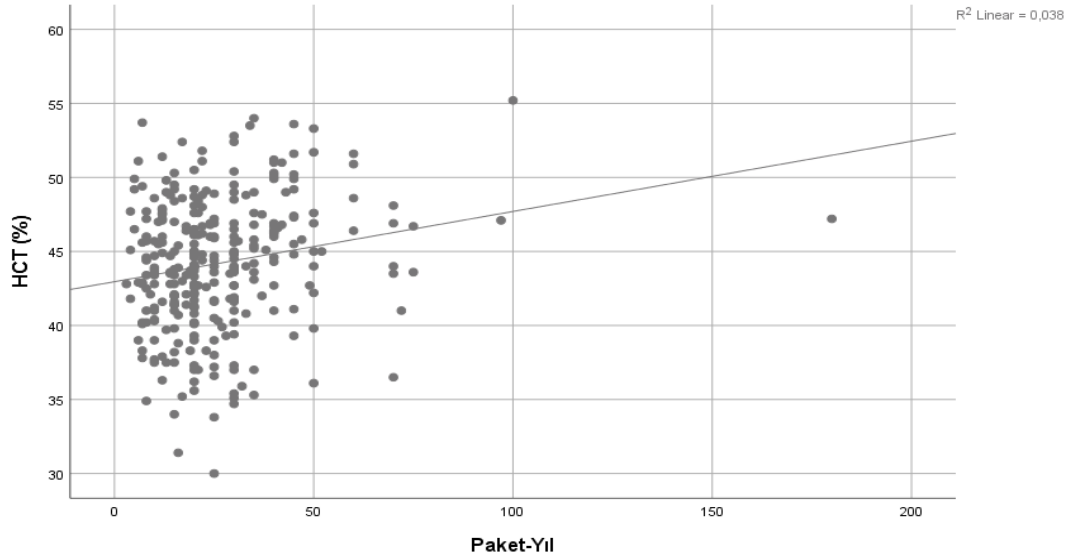
Görsel 2. HDL Düzeyinin Paket-yıl ile Olan İlişkisini Gösteren Saçılım Grafiği*



* Spearman Korelasyon Testi

Görsel 2’de sigara içim süresi ve miktarı arttıkça HDL miktarının ters korelasyonla düştüğü izlenmekte.

Görsel 3. Hematokrit Yüzdesinin Paket-yıl ile Olan İlişkisini Gösteren Saçılım Grafiği*



* Spearman Korelasyon Testi

Görsel 3’te sigara içim süresi ve miktarı arttıkça hematokrit yüzdesinin yükseldiği izlenmekte.

5. TARTIŞMA

Tütün ürünlerinin kullanılması hem kullanan kişiler hem de pasif sigara dumanına maruz kalan kişiler için ciddi morbidite ve mortalite riski oluşturmaktadır. Sigara bırakma polikliniğimize 1,5 yıllık süreçte başvuran hastaların rutin poliklinik prosedürleri sonrası elde edilen verileriyle demografik özellikler, sigara içme davranışı ve bırakma sürecinde etkili olabilecek ya da fark yaratabilecek özelliklerin incelenmesi amaçlandı.

Poliklinik hastalarımız orta yaşlı (ortalama 42 ± 11), %74'ü evli, %74'ü lise ve üzeri okul mezunu, kentsel alanda yaşayan kişilerden oluşmaktadır. Yaş ortalaması, Argüder ve ark.'nın yaptığı çalışmadaki yaş ortalamasına (42 ± 13) benzer bulundu(74).

Başvuran kişilerin %45'i kadın ve %55'i erkekti. Yapılan çalışmalar, erkeklerin kadınlardan daha fazla SBP'lere başvurduğunu bildirmekle birlikte kadınların daha çok başvurduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur(75, 76). Erkeklerin daha fazla başvurması ülkemizde erkeklere ait sigara içme prevalansının daha yüksek olmasına bağlanabilir. Türkiye'de 2012 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre tütün kullanım sıklığı erkeklerde %41,5 ve kadınlarda %13,1 bulunmuştur(77). Cinsiyetler arası bırakma durumlarına bakıldığında dünyada farklılıklar saptanmıştır ve bu farklılık, kültürel etmenlere bağlanabilir. ABD'de erkeklerde bırakma oranları daha yüksek iken(78) İngiltere'de kadınlarda daha yüksektir(79). Türkiye'de ise anlamlı fark bulunmamıştır(74, 78, 80). Çalışmadaki hastalarımızda kadınlar %49 oranında 3 ayın sonunda başarılı iken bu oran erkeklerde %33 olarak saptanmıştır ($p=0,004$).

25-65 yaş grubu hastalar çalışmaya alınıp 3 gruba ayrıldığında her yaştan sigara kullanıcısının sigarayı bırakmak için başvurduğu görülmektedir. Bu bulgu Kıdık ve ark ile Sürmeli ve ark. tarafından yapılan çalışmalar ile benzer bulundu(81, 82). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da 45-65 yaş arası grup, tüm hastaların %40'lık bölümünü temsil etmektedir. Çalışmalarda ilerleyen yaşla birlikte sigara bırakma başarısının arttığı görülmüştür(83, 84). Çalışmamızda oluşturulan yaş

grupları arasında bırakma düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ($p=0,290$) 45-65 yaş grubu popülasyonun daha başarılı bulundu (tablo 7).

Başvuran hastaların medeni durumlarına bakıldığında birçok araştırmada olduğu(82, 85, 86) gibi evli kişilerin daha çok başvurduğu görüldü (%74). Avrupa’da yapılan çalışmalarda erkeklerde evlilik sonrası sigara bırakma oranları artarken(87) Güney Kore’de yapılan başka bir çalışmada evlilik sonrası kadınlarda sigarayı bırakma oranlarının arttığı tespit edilmiştir(88). Çalışmamızda evlilerin sigara bırakma oranı daha yüksek iken (evlilerin %41’i ve bekârların %38’i) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Türkiye’de yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur(74).

Dünyada yapılmış olan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanım oranı azalırken bırakma oranları artmaktadır(89, 90). Türkiye’de ise Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’na göre eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanımı artarken bırakma ve eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır(77). Çalışmamızda başvuranların %74’ü lise ve üzeri kurumdan mezun olup sigara bırakma düzeylerine bakıldığında eğitim düzeyi ve sigara bırakma durumları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,504$).

Hastalarımızın çok azında (%2-3) nargile, puro ya da elektronik sigara kullanımı vardı. %10 hastanın sarma sigara kullandığı görüldü. Bu kişiler genelde ekonomik nedenler ve sigara zamlarından sonra sarma sigara kullandıklarını, tadının daha kötü olması nedeniyle de bırakmak istediklerini belirtti. Hastalarımızın %45’i 18 yaş altında sigaraya başlamış olup Türkiye verileriyle de uyumludur(6). Devlet politikaları ve DSÖ önerilerince (MPOWER) sigara zamları adolesan ve çocukları da korumada oldukça faydalı olabilir. Breslau ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 13 yaşından sonra sigara içmeye başlayanların daha önce başlayanlara göre 2,1 kat daha fazla oranda sigarayı bıraktığı gözlenmiştir(91). Çalışmamızda ayrıca sigarayı bırakanların yaş ortancası 19 ± 5 olup bırakamayanların yaş ortancası 17 ± 4 bulundu ($p=0,004$). Bu bulgu, sigaraya başlama yaşının sigara bırakma başarısı üzerinde etkili olduğunun gösterildiği birçok çalışma ile uyumlu bulundu(84, 92, 93). Bunda daha

geç yaşta sigaraya başlayanların bağımlılık düzeyinin daha düşük olması rol oynamış olabilir (92).

Sigaraya başlama nedenleri arasında en sık özenme ve merak yer almaktadır. ABD’de 15 yaş altı kişilerde yapılan bir çalışmada en önemli nedenler, çevrenin etkisiyle özenme ve merak duygusudur(94). Çalışmamızda bununla uyumlu bir biçimde çevrenin etkisi (%41), merak (%29) ve özenme (%23) en önemli üç neden olarak saptandı. Özenme ve merak etmenin etkili nedenler olmasının bir nedeni, sigaranın başlandığı yaşlarla ilgili olabilir. Bu yaş grubu, doğaları gereği çevreyle daha yoğun bir etkileşim içerisinde. Tütün endüstrisi bu yaş grubunu hedef alarak reklam ve propaganda (bir özgürlük ve aileden kopuş öznesi haline getirilmesi ve popüler kültür) yapmaktadır.

Birçok hastanın bırakma motivasyonlarından biri ekonomik sebepler olduğundan hastalara sigara maliyetleri de ayrıca soruldu. 2018 yılına ait asgari ücret net 1603 TL idi ve sigara maliyetleri bununla kıyaslanarak hastalar bırakmaya yönelik motive edildi(95). %48 kişinin yıllık maliyeti 4000 TL’nin üzerindeydi.

Yapılan çalışmalarda sigara içme isteğini en çok arttıran nedenlerin yemek, çay ve kahve tüketimi olduğu görülmüştür(96, 97). Türkiye’de yapılan bir çalışmada sigara tüketenlerin %80’inin yemek sonrası sigara içme davranışı gösterdiği görülmüştür(97). Hastalarımızın %73’ü özellikle yemek sonrası sigara içmeyi tercih ederken ayrıca %63’ü çay ve %44’ü kahve ile içmeyi sevdiklerini belirtmişlerdir (çoklu cevaplı sorular). Sigara içiminde fiziksel ve psikolojik bağımlılığın yanı sıra davranış alışkanlığı da önemlidir(98). Özellikle sigara bırakıldıktan sonraki birkaç günlük süreçte yemek sonrası, ya da çay, kahve gibi sigara içme ritüelleri ile ilgili öneriler verilirken bu özellikler önem taşımaktadır.

Başvuranların %79’u daha önce en az 1 kez sigara bırakma girişiminde bulunmuştu ve %23 kişi sigara bırakma tedavisinde kullanılan medikal tedavileri kendileri ya da sigara bırakma polikliniklerinden almıştı. Kendi kendine bırakan kişilerin sigara bırakma sürecindeki yoksunluk semptomları, sigara içme isteğinin uzun sürede geçmemesi ve ömür boyu böyle olacağını düşünerek tekrar

başlamalarına yol açmıştı. Sigara bırakma polikliniği başvurusu olanlar ise önerilen sürede ve biçimde tedavi almamış veya ilaç yan etkisi olunca kendi kendilerine tedaviyi sonlandırmıştı. Bu nedenle hastalara bilgi vermek ve psikoterapi önem kazanmaktadır. 3 ay ve üstü sigara bırakan, hatta 1 yıldan daha uzun süre sigaradan uzak duranlarda relaps olması da bireylerde bilgi seviyesini artırmanın önemini göstermektedir.

Pek çok çalışmada sigarayı bırakma nedenleri arasında sağlıkla ilgili endişeler ve sağlık sorunları yer almaktadır(99). Çalışmamızda hastalanma korkusu (%60) ve mevcut hastalıkların varlığı (%24) en sık sigara bırakma gerekçeleri arasında gösterilmiştir. TKÇS uyarınca yapılan zamların da sigarayı bırakmada etkili olduğu görülmüştür(100). Çalışmamızda ekonomik nedenler 3. sırada (%19) yer almaktadır (çoklu cevaplı sorular). Hastaların sigara bırakma oranlarına bakıldığında ek hastalık varlığı, obstrüktif hava yolu hastalığı varlığı ya da pulmoner yakınma varlığının sigarayı bıraktırmada anlamlı fark yaratmadığı görüldü. Kronik hastalık varlığının sigara bırakmada başarıyı 2,4 kat arttırdığı çalışmalar mevcut olup(90) bunu destekleyen başka çalışmalar da mevcuttur(101). Bu kişilerin hastalıkları ve semptomları engellemek istemeleri, sağlık kurumlarına başvuruda sigarayı bırakmaları gerektiğinin gündeme gelmesi ve profesyonel yardım almaları etkili olabilir.

Sigara bırakma sürecinde en önemli parametrelerden biri de sigara bırakıldığında karşılaşılan güçlüklerdir. Polikliniğimize başvuran kişilerin daha önce yaşadıkları en önemli zorluklar sinirlilik (%51) ve aşırı sigara içme isteğiydi (%50) (çoklu cevaplı sorular). Bu bulgular ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur(97, 102). Kontrole devam eden hastaların ilaç dozlarının yan etki ya da yoksunluk semptomlarına göre yeniden düzenlenmesi ile sorunlar minimize edildi. 2 hastada görülen şiddetli kâbus görme ve kilo alma sonucu kontrole gelmemeleri, kendi kendilerine tedaviyi sonlandırmaları sonucu yeniden sigara içmeye başladıkları tespit edildi. Bu nedenle özellikle ilk kontrolden sonraki 1 ayda çok yakın takip yapılması gerekmektedir.

Hastaların sosyal öykülerine bakıldığında evde kendisinden başka sigara içenler %37 oranında başarılı olurken ailede kendisinden başka sigara içen kimse olmayanların %45 oranında başarılı olduğu görüldü. Bu konuda yapılmış çalışmalarla uyumlu saptandı(103, 104). Ayrıca kişilerin evde sigara içtiği yerler de sorgulanarak özellikle ilk 5-10 gün mümkünse bu yerlerde zaman geçirmemeleri önerildi.

Sigara bırakma başarısını etkileyen önemli faktörlerden birisi de nikotin bağımlılık düzeyidir. Yapılan birçok çalışmada sigarayı bırakan kişilerde FTND ile saptanan bağımlılık düzeyi skoru bırakamayanlara göre daha düşük saptanmıştır(105, 106). Çalışmamızda her ne kadar sigarayı bırakanların %58'i düşük puan alan grupta olsa da orta ve yüksek puan alan gruplarla kıyaslandığında sigarayı bırakmada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,103$). Nikotin bağımlılık skoru daha yüksek olan kişilerin daha fazla oranda yardım aldıklarını göstermektedir(107).

Sigara içmek dispne, öksürük ve efor kısıtlanması gibi solunumsal şikâyetleri arttırmaktadır. İçilen sigara miktarıyla ilişkili olarak içicilerde kronik öksürük ve balgam, hışırtı ve dispne görülmektedir(108, 109). Hastalarımızda %47 oranında öksürük, %46 oranında balgam ve efor kısıtlanması saptandı (çoklu cevaplı sorular). Cibella ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada dispne hissetme sıklığı %34,8 bulunmuştur(110). Poliklinikte yeni tanı KOAH ya da astımlılar tedavi altına alındı. Obstrüktif hastalığı olmayan; fakat dispne yakınması olan 72 kişinin %53'ünde FEF_{25/75} değerleri <70 olarak saptandı. Literatürde bu değer sigara içenlerde bir KOAH prediktörü olabileceğine dair veriler tartışmalı olsa da herediter KOAH yatkınlığı ile ilişkili olabilir(111, 112). Görsel 1'de gösterilen FEV₁/FVC ve paket-yıl ilişkisini içeren grafikte paket-yıl miktarı arttıkça FEV₁/FVC değerinin literatür ile uyumlu biçimde düştüğü izlendi(113). Öksürük ve balgam çıkarma, sigarayı bıraktıktan sonra genelde gerilerken KOAH gelişmesi durumunda gerileme sınırlı olmaktadır(99, 114).

Sigara bırakma tedavilerinde farmakolojik olarak Türkiye'de ve dünyada en sık kullanılan yöntemler psikoterapi ile birlikte medikal terapilerdir (vareniklin, bupropion ve NRT). 3 ilacın da placebodan daha etkin olduğu bilinmektedir(115).

Yapılan birçok çalışmada vareniklinin bupropion ve NRT'den daha etkin olduğu görülmüştür(116, 117). Çalışmamızda vareniklin kullananların %42'si, bupropion kullananların %38'i ve NRT alanların %33'ü sigarayı 3 aylık sürenin sonunda bıraktı. Medikal tedavi kabul etmeyen veya tedavi verilemeyen hastalara sadece psikoterapi yapıldı. Bu kişilerin %22'si sigarayı bıraktı. Sigara içenlerin içmeyenlere nazaran daha sık ve daha yüksek miktarda alkol aldığı bilinmektedir. Alkol kullanımının sigara bırakma başarısını düşürdüğü gösterilmiştir(118). Alkolün hem ilaç etkileşimi hem de sigara içme ritüeli olarak güçlü bir adjuvan olması nedeniyle hastalara bu konuda da bilgi verilmelidir.

Günlük alışkanlık ve rutinlerinde önemli bir yer edinen sigara içme davranışını bırakmak köklü bir yaşam tarzı ve sağlık durumunda düzelme sağlayacağından rutin poliklinik kontrollerinde lipit profili de görüldü. %48 hastada HDL düzeyi düşük saptandı. HDL'nin sigara içimi ile düştüğü ve kardiyovasküler hastalıklar açısından ayrıca risk yarattığı bilinmektedir(119). Görsel 2'de HDL düzeyinin artan paket-yıl miktarıyla düştüğü izlenmektedir.

Hematokrit düzeyi de karbonmonoksit düzeyi artışıyla sigara içicilerinde yükselir ve içilen sigara miktarıyla artar(120). Bir grup hastada kronik hematokrit yüksekliği hiperviskozite semptomları yaratarak yaşam kalitesini düşürür. Görsel 3'te ayrıca paket-yıl düzeyinde artmış sigara içimi, yüksek hematokrit değerleri ile uyumlu bulundu.

Çalışmamızda tedavi programına alındıktan sonra 3. ayın sonunda %40 kişinin sigarayı bıraktığı görüldü (n=307). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda tedavi sonrası izlemde sigara bırakma oranları 1 yılın sonunda %37-48 arasında(75, 97), 5 yıllık izlemde %34 olarak bulunmuştur. Hastalar görüldükten sonra yakın takipler sağlanmış, spesifik sigara içme özelliklerine göre destek sağlanmış ve izlem sürecindeki sorunlarına çözüm sağlanmaya çalışılmıştır. Hastalara ağırlıklı olarak, bakanlık tarafından ücretsiz temini ve ek ilaç kullanımları veya medikal geçmişleri nedeniyle ağırlıklı olarak vareniklin verildi. Psikiyatrik hastalık veya çoklu psikiyatrik ilaç kullanımı olan hastalar için psikiyatri konsültasyonu yapıldı. Sigara bırakma başarısı göz önüne alındığında sadece başlanan farmakoterapi değil, aynı

zamanda ne kadar süre tedavi alındığı da önem taşımaktadır. Kişilerin sigara bırakmak için bilimsel olarak kanıtlanmamış yöntemlere başvurmaması, ilaçlar ve sigara ile ilgili internet ve sosyal medya mitleri konusunda bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Kişilere elektronik sigaraların bir sigara bırakma aracı olmadığı, relaps ya da nüksün nargile gibi tütün deriveleri ile de olabileceği anlatılmalıdır. Hastaların başvuru nedenlerine bakıldığında (hastalanma korkusu, ekonomik nedenler, aile baskısı) hekim önerisiyle başvuru gerilerde kalmaktadır. Tüm hekim ve sağlık personelinin herhangi bir nedenle başvuran hastalardan sigara anamnezi de alması, bilgilendirmesi ve sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmesi gerekmektedir.

6. SONUÇ

Tütün kullanımı, dünya çapında önlenebilir hastalık ve ölümlerin başında gelmektedir. Uygun destek tedavisiyle sigara bırakma oranları yükseltilebilir, özellikle en çok başlandığı yaş grubuna yönelik önlemler alınıp temin ve kullanımının kısıtlanmasıyla tütün ürünlerinin kullanım prevalansı azaltılabilir.

Polikliniğimize kabul edilen hastalardan 25-65 yaş grubu 307 kişi, sigara bırakma sürecinde genel özellikleri ve sigara bırakma durumlarını etkileyen faktörleri belirlemek için bu çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma için aşağıdaki sonuçlar ve öneriler sıralanmıştır:

- 3 aylık izlemde kadın hastaların sigarayı daha yüksek oranda bıraktığı görüldü. Erkek sigara içici prevalansının yüksek olması nedeniyle erkek katılımcılar daha fazlaydı.
- Evli kişiler daha sık sigara bırakma çabası içerisinde olup bekâr ya da yalnız yaşayanlara göre daha başarılı olduğu bilinmekle birlikte çalışmamızda istatistiki anlamlı fark saptanmadı.
- Daha erken yaşlarda sigara içmeye başlayan kişiler, sigara bırakma sürecinde daha geç yaşta başlayanlara göre daha az başarılıdırlar. Sigaraya başlama yaşı sıklıkla çocukluk/adelösan grupta olduğundan bu konuda devlet bazlı güçlü önlemler almalıdır.
- Hastaların başvuru nedenlerine bakıldığında özellikle hekim önerisi ile gelen hasta sayısının çok az olduğu görüldü (tablolarda diğer nedenler arasında belirtildi). Hekimlerin bu konuda herhangi bir nedenle başvuran hastadan sigara anamnezi alması ve bu konuda farkındalık yaratması önem taşımaktadır.
- Bilimsel olmayan yöntemler, internet ve medyadaki bilgi kirliliğine yönelik ayrıca kamu spotları yapılabilir. Daha önce ilaç kullanıp tedavileri yarım kalan kişilerin yanı sıra SBP başvurusunda önerilen uygun medikal terapiyi reddeden hastaların başarı oranları diğer yöntemler ile oldukça düşük izlendi.

- Yüksek paket-yıl sigara kullanımı olan kişilerde ayrıca HDL değerlerinde düşme ve hematokrit yüzdesinde artma olduğu görüldü. Hematolojik rutinler ve polisitemi araştırılırken bu hususun da dikkate alınması doğru olabilir. Ayrıca bu konulardan bahsedilmesi psikolojik açıdan motivasyonu artırabilir.

7. ÖZET

Giriş: Tütün kullanımı, dünya çapında önlenabilir hastalık ve ölümlerin başında gelmektedir. Tütün kullanımı dünyadaki en sık 8 ölüm nedenlerinden 6'sı için önemli bir risk faktörüdür. Türkiye'de 15 yaş ve üzeri popülasyonda kişi başına düşen günlük sigara adedi 17,3 olup dünya ortalamasının üzerindedir. Özellikle çocuk ve adolesan dönemde sigaraya başlanması nedeniyle iyi bir eğitim ve devlet politikası geliştirilmesi gerekmektedir. Bağımlılık olması nedeniyle sigara bırakmak üzere başvuran hastaların yakın izlenmesi, özelliklerinin tespit edilip tedavi edilmesi önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı olan sigara bırakma polikliniğine başvuran 25-65 yaş arası hastaların sigara içme davranışlarının, özelliklerinin, sigara bırakma durumlarının analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 10.07.2017-12.12.2018 tarihleri arasında başvuran hastalardan kesitsel olarak yapılan çalışmaya ciddi renal ya da hepatik disfonksiyonu olmayan 25-65 yaş arası 307 hasta dahil edilmiştir. Sosyo-demografik veriler, daha önceki sigara bırakma deneyimleri ile ilgili özellikler, bağımlılık düzeyleri, sağlık durumlarını ortaya koymak için tetkikler ve tedavinin kişiselleştirilebilmesi için medikal öyküleri ele alınarak izlem yapılmıştır. Araştırma verisi SPSS 25,0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların yaş ortalaması 42 ± 11 olup %74'ü evliydi. Başvuranların %45'i kadındı. 3 aylık sürecin sonunda kadınların sigarayı bırakma oranı %49 ve erkeklerin %33 olarak bulundu. Sigaraya başlama yaş ortancası 19 ± 5 yıl olanların bırakma oranları 17 ± 4 yıl olan kişilere göre daha yüksek saptandı. En sık sigaraya başlama nedenleri çevreye özenme ve meraklı. Dünyada, mevcut hastalığı olan kişiler, hasta olmayanlara göre daha başarıyla çalışmamızda

gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Vareniklin verilenlerde %42, bupropion verilenlerde %38 ve NRT verilenlerde %33 başarı gözlemlendi. Tüm hastaların %40'ı 3 aylık süreç sonunda sigara içmeyi bıraktı.

Sonuç: Başvuran çoğu hastanın geçmişte profesyonel destek almamış ya da tedavi planlarına uymamış olduğu görüldü. Bu nedenle özellikle psikoterapide hastanın kişisel özellikleri iyi tanımlanarak başarı arttırılabilir. Ayrıca en çok tehlike altında olan gençler ve adolesanlara yönelik devlet destekli önlemler alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Nikotin bağımlılığı, sigara içme davranışı, tütün kontrolü, vareniklin, KOAH, bupropion

8.İNGİLİZCE ÖZET –ABSTRACT

Introduction: Tobacco use is one of the leading preventable diseases and deaths worldwide. Tobacco use is an important risk factor for 6 of the 8 most common causes of death in the world. Number of cigarettes smoked per day per person over 15 years old in the population of Turkey is higher than the world's average, 17.3. A strategic education model and state policy should be developed especially for children and adolescents. It is important to closely monitor the patients who apply to smoking cessation services due to addiction. It is important to identify their pattern of smoking and treat their special conditions.

Aim: In this study, it was targeted to analyze the smoking behavior, characteristics and smoking cessation of the patients aged 25-65 years who applied to the smoking cessation outpatient clinic of the Department of Chest Diseases of Gazi University Medical Faculty Hospital.

Materials and method: A cross-sectional study of 307 patients aged 25-65 years without severe renal or hepatic dysfunction was included in this cross-sectional study. Socio-demographic data, features related to previous smoking cessation experiences, addiction levels, medical examinations to reveal their health status and medical history to personalize treatment had been considered and personalized follow-ups were created. The data were analyzed by SPSS 25.0 statistical package program.

Results: The mean age of the patients who applied to the smoking cessation outpatient clinic was 42 ± 11 and 74% were married. 45% of the applicants were women. At the end of the 3-month period, smoking cessation rate was 49% for women and 33% for men. The rate of smoking cessation was found to be higher in patients with a median age of 19 ± 5 years compared to those with 17 ± 4 years. The most common reasons for starting smoking were environment, social atmosphere and curiosity. In the world, people with existing comorbid diseases were more successful

than those without, but no significant difference was observed between these groups in our study. Success rates were 42% in Varenicline group, 38% for Bupropion and 33% in NRT group. 40% of all patients stopped smoking after 3 months.

Conclusion: Most of the patients admitted did not receive professional support or treatment plans in the past. Therefore, especially in psychotherapy, the patient's personal characteristics can be well defined and success rates can be increased. In addition, state-funded measures should be taken for the most endangered youth and adolescents.

Key words: Nicotine addiction, smoking behavior, tobacco control, varenicline, COPD, bupropion

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma için etik kurul onayı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan alınmıştır.

Hasta Onamı: Çalışmaya yönelik hasta onamı ve uygulanan tedavi programı için hasta onamları ayrı ayrı alındı.

Çıkar Çatışması: Araştırmaya katkı verenlerin beyan edilecek çıkar çatışması bulunmamaktadır

Finansal Açıklama: Bu çalışmanın herhangi bir aşamasında herhangi bir maddi destek alınmamıştır

9. KAYNAKLAR

1. WHO, MPOWER Brochure, (2009).
2. WHO report on the global tobacco epidemic 2017 (Erişim: https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/).
3. WHO, WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies: World Health Organization; 2017.
4. Özata Ö, Kazkayası M. Sigaranın kulak burun boğaz hastalarının medikal ve cerrahi tedavisi üzerine etkileri. . KBB-Forum. 2010;9(40-6).
5. Mathers CD, Loncar DJPm. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. 2006;3(11):e442.
6. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2016 (Yayımlanma tarihi 2017) Erişim: <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>.
7. Bilir N, Çakır B, Dağlı E. et al. Tobacco control in Turkey. WHO Europe, 2009;43-5.
8. Benowitz NL. Nicotine addiction. 1999;26(3):611-31.
9. Üneri Ö, Tural Ü, Memik NÇ. Şizofreni ve Sigara İçimi: Biyolojik Bağlantı Nerede? [Smoking and Schizophrenia: Where is the Biological Connection?]. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(1):55-64.
10. Steinberg M, Schmelzer A, Lin P. et al. Smoking as a Chronic Disease. 2010. 413-20 p.
11. Yılmaz F. Tütün Üzerine Düşünceler: Batıda ve Bizde. In: Gürsoy Naskali E, editor. Tütün Kitabı. İstanbul: Kitapevi 195; 2003.
12. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye'de Tütün (Nicotiana Tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. 2013;18(30):71-101.
13. Türkiye Yeşilay Cemiyeti. A'dan Z'ye Sigara. İstanbul: Sönmez Neşriyat Matbaası; 1986.

14. Charlton A. Tobacco or health 1602: an Elizabethan doctor speaks. Health Education Research. 2004;20(1):101-11.
15. Glantz SA, Bero LA, Slade J. et al. The cigarette papers: Univ of California Press; 1998.
16. WHO. The History of Tobacco. Erişim: <https://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>.
17. Shaik SS, Doshi D, Bandari SR. et al. Tobacco Use Cessation and Prevention - A Review. Journal of clinical and diagnostic research : JCDR. 2016;10(5):Ze13-7.
18. Örsel O. Tütün, Sigara Çeşitleri Ve İçerikleri 2007 Erişim: <http://www.toraks.org.tr/SunuMerkezi/Default.asp?s=363F3B353D3B5F5D3B>.
19. WHO. Tobacco: Deadly in Any Form or Disguise, World No Tobacco Day 2006. Erişim: https://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf?ua=1.
20. Subaşı N, Bilir N, İlhan E. et al. Nargile İçenlerin Nargile İçme Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Toraks Dergisi. 2005;6.
21. Tütün Eksperleri Derneği. Çiğneme Tütünleri. Erişim: <http://www.tutuneksper.org.tr/kaynaklar/ders-notlari/harmancilik/139-cigneme-tutunleri>.
22. Reddy SS, Prashanth R, Yashodha Devi BK. et al. Prevalence of oral mucosal lesions among chewing tobacco users: A cross-sectional study. Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research. 2015;26(5):537-41.
23. Tütün Eksperleri Derneği. Enfiye Harmanı ve Üretimi Ders Notları. Erişim: <http://www.tutuneksper.org.tr/kaynaklar/ders-notlari/harmancilik/138-enfiye-harmani-ve-uretimi>.
24. WHO. Snus – The Swedish Experience. Erişim: https://www.who.int/tobacco/framework/public_hearings/swedish_match_ab.pdf
25. Johansson SE, Sundquist K, Qvist J. et al. Smokeless tobacco and coronary heart disease: a 12-year follow-up study. 2005;12(4):387-92.

26. Foulds J, Furberg H. Is low-nicotine Marlboro snus really snus? Harm reduction journal. 2008;5:9.
27. Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report. JAMA. 2008 Jun 28;283(24):3244-54
28. Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010. (5)14;39-56.
29. Köroğlu E. APA, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı: HYB Yayıncılık; 2013.158-159.
30. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC. et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British journal of addiction. 1991;86(9):1119-27.
31. National Center for Chronic Disease P, Health Promotion Office on S, Health. Reports of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
32. Shea AK, Steiner M. Cigarette smoking during pregnancy. Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2008;10(2):267-78.
33. WHO. Global Health Risks. Mortality and Burden Och Disease Attributable to Selected Major Risks2009. 1-63 p.
34. Ross R. Atherosclerosis—an inflammatory disease. NEJM. 1999;340(2):115-26.
35. Wannamethee SG, Lowe GD, Shaper AG. et al. Associations between cigarette smoking, pipe/cigar smoking, and smoking cessation, and haemostatic and inflammatory markers for cardiovascular disease. European heart journal. 2005;26(17):1765-73.
36. Ishizaka N, Ishizaka Y, Toda E. et al. Association between white blood cell count and carotid arteriosclerosis in Japanese smokers. Atherosclerosis. 2004;175(1):95-100.
37. Rodrigo C. The effects of cigarette smoking on anesthesia. Anesth Prog. 2000;47(4):143-50.

38. Perez-Padilla R, Thirion-Romero I, Guzman N. Underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: should smokers be offered routine spirometry tests? *Expert review of respiratory medicine*. 2018;12(2):83-5.
39. Colak Y, Afzal S, Nordestgaard BG. et al. Prognosis of asymptomatic and symptomatic, undiagnosed COPD in the general population in Denmark: a prospective cohort study. *The Lancet Respiratory medicine*. 2017;5(5):426-34.
40. Barış S, Yildiz F, Başıyigit I. et al. Smoking prevalence in Kocaeli. *Tuberkuloz ve toraks* 2011. 59(2):140-5
41. Deveci F, Deveci SE, Turkoglu S. et al. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Elazig, Eastern Turkey. *European journal of internal medicine*. 2011;22(2):172-6.
42. Gunen H, Hacievliyagil SS, Yetkin O. et al. Prevalence of COPD: first epidemiological study of a large region in Turkey. *European journal of internal medicine*. 2008;19(7):499-504.
43. Torre LA, Bray F, Siegel RL. et al. Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2015;65(2):87-108.
44. Stiles BM, Altorki NK. Screening for lung cancer: challenges for the thoracic surgeon. *Surgical oncology clinics of North America*. 2011;20(4):619-35.
45. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A. et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet (London, England)*. 2011;377(9760):139-46.
46. WHO. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking 2004. Erişim: <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono83.pdf>.
47. Sanner T, Grimsrud TK. Nicotine: Carcinogenicity and Effects on Response to Cancer Treatment - A Review. *Frontiers in oncology*. 2015;5:196.
48. Werler MM. Teratogen update: smoking and reproductive outcomes. *Teratology*. 1997;55(6):382-8.
49. Burger M, Catto JW, Dalbagni G. et al. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. *European urology*. 2013;63(2):234-41.
50. Hornsby PP, Wilcox AJ, Weinberg CR. Cigarette smoking and disturbance of menstrual function. *Epidemiology (Cambridge, Mass)*. 1998;9(2):193-8.

51. Vine MF. Smoking and male reproduction: a review. International journal of andrology. 1996;19(6):323-37.
52. American Cancer Society. The tobacco atlas, 3rd edition. Bookhouse Group Inc.: Barr Levin; 2009. Erişim: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-09/Front%20Matter.pdf>
53. Subramanian J, Govindan R. Lung cancer in never smokers: a review. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2007;25(5):561-70.
54. Bates MN, Khalakdina A, Pai M. et al. Risk of tuberculosis from exposure to tobacco smoke: a systematic review and meta-analysis. Archives of internal medicine. 2007;167(4):335-42.
55. Guindon GE. The impact of tobacco prices on smoking onset: a methodological review. 2014;23(2):e5-e.
56. Cakir Edis E, Karlikaya C. The cost of lung cancer in Turkey. Tuberkuloz ve toraks. 2007;55(1):51-8.
57. Grek Dilektaşlı A. Sigara Bağımlılığının Farmakolojik Tedavisi. Turkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics. 2012;5(2):43-50.
58. Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. Economic Effects of Environmental Tobacco Smoke Society of Actuaries 2005 Erişim: <https://www.soa.org/globalassets/assets/files/research/projects/etsreportfinald raftfinal-3.pdf>.
59. Guindon GE, Perucic A-M, Bosclair D. Higher Tobacco Prices and Taxes in South-East Asia: An Effective Tool to Reduce Tobacco Use, Save Lives and Generate Revenue: WHO, The World Bank; 2003. Erişim: <http://www.searo.who.int/tobacco/documents/2003-pub1.pdf?ua=1>.
60. Bilir N. Türkiye Ttn Kontrolnde Dnyanın Neresinde? : Türk Toraks Derneği; 2009 Erişim: <https://turkthoracj.org/sayilar/139/buyuk/toraksR1.pdf>.
61. Karlıkaya C, ztuna F, Aytemur Solak Z. et al. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7(1):51-64.
62. 4207 Sayılı Tütün rnlerinin Zararlarının nlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. Resmi Gazete. 1996. Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=1.5.4207&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=4207>

63. Evrengil E. Türkiye’de Tütün Endüstrisine Sağlanan Yatırım ve İhracat Teşvikleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2017. 26(Özel Sayı);26.
64. Aytemur A, Akçay A, Elbek O. Dünyada Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri MPOWER: Tütün ve Tütün Kontrolü, Toraks Kitapları, Türk Toraks Derneği; 2010; 81-93.
65. Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. DSÖ, TKÇS'nin Onaylanması Hakkındaki Karar. 2004. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm#1>.
66. Hall JG, Mattson M. Health as Communication Nexus: A Service Learning Approach: Kendall/Hunt Publishing Company; 2011.178-180.
67. Gülaçtı F. The effect of perceived social support on subjective well-being. 2010;2(2):3844-9.
68. Uysal MA, Kadakal F, Karsidag C. et al. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberkuloz ve toraks. 2004;52(2):115-21.
69. Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik: Omega Araştırma; 2011.
70. Nuttall FQ. Body Mass Index: Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. Nutrition today. 2015;50(3):117-28.
71. Terracciano A, Costa Jr PT. Smoking and the Five- Factor Model of personality. 2004;99(4):472-81.
72. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK. et al. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1991;59(2):295-304.
73. West R. Psychology & Health. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. 2017;32(8):1018-36.
74. Emine A, Ayşegül K, Habibe H. et al. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Türk Toraks Dergisi. 2013;14(18).
75. Tunçalp D, Bülent T, Nihal K. et al. Sigara Bırakma Polikliniğimizin Bir Yıllık İzlem Sonuçları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2004;52:63-8.
76. Walker NJ, van Woerden HC, Kiparoglou V. et al. Gender difference and effect of pharmacotherapy: findings from a smoking cessation service. BMC public health. 2016;16(1):1038.

77. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2012. Erişim: https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/taceseyuklemeler/ekitap/maddebagimlilik/yta_tr.pdf
78. Özşahin K, Ünsal A, Erdoğan F. et al. Sigara bırakma üzerinde etkili faktörler: aile hekimliği poliklinik hastaları üzerinde bir çalışma. 2007;6(3):181-6.
79. Fidler J, Ferguson SG, Brown J. et al. How does rate of smoking cessation vary by age, gender and social grade? Findings from a population survey in England. 2013;108(9):1680-5.
80. Abakay Ö. The Outcome of Patients that Admitted to Outpatients of Smoking Cessation. Journal of Chest Diseases and Critical Care. 2014;1:7-10.
81. Kıdık E. (2017). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların 1-3 Yıllık Süreçteki Sigara Bırakma Durumları. Uzmanlık tezi. Ankara: Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
82. Sürmeli CD (2008). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. Uzmanlık tezi. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2008.
83. Schoenborn CA, Gindi RM. Electronic cigarette use among adults: United States, 2014.NCHS Data Brief, 2015 Oct;(217):1-8.
84. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A. et al. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. Tob. Control. 1997;6(suppl 2):S5762.
85. Örsel O, Örsel S, Alpar S et al. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. 2005;53(4):354-61.
86. Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ. et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. 2006;96(10):1808-14.
87. Levy DT, Romano E, Mumford E. The relationship of smoking cessation to sociodemographic characteristics, smoking intensity, and tobacco control policies. 2005;7(3):387-96.

88. Cho H-J, Khang Y-H, Jun H-J. et al. Social Science & medicine. Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age. 2008;66(3):609-19.
89. Grøtvedt L, Stavem KJSjoph. Association between age, gender and reasons for smoking cessation. 2005;33(1):72-6.
90. Salive ME, Cornoni-Huntley J, LaCroix AZ. et al. American Journal of Public Health. Predictors of smoking cessation and relapse in older adults. 1992;82(9):1268-71.
91. Everett SA, Husten CG, Kann L, et al. Journal of American College Health. Smoking initiation and smoking patterns among US college students. 1999;48(2):55-60.
92. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Journal of Addict Behaviours. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. 1999;24(5):673-7.
93. Gaikwad R, Bhowate R, Bajad P. et al. Potential Predictor of Tobacco Cessation among Factory Workers: A Baseline Data of Worksite Tobacco Cessation Programs in the Central Part of India. 2017;18(11):1071-7.
94. Stanton WR, Mahalski PA, McGee R. et al. Journal of Addict Behaviours. Reasons for smoking or not smoking in early adolescence. 1993;18(3):321-9.
95. iskanunu.com. 2018 Asgari Ücret 2018 Erişim: <http://iskanunu.com/asgari-ucret/>.
96. Sağlam L. Turkish Journal of Medical Sciences. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. 2012;42(3):515-22.
97. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F. et al. Eurasian J Pulmonol. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. 2014;16:99-104.
98. Türkiye Psikiyatri Derneği. Nikotin Bağımlılığı. Erişim: <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimliliği>.
99. Public Health Service Publication, No:1103. Welfare W, DC. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. 1964. Erişim: https://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/M/Q/_/nnbbmq.ocr
100. Bilir N, Yıldız AN, Güçiz B. Smoking behaviour and attitudes 1997 [Available from: <http://archive.idrc.ca/ritc/smoking.pdf>.

101. Miller NH, Smith PM, DeBusk RF. et al. Archives of Internal Medicine. Smoking cessation in hospitalized patients: results of a randomized trial. 1997;157(4):409-15.
102. Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2012;10:93-102.
103. Salepci B, Fidan A, Oruç Ö. et al. Sigara Bırakma Polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Dergisi. 2005;6(2):151-158.
104. Berkeşoğlu Ç, Sercan Özgür E, Demir AU. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018:355-65.
105. Nordstrom BL, Kinnunen T, Utman CH. et al. American Journal of Public Health. Predictors of continued smoking over 25 years of follow-up in the normative aging study. 2000;90(3):404.
106. Monso E, Campbell J, Tønnesen P. et al. Tobacco Control. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. 2001;10(2):165-9.
107. McKee SA, O'Malley SS, Salovey P. et al. Addictive Behaviours. Perceived risks and benefits of smoking cessation: gender-specific predictors of motivation and treatment outcome. 2005;30(3):423-35.
108. Liu Y, Pleasants RA, Croft JB. et al. Smoking duration, respiratory symptoms, and COPD in adults aged ≥ 45 years with a smoking history. 2015;10:1409.
109. Rosi E, Scano G. Tobacco Induced Diseases. Cigarette smoking and dyspnea perception. 2004;2(1):35.
110. Cibella F, Campagna D, Caponnetto P. et al. Lung function and respiratory symptoms in a randomized smoking cessation trial of electronic cigarettes. 2016;130(21):1929-37.
111. DeMeo D, Carey V, Chapman H. et al. Familial aggregation of FEF25–75 and FEF25–75/FVC in families with severe, early onset COPD. 2004;59(5):396-400.
112. Gelb AF, Williams AJ, Zamel NJC. Spirometry: FEV, vs FEF25-75 Percent. 1983;84(4):473-4.

113. Gold DR, Wang X, Wypij D. et al. NEJM. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. 1996;335(13):931-7.
114. Clark MA, Hogan JW, Kviz FJ. et al. Addictive Behaviours. Age and the role of symptomatology in readiness to quit smoking. 1999;24(1):1-16.
115. Cahill K, Stevens S, Perera R. et al. Cochrane Database of Systemic Reviews. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta- analysis. 2013 May 31;(5):CD009329.
116. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA. et al. JAMA. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. 2006;296(1):56-63.
117. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L. et al. Lancet. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. 2016;387(10037):2507-20.
118. Falk DE, Yi H-y, Hiller-Sturmhöfel S. Alcohol Res Health. An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. 2006;29(3):162.
119. Criqui M, Wallace R, Heiss G. et al. Circulation. Cigarette smoking and plasma high-density lipoprotein cholesterol. The Lipid Research Clinics Program Prevalence Study. 1980;62(4 Pt 2):IV70-6.
120. Tell G, Grimm Jr R, Vellar O. et al. Circulation. The relationship of white cell count, platelet count, and hematocrit to cigarette smoking in adolescents: the Oslo Youth Study. 1985;72(5):971-4.

10. EKLER

10.1. Sigara Bıraktırma Polikliniği Anket Formu (Gazi SBP form v.1)

SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİ DESTEK PROGRAMI

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Tarih: Sosyal Güvence Tipi:

Adı Soyadı/ Cinsiyeti :

Yaş- Doğum Yeri/Yaşadığı Yer:

Medeni / Sosyal Durum:

Eğitim Durumu :

Meslek:

Telefon / İletişim :

Sigara tüketimi (paket-yıl)

Nargile/puro/pipo/sarma sigara:

SORULAR

1. Sigarayı bırakmayı denemek istiyor musunuz? : () Evet () Hayır

Yanıtınız “evet” ise aşağıdaki soruları cevaplayınız

2. İlk sigarayı içme yaşıınız ve başlama nedeniniz:

a)Merak b)Çevrenin etkisi c)Kendini ispatlama d)Özenme e)Yasağa tepki
f)Stres/üzüntü g)Diğer

3. Sigara içme miktarında yıllar için değişiklikler oldu mu?

a)Değişmedi b)Azaldı c)Arttı

4. Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi? : () Evet () Hayır

Yanıtınız evet ise bırakma sürenizi aşağıdaki seçeneklerin başındaki harfi işaretleyerek belirtiniz.

a)1-7 gün (b) 7-21 gün (c) 1 ay (d) 1 ay-3 ay (e) 3 ay-6 ay (f) 6 ay-1 yıl (g) 1 yıldan fazla (h) Diğer

5. Neden sigarayı bırakmak istiyorsunuz?

- a) Mevcut hastalık b)İlerde hastalanma korkusu c)Çevreme zarar veriyor d)Ekonomik sebepler e)İnançlar f)Toplum baskısı g)Utandığım için h)Kokusundan iğrendiğim için
i)Doktor önerisi j)Çevreye örnek olmak için k)İşyeri baskısı l)Diğer

6. Daha önce bırakmayı denediğinizde karşılaştığınız güçlükler nelerdi?

- a)Sinirlilik b)Konsantrasyon bozukluğu c)Baş ve yüzde uyuşma d)Dengesizlik e)Aşırı sigara içme isteği f)Kabızlık g)Baş ağrısı h)İştah artışı i)Ağız yaraları j)Zorluk yok
k)Diğer

7. Sigara bırakmaya yönelik ilaçlardan herhangi birini daha önce kullandınız mı?

.....

8. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz? :.....

9. Günde kaç paket ya da adet sigara içiyorsunuz? :.....

10. Hangi marka sigarayı içiyorsunuz? :.....

11. Arkadaşlarınızdan sigara ister misiniz? : () Evet () Hayır

12. Nelerle mutlaka sigara içersiniz? a)Çay (b)Kahve (c)Alkol (d)Yemekten sonra (e)Varsa başka

13. Nelerle sigara içmekten rahatsız olursunuz? :.....

a) Su (b) Meyve (c)Alkol (d)Yemek öncesi (e)Varsa başka

14. Nerelerde sigara içmekten rahatsız olursunuz? :.....

15. Ev veya işyerinizde rahatça sigara içebiliyor musunuz? :.....

16. Eşiniz veya yakın arkadaşlarınız sigara içiyor mu? :.....

17. Siz sigara içerken arkadaşlarınızın tepkisi nedir?

- (a) Rahatsız olma (b) Uzaklaşma (c) Onaylama (d) Varsa başka.....

18. Siz sigara içerken ailenizdekilerin tepkisi nedir? :.....

- (a) Rahatsız olma (b) Uzaklaşma (c) Onaylama (d) Varsa başka

19. En çok ne zaman (günün hangi saatlerinde) sigara içmek istersiniz? : a)7-10 b)10-16
c)16-20 d)20-24

20. En az ne zaman (günün hangi saatlerinde) sigara içmek istersiniz? : a)7-10 b)10-16 c)16-20
d)20-24

21. Kendi isteğiniz dışında çevreden gelen sigara tekliflerinde nasıl davranırsınız?

22. Sigaranız olmadığında ne yaparsınız? :.....

23. Çakmağınız ya da kibritiniz olmadığında ne yaparsınız? :.....

24. En çok hangi durumlarda sigara içtiğinizde rahatsız oluyorsunuz ?

.....

25. Sigarayı bırakmak konusunda ne kadar kararsınsınız?

a) Hiç b) Biraz c) Bir hayli d) Çok e) Çok fazla

26. Sigarayı bıraktığınız takdirde kendiniz için düşündüğünüz bir ödül var mı?

:.....

<i>Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi</i>	
7. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz? a) En çok 10 tane b) 11 – 20 tane c) 21 – 30 tane d) > 31 tane	0 1 2 3
8. Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir? a) En çok 5 dakika b) 6 – 30 dakika c) 31 – 60 dakika d) 60 dakikadan fazla	3 2 1 0
9. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır	1 0
10. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir? a) Günün ilk sigarası b) Diğer herhangi biri	1 0
11. Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz? a) Evet b) Hayır	1 0
12. Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz? a) Evet b) Hayır	1 0

TOPLAM SKOR :.....

0-2: çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı

3-4: düşük düzeyde nikotin bağımlılığı

5: orta düzeyde nikotin bağımlılığı

6-7: yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı

8-10: çok düzeyde nikotin bağımlılığı)

ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ

Hamilelik/emzirme
Tanı konmuş hastalık var mı?
Hipertansiyon
Diabetes Mellitus (DM)
Koroner Arter Hastalığı (KAH)
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH)
Serebro Vasküler Olay (SVO)
Kanser
Depresyon Öyküsü
Hassasiyet veya Dikkat Gerektiren Meslek
Aktif veya Geçirilmiş Epilepsi Öyküsü
Kafa Travması
İntrakraniyal Operasyon
Aktif veya Geçirilmiş Karaciğer Hastalığı
Alkol Bağımlılığı
Psikoz
Major Depresyon
Bipolar Affektif Bozukluk
Şizofreni
Yaygın Kanser
Diğer Terminal Dönem Kanser
Diğer:

SİSTEM SORGULAMASI:

<i>Baş dönmesi/ağrısı</i>	<i>Gözlerde kızarıklık/kanlanma</i>	<i>Dişlerde sararma</i>
<i>Paslı dil</i>	<i>Kötü tat</i>	<i>Burun tıkanıklığı</i>

<i>Öksürük</i>	<i>Balgam</i>	<i>Nefes darlığı(eforlu/eforsuz)</i>
<i>Kan tükürme</i>	<i>Göğüs ağrısı</i>	<i>Angina</i>
<i>PND</i>	<i>Ortopne</i>	<i>Çarpıntı</i>

<i>Bulantı/kusma</i>	<i>Kabızlık/ishal</i>	<i>Midede ekşime/Gastroözafageal reflü</i>
<i>Noktüri</i>	<i>Disüri</i>	<i>Libido kaybı</i>

NRT sakız için: Çürük/dolgu diş, protez, reflü

NRT Transdermal için: HT, akut/subakut kardiyak sorunlar, alerjik cilt reaksiyonu

Bupropion için: Alkol ya da diğer bağımlılıklar, nöbet riski, DM, araç kullanma ya da hassas işler yapma

Vareniklin için : Psikiyatrik hastalıklar

Psiko- Kognitif durum:

Son bir yıl içinde kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

A) 0)Üzgün ve sıkıntılı değilim. 1)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. 2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. 3)O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

B) 0)Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. 1)Gelecek için karamsarım. 2)Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. 3)Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C) 0)Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum 1)Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. 2)Geçmişe bakınca başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. 3)Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

D) 0)Kendimden genel olarak memnunum 1)Kendimden pek memnun değilim 2)Kendime kızgınım 3)Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

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

0)Sıklıkla 1)Bazen 2)Pek sık değil 3)Çok seyrek

Görüşmeyi yapan :

Kararlılık (Motivasyon Düzeyi) : Çok İyi /Orta /Zayıf:

Genel Yorum:

Özel Durumlar:

FİZİK MUAYENE: Kan Basıncı:

O2 saturasyonu:

SFT:

FEV1:

FVC:

FEV1/FVC:

FEF 25-75 %

CO Diffüzyon Kapasitesi :

Düz Akciğer Grafisi: (PA/Sol yan grafi)

Biyokimya: AKŞ:

HB A1C:

Total Kolesterol:

LDL :

HDL:

Trigliserid:

EKG:

Tam Kan Sayımı:

Kilo:

Vücut Kitle İndeksi:

CO Düzeyi:

Sigara Bırakma Günü:

Önerilen Tedavi Programı /Tedaviler:

SİGARA BIRAKMA DAVRANIŞI KONTROL LİSTESİ

1-Sigarayı içme davranışını değerlendirme formu dolduruldu mu?
2-Formdaki öneriler verildi mi?
3-Öneriler yerine getirildi mi?
4-Sigarayla ilgili yanlış inanışları biliyor mu?
5-Sigarayı bırakma nedenleri açık mı?
6-Sigarayı bırakmadan önce yanıtlanması gereken sorular yanıtlanmış mıdır?
7-Sosyal ve profesyonel destekler belirli mi?
8-Sigara bırakmayla ilgili olumlu durumlar biliniyor mu?
9-Rutinler belirlendi mi?
10-Rutinleri değiştirecek yeni davranış ve beceriler ele alındı mı?
11-Hazırlık süreci biliniyor mu?
12-Hazırlık sürecindeki beş basamak planlandı mı?
13-İlk bir iki haftalık plan üzerinde duruldu mu?
14-Tedavi sürecinin iki basamağı da biliniyor mu?

KONTROLLER

(15., 30., 45. 60. ve 90. günlerde . 1. ve 4. kontrollerde ek olarak kognitif durum değerlendirmesi yapılacaktır.

Kontrol 1 (15. Gün)

Sigara bırakma yöntemi:

Kilo:

Vücut Kitle İndeksi:

Bırakma süresi:

Kontrol CO:

Sigara içti mi? Nedeni ve miktarı:

Sinirlilik	Huzursuzluk	Konsantrasyon bozukluğu	Uykusuzluk	Endişe	Yorgunluk	Anormal rüyalar
Depresif durum	İştah artışı ve kilo alma	Titreme	Çarpıntı	Kabızlık	Uykuya eğilim	Diğer

Anamnez:

E) 0) Her zaman odluğundan daha canı sıkın ve sinirli değilim 1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum 2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

F) 0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. 1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. 2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. 3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

G) 0) Karar verirken eskisinden daha fazla güçlük çekmiyorum. 1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. 2) Eskiye kıyasla karar vermekte güçlük çekiyorum. 3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

H) 0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum. 1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. 2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. 3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

I) 0) Uykum her zamanki gibi 1) Eskisi gibi uyuyamıyorum. 2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay tekrar uykuya dalamıyorum. 3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

J) 0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. 1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum. 2) Her şey beni yoruyor. 3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

K) 0) İştahım her zamanki gibi. 1) Eskisinden daha iştahsızım. 2) İştahım çok azaldı. 3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

L) 0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok. 1) Eskisine oranla sekse ilgim az. 2) Cinsel isteğim çok azaldı. 3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

M) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymış gibi hissediyorum.

0) Hiç değil. 1) Çok fazla değil. 2) Oldukça fazla. 3) Gerçekten de çok fazla.

Bupropion yan etki: Döküntü/ uyku bozukluğu/ ağız kuruluğu/ diğer

Vareniklin yan etki: Bulantı/ uyku bozukluğu/ anormal rüyalar/ diğer

NRT yan etki: Reflü/ baş dönmesi/ diş sorunu/ alerji/ diğer

FM:

Sonuç:

10.2. Poliklinik Onam Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
SİĞARA BIRAKTIRMA TEDAVİSİ DESTEK PROGRAMI
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM BELGESİ

Sayın katılımcı,

Sigara bırakmanız için size önerilen tedavi hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır. Tedavi yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra tedaviye rıza göstermek ya da göstermemek yine kendi kararınıza bağlıdır.

Bu açıklamanın amacı, size korkutmak ya da endişlenedirmek değil; sağlığınız ile ilgili konularda sizi daha bilinçli bir biçimde karara ortak etmektir. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirilmeyi reddedebilirsiniz.

Sigara bırakma tedavisi (nikotin bağımlılığı tedavisi) için her hastanın kendisine uygun olan tedavinin seçilmesi ve uygulanması gereklidir. Aşağıda ilaçla tedavi şekillerinden bahsedilmektedir.

1) Zyban (bupropion): Bu ilaç sigara bırakma sürecinde yaşanan yoksunluk sendromu belirtilerini ve dolayısıyla sigara içme isteğini azaltır. Uykusuzluk, bulantı, titreme ve ağız kuruluğu gibi yan etkileri olan bu ilacı; epilepsi hastaları, kontrolsüz hipertansiyonu olanlar, daha önce şüphecilik ve benzeri anormal düşünceler ya da hayal görme/duymayla seyreden ciddi psikiyatrik hastalıkları olanlar (örneğin sanrısız bozukluk, şizofreni vb) ya da bipolar bozukluk (manik ataklar) hikayesi olanlar ile aşırı kilo kaybıyla giden anoreksia tanısı almış olanlar ve 18 yaşından küçük hastalar kullanmamalıdır.

2) Champix (vareniklin): En sık bulantı, kabızlık, iştahtaki değişiklikler, anormal rüyalar gibi yan etkileri görülen bu ilacı ağır depresyondaki hastalar, ağrı böbrek yetmezlikli olan hastaların kullanması sakıncalıdır. Daha önce kendisi ya da ailesinde depresyon hikayesi, bipolar hastalık (depresyon ya da mani nöbetleri), panik bozukluk, şüphecilik gibi anormal düşünce ya da hayal görme/duyma belirtilerle seyreden ciddi psikiyatrik hastalıkları geçirmiş olanlar, öfke kontrol bozukluğu olanlar, intihar düşünce ya da girişimi olanlar ya da daha önce benzer şikayetleri bulunmadığı halde ilaca başladıktan sonra bu belirtileri gösterenler ile 18 yaşından küçük hastalar kullanmamalıdır. İlacın kalp ve damar sistemi üzerinde oluşturabileceği olumsuz etkiler nedeniyle, önceden bilinen kalp hastalığınız mevcutsa doktorunuzu mutlaka bu konuda bilgilendiriniz.

3) Nikotin Replasman Tedavisi: Nikotin sakızı, nikotin bandı ya da draje bu kategoride kullandığımız ürünlerdir. Bu ürünlerle birlikte sigara kullanılmamalıdır. Aksi takdirde hayatı tehdit eden kardiyak

yan etkiler görülebilir. Nikotin sakızı başlangıçta hafif bir boğaz tahrişine ve tükürük salgısından artışa neden olabilir. Hıçkırık, hazımsızlık ve mide yanmasına sebep olabilir. Nikotin bandı allerjik bünyelerde uygulama yerinde kızarıklık ve kaşıntıya sebebiyet verebilir. Baş ağrısı, ritim bozukluğu, baş dönmesi, kas ağrıları ve anormal rüya görme, uykusuzluk, anksiyete, duygusal değişiklikler, eklem ve sırt ağrıları da görülebilen yan etkilerdir.

Bu yan etkilerin ayrıntılı olarak açıklanmasının sebebi tedavinizi daha bilinçli şekilde almanız ve herhangi bir anormallik hissettiğinizde gecikmeden doktorunuzla bağlantı kurabilmenizdir.

Sigara bırakma tedavileri ile ilgili olarak burada yazılanlar da dahil olmak üzere ayrıntılı bilgi aldım. Sorularımı sorarak doktorumla tartışma fırsatı buldum. Uygulanan tedavinin seçiminde yer aldım ve bu tedaviyi kabul ediyorum.

Bilgi veren doktor adı, soyadı ve imzası:

Tarih:

Tedaviyi alanın adı, soyadı ve imzası:

10.3 Sigarayı Bıramaya Hazırlık Formu

Sigara rutinleri yerine, yeni rutin geliştirme planı

Sigarayı bırakmak için sigarasız rutinler yerleştirmeye gereksinim vardır. Bu yeni rutinler, öyle alışkanlıklar olmalıdır ki, sigarayı en az hatırlatmalıdır. Aşağıda sigarayı bırakma tarihinden önceki son beş günde yapılabilecek bazı etkinlikler verilmiştir. Bu süreç hazırlık olarak bilinmektedir.

<i>Sigarayı bırakmadan önceki gün</i>	<i>Yapılacak görevler</i>
<i>Beşinci gün.</i>	➤ <i>Sigarayı bırakma nedenlerinizi listeleyin.</i> ➤ <i>Sigarayı bırakma planını, ailenize ve arkadaşlarınıza söyleyin.</i> ➤ <i>Sigara içme çevrenizi değiştirin.</i> a) <i>Evde, işyerinde ve arabadaki tüm küllüklerden ve sigaralardan kurtulun</i> b) <i>Evdekilere ve diğer ortamlarda arkadaşlarınıza yanınızda sigara içmemelerini söyleyin.</i> ➤ <i>Ailenize, işyerindeki arkadaşlarınıza ve dostlarınıza sigarayı bırakacağınızı ve destek olmalarını isteyin:</i> a) <i>Sizin bulunduğunuz yerlerde sigaralarını etrafta bırakmamalarını ve</i> b) <i>Size sigara teklif etmemelerini söyleyin.</i>
<i>Dördüncü gün.</i>	➤ <i>Ne zamanlar ve niçin sigara içtiğinize dikkat edin.</i> ➤ <i>Sigara içmeyle ilgili değiştirmek isteyeceğiniz alışkanlık ve rutinlerinizi düşünün.</i> ➤ <i>Bıraktığınızda yeni alışkanlıklarınızın (rutinlerinizin) neler olacağını listeleyin</i> ➤ <i>Daha önceki bırakmalarınızı gözden geçirin. Nelerin işe yaradığını listeleyin</i>
<i>Üçüncü gün</i>	➤ <i>Sigara satın almayarak biriktireceğiniz ekstra parayla yapacaklarınızın listesini yapın.</i> ➤ <i>Sigara rutinleriyle ilgili eylem planınızı belirleyin</i>
<i>İkinci gün</i>	➤ <i>Doktorunuzun yazmış olduğu reçeteyle nikotin bandı ve benzeri ilaçları nasıl alacağınızı öğrenin.</i> ➤ <i>Giysilerinizi temizlettirerek sigara kokusundan arının.</i> ➤ <i>Kullanacağınız ilaç sigarayı bırakma ya da tam olarak bırakma şansını en az iki kat artıracaktır</i> ➤ <i>Sigarayı bırakmak isteyen her kişi ilaçtan yararlanabilir. Hamileyseniz, hamile olmayı planlıyorsanız. On sigaradan az içiyorsanız, yaşıınız 18 den küçükse, özel sağlık probleminiz varsa önce doktorunuzla konuşun.</i>
<i>Birinci gün</i>	➤ <i>Sigarayı bıraktıktan sonra kendinizi nasıl ödüllendireceğinizi düşünün.</i> ➤ <i>Dişlerinizi temizletmek için dişçinizden randevu alınız. Sigara nikotininden arınmış dişler sigaraya başlamanızı zorlaştırabilir.</i> ➤ <i>Bu günün sonunda tüm sigaraları kibritleri atınız. Çakmalarınızı ve küllükleri kaldırın.</i>

10.4. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Gönüllü Onam Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

“GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”

İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Sigara İçme Davranışı ve Sigara Bırakma Sürecinin Multifaktöriyel Analizi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Can ÖZTÜRK

Diğer Araştırmacıların Adı: Araş. Gör. Dr. Ahmet GÜRBÜZEL

“Sigara İçme Davranışı ve Sigara Bırakma Sürecinin Multifaktöriyel Analizi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni, sigara bıraktırma ünitemize başvurmuş olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında, Dr. Can ÖZTÜRK sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- Bu çalışmada, bireyin sigara içme davranışı ve özelliklerinin sigara bırakma başarısındaki rolünü anlamaya çalışmak esas alınmıştır.*
- Çalışmaya yaklaşık 2 yıl boyunca sigara bıraktırma polikliniğimize başvuran 25-65 yaş arasındaki hastaların alınması amaçlanmış olup belli bir hasta sayısı planlanmadı. Bu çalışma, sadece hastanemizdeki üniteye başvuran hastaları kapsamaktadır.*

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Çalışma kapsamında polikliniğin rutinlerine ek bir işlem yapılmayacak olup poliklinik hastalarının verileri derlenecektir. Çalışmamız muayene ve tedavi seçiminde değişikliğe neden olmayacaktır.*

- Sigara bırakma muayene ve kontrolü bittikten sonra, kişinin sigara içme özelliklerinin sigara bırakma üzerine olan etkileri istatistiksel değerlendirilecektir.
- 2 yıl boyunca polikliniğe başvuran hastaların alınması planlanmaktadır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Hayır. Çalışma ile ek tetkik ya da tedavi değişikliği yapılmayacak olup rutin poliklinik uygulaması yapılacaktır.

Çalışmada yer almanın yararları nelerdir?

Sigara bırakma sürecinde, bırakmayı güçleştiren kişilik özellikleri belirlenerek ileride daha uygun tedaviler planlanabilir ve bu da sigara bırakma başarısını arttıracaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Ahmet GÜRBÜZEL

GÖREVİ : Araş. Gör. Dr.

TELEFON : 0312 202 41 88

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜTF Göğüs Hastalıkları Anabilim dalında, Dr. Ahmet GÜRBÜZEL tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Ahmet GÜRBÜZEL, 0312 202 41 88, GÜTF Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı: Araş. Gör. Dr. Ahmet GÜRBÜZEL

Adres: GÜTF Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Tel: 0312 202 41 88

İmza:

Tarih: